

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ЦЕНТР ПОСЛЕДИПЛОМНОГО И НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО
ОБРАЗОВАНИЯ

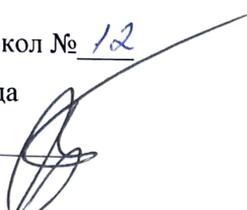
Отдел программ хирургических специальностей

РАССМОТРЕНО

На заседании отдела протокол № 12

от « 28 » 11 2022-года

Рук.отд. Белеков Ж.О.



ФОНД ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

Для итогового контроля по специальности

2 “Акушерство и гинекология”

На 20 22 -20 23 учебный год

3-курс 5-семестр

| № | Наименование дисциплины | Всего часов | Аудиторные занятия 10% (96 ч) | | Практика 90% |
|----|-------------------------|-------------|--------------------------------|--------------|--------------|
| | | | Лекция | Ссеминарское | |
| 1. | Гинекология | 1104 | 46 | 46 | 1012 |
| 5 | Аттестация | 48 | 2 | 2 | 44 |

1. ФИО Кочкенова Г.А подпись / [Signature] /

2. ФИО Каримова М.А подпись / [Signature] /

Эксперт –тестолог: ФИО Ишметова М.Б подпись / [Signature] /

г.Ош - 2022

| № | Название дисциплины | Количество тестовых задач | % ное соотношение |
|---------------|---|--------------------------------------|------------------------------|
| 1 | Консервативная гинекология | 80 | 32% |
| 2 | Оперативная гинекология | 70 | 28% |
| 3 | Эндокринная гинекология | 70 | 28% |
| 4 | Вспомогательная репродуктивная технология в гинекологии | 30 | 12% |
| Итого: | | 250 | 100% |

Тесты промежуточной аттестации для ординаторов акушер-гинекологов III года обучения

1. Пациентка Д., 23 лет, предъявляет жалобы на боль, жжение в области вульвы, боль при мочеиспускании, повышение температуры до 37,7°C. При гинекологическом обследовании: на коже и слизистой наружных половых органов обнаружены везикулы с прозрачным содержимым, размером от 2 мм до 5 мм, гиперемией вокруг. Отмечается отек малых и больших половых губ. Слизистая влагалища без патологии. На шейке матки гиперемия в зоне наружного отверстия цервикального канала. Внутренние половые органы без патологии. Установите предварительный диагноз:
 - а) Бактериальный вагиноз.
 - б) Уретрит, эндоцервицит гонорейной этиологии.
 - в) Острый вульвит, эндоцервицит герпетической этиологии
 - г) Кандидозный вульвовагинит
2. Пациентка К., 32 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на бесплодие в течение 4 лет, общую слабость, потливость, временами повышение температуры тела до 37,2-37,5°C, периодические боли внизу живота ноющего характера. Последние 4 года менструации стали иногда задерживаться на 5-10 дней. Половая жизнь с 25 лет, от беременности не предохранялась, беременностей не было. Перенесенные гинекологические заболевания отрицает. Через 2 года после начала половой жизни проходила обследование по поводу бесплодия, проводилась метросальпингография, по результатам которой трубы непроходимы, вид их на рентгенограмме четкообразный. При осмотре в зеркалах патологии не обнаружено. Бимануальное исследование: тело матки в anteversio-flexio, несколько меньше нормы, плотное, подвижное, безболезненное. В области придатков с обеих сторон определяются уплотненные (узловатые) участки, безболезненные при пальпации. Какой из приведенных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен в данном случае?
 - а) Хронический двусторонний сальпингит
 - б) Уретрит, эндоцервицит гонорейной этиологии.
 - в) Острый вульвит, эндоцервицит герпетической этиологии
 - г) Кандидозный вульвовагинит
3. Пациентка З., 36 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота тупого характера, аменорею в течение трех лет, бесплодие. В детстве перенесла туберкулезный плеврит. Отец был болен туберкулезом легких. Менструации с 14 лет, скудные, болезненные, через 1,5-2 месяца. Последняя менструация три года назад. Замужем с 18 лет, беременностей не было. При исследовании легких, сердца патологии не выявлено. При бимануальном исследовании: тело матки нормальных размеров, слегка болезненное, ограничено в подвижности. Справа в области придатков определяется эластичное образование, плотное, малоподвижное, размерами 10x8x7 см; подобное образование и слева размерами 6x5x4 см. Выполнена проба Коха – результат положительный. При гистеросальпингографии обнаружено: полость матки деформирована, имеются дефекты наполнения трубы, четкообразной формы, трубы не проходимы. Проведено диагностическое выскабливание полости матки: соскоб крошковидный, скудный. По результатам гистологического исследования – туберкулезные бугорки. Установите диагноз.
 - а) Хронический двусторонний сальпингит
 - б) Уретрит, эндоцервицит гонорейной этиологии.
 - в) Острый вульвит, эндоцервицит герпетической этиологии

г) Туберкулез труб и эндометрия

4. Пациентка Р., 48 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на зуд, жжение в области наружных половых органов. Последний раз была на приеме у гинеколога пять лет назад. При наружном осмотре половых органов на вульве видны белесоватые бляшки. Внутренние половые органы без патологии. Поставьте предварительный диагноз.
- а) Лейкоплакия вульвы
 - б) Псевдоэрозия шейки матки, эндоцервицит
 - в) Лейкоплакия шейки матки
 - г) Полип цервикального канала
5. Пациентка П., 23 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на бели и контактные кровянистые выделения из половых путей, которые появились 3 месяца назад. Менструации с 13 лет, установились сразу, по 4 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 21 года, беременностей не было. Перенесенные гинекологические заболевания отрицает. При осмотре в зеркалах: шейка матки субконической формы. Поверхность слизистой вокруг наружного зева ярко-красного цвета, зернистая, покрытая гноевидно-слизистыми выделениями, размерами 2х2 см, легко кровоточащая при дотрагивании. Поставьте предварительный диагноз.
- а) Лейкоплакия вульвы
 - б) Псевдоэрозия шейки матки, эндоцервицит
 - в) Лейкоплакия шейки матки
 - г) Полип цервикального канала
6. Пациентка К., 32 лет, обратилась к врачу женской консультации для проведения профилактического осмотра. При осмотре в зеркалах на задней губе шейки матки визуализируются белесоватые участки с четкими контурами. Выделения светлые, слизистые. При проведении бимануального исследования патологии со стороны внутренних половых органов не обнаружено. Какой из приведенных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?
- а) Лейкоплакия вульвы
 - б) Псевдоэрозия шейки матки, эндоцервицит
 - в) Лейкоплакия шейки матки
 - г) Полип цервикального канала
7. На прием к гинекологу для профилактического осмотра обратилась пациентка К., 35 лет. Жалоб не предъявляет. При осмотре в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, чистая. Из цервикального канала исходит образование округлой формы размерами 1х0,5 см. Выделения светлые, слизистые. При проведении бимануального исследования патологии со стороны внутренних половых органов не обнаружено. По данным микроскопического исследования в мазках из влагалища много лейкоцитов, микрофлора смешанная; по результатам кольпоскопия: подэпителиальные кровеносные сосуды расширены, анастомозируют; атипии сосудов не наблюдается. Имеется эктопия цилиндрического эпителия с зоной превращения по периферии эктопии. Укажите предварительный диагноз

- а) Лейкоплакия вульвы
- б) Псевдоэрозия шейки матки, эндоцервицит
- в) Лейкоплакия шейки матки
- г) Полип цервикального канала

8. Пациентка В., 48 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей. Последние 3 года интервал между менструациями составляет 5-6 месяца. Пятнадцать дней назад у пациентки после 2 мес. отсутствия менструации началось кровотечение, которое продолжается до настоящего времени. Перенесенные гинекологические заболевания отрицает. В день поступления произведено раздельное диагностическое выскабливание матки и цервикального канала: длина матки по зонду 8 см, стенки гладкие, без деформации. Получен обильный соскоб, результат его гистологического исследования: простая без атипии гиперплазия эндометрия. Какой из приведенных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?

- а) Лейкоплакия вульвы
- б) Псевдоэрозия шейки матки, эндоцервицит
- в) Лейкоплакия шейки матки
- г) Простая без атипии гиперплазия эндометрия

9. В гинекологическое отделение доставлена пациентка Д., 42 лет, с обильными кровянистыми выделениями из половых путей после задержки менструации в течение 2,5 месяцев. Последний год менструации нерегулярные, отмечаются задержки на 1,5-2 месяца. Последняя менструация началась 2 дня назад после очередной задержки. 70 Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища и шейки матки чистая, наружный зев щелевидный, выделения кровянистые, обильные. При бимануальном исследовании: тело матки в *anteversio-flexio*, несколько больше нормы, плотное, подвижное, безболезненное при пальпации. Справа придатки не определяются, область их безболезненна. Слева пальпируется яичник округлой формы, размерами 5x4x5 см, эластической консистенции, подвижный, безболезненный. Поставьте диагноз.

- а) Ретенционная киста левого яичника
- б) Псевдоэрозия шейки матки, эндоцервицит
- в) Лейкоплакия шейки матки
- г) Киста левого яичника

10. Пациентка Л., 38 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на периодически возникающие боли внизу живота, больше слева. Из перенесенных гинекологических заболеваний отмечает хронический двусторонний сальпингофорит, по поводу которого неоднократно проходила амбулаторное и стационарное лечение. Последнее обострение воспалительного процесса 8 месяцев назад. На ИППП не обследована. При бимануальном исследовании: тело матки в *anteversio-flexio*, нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненно при пальпации. Справа придатки не определяются, область их безболезненна. Слева пальпируется образование овоидной формы, размерами 10x12 см, с гладкой поверхностью, тугоэластической консистенции, подвижное, безболезненное. Какой из приведенных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен в данном случае?.

- а) Ретенционная киста левого яичника

- б) Псевдоэрозия шейки матки, эндоцервицит
- в) Лейкоплакия шейки матки
- г) Киста левого яичника

11. Пациентка С., 55 лет, обратилась к врачу женской консультации для планового гинекологического осмотра. Жалоб не предъявляет. Менопауза 2 года. Полтора года назад обнаружено опухолевидное образование в области придатков матки справа размерами 6х8 см. При гинекологическом исследовании: слева придатки не определяются, область их безболезненна. Справа пальпируется образование овоидной формы, размерами 6х8 см, с гладкой поверхностью, тугоэластической консистенции, подвижное, безболезненное. Какой из приведенных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?

- а) Ретенционная киста левого яичника
- б) Опухоль правого яичника
- в) Лейкоплакия шейки матки
- г) Киста левого яичника

12. В гинекологическое отделение поступила пациентка К., 54 лет, с кровянистыми выделениями из половых путей. Менопауза 3 года. В последние 3 месяца из влагалища периодически (2-3 раза в месяц) отмечает умеренные кровянистые выделения. 71 Объективно: общее состояние удовлетворительное.

Повышенного питания. АД 160/90 мм рт.ст. При проведении гинекологического исследования патологии не обнаружено. Определите предварительный диагноз.

- а) Полипоз эндометрия.
- б) Опухоль правого яичника
- в) Лейкоплакия шейки матки
- г) Киста левого яичника

13. Женщина Н., 36 лет, обратилась на прием к врачу акушергинекологу с жалобами на периодические кровянистые выделения из половых путей, которые появляются за 2-3 дня до начала менструации. Считает себя больной около 6 месяцев. Из гинекологических заболеваний отмечает эрозию шейки матки, по поводу чего проводилась диатермоэлектрокоагуляция. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. На влагалищной части шейки матки, на 7 часах, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см, легко кровоточащий при прикосновении к нему. Выделения светлые, слизистые. При бимануальном исследовании патологии не обнаружено. Какой из приведенных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?

- а) Полипоз эндометрия.
- б) Эндометриоз шейки матки
- в) Лейкоплакия шейки матки
- г) Киста левого яичника

14. Пациентка Н., 20 лет, в экстренном порядке взята на диагностическую лапароскопию в связи с подозрением на внематочную беременность. При ревизии органов малого таза обнаружено: матка, левые придатки и правая труба не изменены. Правый яичник в виде опухолевидного образования, покрытого синеватой оболочкой, сквозь которую просвечивает темно-багровое («шоколадное») содержимое. Образование спаяно с задней поверхностью

матки, серозным покровом прямой кишки, и маточными трубами. Определите предварительный диагноз

- а) Полипоз эндометрия.
- б) Эндометриоз шейки матки
- в) Эндометриоидная киста правого яичника
- г) Киста левого яичника

15. Пациентка С., 36 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на резкую слабость, головокружение, одышку, сердцебиение, кровянистые выделения из половых путей. Считает себя больной около года, когда менструации стали длительными (по 7 - 10 дней), обильными, болезненными. За медицинской помощью не обращалась. Последняя менструация началась 2 недели назад. При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, увеличено до 5-6 недель беременности, шаровидной формы, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Анализ крови: гемоглобин - 83 г/л, эритроциты - $2,8 \times 10^{12}/л$. Определите диагноз..

- а) Полипоз эндометрия.
- б) Эндометриоз шейки матки
- в) Эндометриоидная киста правого яичника
- г) Аденомиоз, кровотечение.

16. Пациентку Т., 36 лет, в течение 2 лет беспокоят обильные болезненные и продолжительные менструации, чувство тяжести и «распирания» в 72 глубине таза. Сокращающие матку средства не помогают. Производилось выскабливание матки, гистологический ответ - железы слизистой в фазе секреции. При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, увеличено до 7 недель беременности, шаровидной формы с гладкой поверхностью, плотное, подвижное, чувствительное при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. В анализе крови гемоглобин 90 г/л, эритроциты – $2,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $6,5 \times 10^9 /л$, СОЭ – 5 мм/ч. Установите диагноз.

- а) Полипоз эндометрия.
- б) Эндометриоз шейки матки
- в) Эндометриоз тела матки, меноррагия
- г) Аденомиоз, кровотечение.

17. Пациентка Ф., 34 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные, болезненные менструации и темно-красные мажущие выделения из половых путей накануне менструации. Год назад произведена диатермокоагуляция шейки матки по поводу эрозии. При осмотре в зеркалах: на шейке матки видны очаги синего цвета диаметром от 0,1 до 0,3 см. Из отдельных очагов – скудные темнокрасные выделения. Бимануальное исследование: тело матки в anteversio-flexio, увеличено до 6 недель беременности, шаровидной формы с гладкой поверхностью, плотное, подвижное, чувствительное при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. По данным метросальпингографии

полость матки расширена, выявляются «законтурные» тени. Гистероскопия: полость матки расширена, стенки бугристые. Гистологическое исследование эндометрия – фаза секреции. Кольпоскопия – очаги эндометриоза на шейке матки. Определите предварительный диагноз.

- а) Полипоз эндометрия.
- б) Эндометриоз шейки матки
- в) Эндометриоз тела матки, меноррагия, вторичная анемия
- г) Эндометриоз тела и шейки матки

18. Пациентка В., 35 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на боли внизу живота за 5-6 дней до менструации и во время менструации, субфебрильную температуру тела в период болевого синдрома. При бимануальном исследовании: тело матки в *anteversio-flexio*, нормальной величины, шаровидной формы с гладкой поверхностью, плотное, подвижное, безболезненное. Слева придатки не определяются, область их безболезненна. Справа от матки пальпируется образование 7х8х6х см, болезненное, при пальпации ограниченно подвижное, неравномерной консистенции (от плотной до эластической). Своды влагалища глубокие, безболезненные. По данным УЗИ в области правого яичника определяется образование 7х7,5х6,8 см с капсулой толщиной 0,3-0,4 см. Внутренняя структура образования жидкостная с мелкодисперсной взвесью. Данные ФГДС, ирриго- и ректороманоскопии без особенностей. Какой из приведенных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?

- а) Полипоз эндометрия., меноррагия, вторичная анемия
- б) Эндометриоз шейки матки, меноррагия, вторичная анемия
- в) Эндометриоз тела матки, меноррагия, вторичная анемия
- г) Эндометриоидная киста правого яичника

19. Пациентка К., 30 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на ноющие боли внизу живота, больше слева, иррадиирующие в поясницу, прямую кишку, боли при половом сношении, обильные менструации. Считает себя больной в течение 4 лет. Неоднократно обращалась к врачу. Назначались курсы противовоспалительной терапии (антибиотики, витамины, физиопроцедуры), которые не способствовали устранению болей. При бимануальном исследовании: тело матки в *anteversio-flexio*, отклонено влево, нормальной величины, плотное, чувствительное, ограничено в смещении. Справа придатки не определяются, область их безболезненна. Слева за маткой пальпируется образование 5х7х6х см, болезненное, при пальпации ограниченно подвижное, без четких контуров. В заднем своде влагалища – бугристость и инфильтрация тканей 4,0х3,0 см с резкой болезненностью при пальпации. Установите диагноз.

- а) Генитальный эндометриоз
- б) Эндометриоз шейки матки
- в) Эндометриоз тела матки, меноррагия, вторичная анемия
- г) Эндометриоз тела и шейки матки

20. Пациентка Ш., 36 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на слабость, головокружение, тянущие боли внизу живота, снижение трудоспособности, незначительные кровянистые выделения из половых путей. Считает себя больной в течении последних 1,5 лет, когда появились болезненные, обильные и длительные менструации. К врачу не обращалась. Последняя менструация началась 8 дней назад и продолжается по настоящее время. При бимануальном исследовании: тело матки увеличено до 12- 13 недель беременности, плотное, неправильной формы, малоподвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Анализ крови: гемоглобин - 88 г/л, эритроциты - $2,7 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $7,8 \times 10^9 /л$, СОЭ-5мм/ч. Какой из приведенных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен в данном случае?

- а) Генитальный эндометриоз
- б) Эндометриоз шейки матки
- в) Миома матки, рождающийся субмукозный узел
- г) Миома матки, меноррагия.

21. В гинекологическое отделение поступила беременная В., 22 лет, в сроке гестации 7-8 недель с жалобами на снижение аппетита, тошноту, рвоту 3-5 раз в сутки, чаще после приема пищи. Масса тела за последнюю неделю снизилась на 1 кг. Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Температура тела нормальная. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Пульс 90 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/70 мм рт.ст. Анализы крови и мочи без патологических изменений. Какой из нижеперечисленных предварительных диагнозов наиболее вероятен у данной беременной?

- а) Беременность 7-8 недель. Рвота беременных легкой степени тяжести.
- б) Беременность 7-8 недель. Рвота беременных средней степени тяжести.
- в) Беременность 7-8 недель. Рвота беременных тяжелой степени тяжести.
- г) Беременность 7-8 недель. Неукротимая рвота беременных

22. У женщины на 24 неделе беременности стала быстро нарастать анемия. В общем анализе крови: эритроциты – $2,7 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 90 г/л, анизоцитоз, пойкилоцитоз, единичные мегалобласты, мегалоциты, ретикулоциты – 0,2 %. Установите диагноз беременной.

- а) Диагноз: Беременность 24 недели. Железодефицитная анемия.
- б) Диагноз: Беременность 24 недели. Фолиеводефицитная анемия.
- в). Диагноз: Беременность 24 недель. Постгеморрагическая анемия
- г) Диагноз: Беременность 24 недель. Апластическая анемия

23. . Беременная М., 40 лет, в сроке гестации 34 недели жалуется на мелькание «мушек» перед глазами, головокружение, сухость кожи, ломкость ногтей, выпадение волос. При обследовании выявлена бледность кожи и слизистых оболочек. Пульс 100 ударов в минуту, ритмичный. При аускультации сердца I тон на верхушке ослаблен, выслушивается систолический шум над всеми точками сердца. В легких дыхание везикулярное. Печень и селезенка не увеличены. В общем анализе крови: гемоглобин – 90 г/л, эр. – $3,3 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,7, лейкоц. – $9,8 \times 10^9 /л$: э – 2, п – 3, с – 70, л – 25, м – 10, анизоцитоз, микроцитоз. Сывороточное железо – 7,2 мкмоль/л. Установите диагноз

- а) Диагноз: Беременность 34 недели. Железодефицитная анемия.

б) Диагноз: Беременность 34 недели. Фолиеводефицитная анемия.

в). Диагноз: Беременность 34 недель. Апластическая анемия

г) Диагноз: Беременность 34 недель. Постгеморрагическая анемия

24. На консультацию к терапевту направлена беременная 29 лет с жалобами на слабость, повышенную утомляемость. В анамнезе одни срочные роды без осложнений год назад. При осмотре кожные покровы бледные, пульс 82 удара в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Матка увеличена до 24 недель беременности, в нормальном тоне. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту. Выделений из половых путей нет. При исследовании периферической крови гемоглобин – 92 г/л, цветовой показатель – 0,8, ретикулоциты – 12%. Установите диагноз и определите тактику ведения беременной.

а) Диагноз: Беременность 24 недели. Железодефицитная анемия. Тактика.

Дополнительное обследование: концентрация железа в сыворотке крови, ферритин сыворотки. Лечение: лекарственные средства железа.

б) Диагноз: Беременность 34 недели. Фолиеводефицитная анемия. Тактика. Назначение фолиевой кислоты.

в). Диагноз: Беременность 8 недель. Ревматизм. Митральный стеноз. Недостаточность аортального клапана. Н ПА. Тактика. Прерывание беременности по медицинским показаниям.

г) Диагноз: Беременность 24 недели. Железодефицитная анемия I степени. Тактика. Амбулаторное лечение в женской консультации лекарственными средствами, содержащими трехвалентное железо, в течение 3-6 месяцев.

25. Беременная С., 24 лет, обратилась в женскую консультацию в сроке беременности 7-8 недель. Жалуется на нарушение сна, раздражительность, эмоциональную лабильность, потливость, потерю массы тела 4 кг. Трудоспособность не нарушена. При осмотре и пальпации отмечается увеличение щитовидной железы II степени, легкий тремор пальцев. Пульс 98 ударов в минуту, АД 125/60 – 125/60 мм рт.ст. Установите диагноз и определите тактику ведения беременной

а) Диагноз: Беременность 28 недель. Острый гестационный пиелонефрит. Угрожающие преждевременные роды. Тактика. Стационарное лечение: антибактериальная, инфузионная, спазмолитическая терапия.

б) Диагноз: Беременность 34 недели. Фолиеводефицитная анемия. Тактика. Назначение фолиевой кислоты.

в) Диагноз: Беременность 26 недель. Острая кишечная непроходимость. Тактика. Лапаротомия. Разъединение спаек. Пролонгирование беременности, профилактика септических осложнений, преждевременных родов и гипоксии плода

г) Диагноз. Беременность 7-8 недель. Диффузный токсический зоб Тиреотоксикоз I. Тактика. Прерывание беременности по медицинским показаниям.

26. В наблюдательное отделение из физиологического послеродового отделения переведена родильница на 4-е сутки после родов. В родах – раннее излитие околоплодных вод, оперативное родоразрешение путем наложения полостных акушерских щипцов. 20 Жалобы на боли внизу живота, слабость, недомогание, повышение температуры до 38,1 °С. Пульс 100 ударов в минуту, удовлетворительных свойств. АД 120/80 мм рт.ст. Объективно: дно матки на 10 см выше лона. Матка при пальпации болезненная, мягковатой консистенции. Выделения из половых путей темно-кровянистые, с запахом. Анализ крови общий: лейкоциты – 10x10⁹ г/л, СОЭ - 45 мм/ч, гемоглобин - 60 г/; мазок на флору из влагалища - лейкоциты - 40-60 в поле зрения, флора: палочки, кокки. Какой из нижеперечисленных предварительных диагнозов наиболее вероятен у данной пациентки?

а) Послеродовый период 4-е сутки. Острый послеродовый эндометрит. Обострение хронического пиелонефрита

б) Послеродовый период 6-е сутки. Послеродовый тромбоз поверхностных вен левой голени.

в) Послеродовый период 10-е сутки. Послеродовый тромбоз глубоких вен левой голени.

г) Послеродовый период 4-е сутки. Послеродовый метроэндометрит

27. Первородящая 25 лет. На 6-е сутки после родов появились боли в левой молочной железе, температура - 38,50 С. Объективно: в верхне-наружном квадранте левой молочной железы уплотнение 5х6 см, болезненное при пальпации, кожа над уплотнением гиперемирована. Дно матки на уровне лона. Выделения из половых путей умеренные, серозные, без запаха. Какой из нижеперечисленных предварительных диагнозов наиболее вероятен у данной пациентки?

а) Послеродовый период 4-е сутки. Острый послеродовый эндометрит. Обострение хронического пиелонефрита

б) Послеродовый период 6-е сутки. Послеродовый тромбоз поверхностных вен левой голени.

в) Послеродовый период 10-е сутки. Послеродовый тромбоз глубоких вен левой голени.

г) Послеродовый период 6-е сутки. Левосторонний серозный мастит.

28. Родильница М., 33 лет, на 4-ые сутки послеродового периода предъявила жалобы на обильные лохии с запахом, повышение температуры до 38,60 С. Страдает хроническим пиелонефритом в течение 2-х лет. Беременность шестая: первая беременность закончилась срочными родами, последующие четыре - медицинскими абортами, два из которых осложнились острым эндометритом. Настоящая беременность протекала без осложнений. Длительность родов составила 19 часов 20 минут. Объективно: кожные покровы влажные, слизистые оболочки бледные. В легких дыхание везикулярное. Пульс 92 удара в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/70 мм рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания поясницы в области почек справа слабо положительный. Дно матки на 15 см выше лона, при пальпации матки мягковатой консистенции, болезненная. Выделения из половых путей мутно-сукровичные, обильные с ихорозным запахом. При влагалищном исследовании: шейка матки окончательно не сформирована, цервикальный канал свободно пропускает 2 поперечных пальца. Матка мягкая, увеличена до 14-15 недель беременности. Придатки с двух сторон не определяются, область их безболезненна при пальпации. Своды свободные. Выделения мутные с запахом. Какой из нижеперечисленных предварительных диагнозов наиболее вероятен у данной пациентки?

а) Послеродовый период 4-е сутки. Острый послеродовый эндометрит. Обострение хронического пиелонефрита

б) Послеродовый период 6-е сутки. Послеродовый тромбоз поверхностных вен левой голени.

в) Послеродовый период 10-е сутки. Послеродовый тромбоз глубоких вен левой голени.

г) Послеродовый период 4-е сутки. Послеродовый метроэндометрит

29. Родильница 26 лет, четвертые сутки послеродового периода. Из анамнеза: роды II срочные. В родах – разрыв промежности II степени, ушит кетгутowymi и шелковыми швами. В первые двое суток послеродовый период протекал без осложнений. К концу 3-го дня поднялась температура тела до 37,30 С, появились головная боль, жжение и боли в

области швов на промежности и во влагалище. Объективно: АД 120/80 мм рт. ст., пульс 78 ударов в минуту, удовлетворительных свойств. Со стороны внутренних органов патологии нет. Молочные железы мягкие, соски чистые. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Дно матки на 12 см выше лонного сочленения, матка плотная, безболезненная. Лохии умеренные, кровянистые. Швы на раневой поверхности промежности покрыты гнойным налетом, окружающие ткани гиперемированы, отечны, болезненны при пальпации. Установите предварительный диагноз

а) Послеродовый период 4-е сутки. Острый послеродовый эндометрит. Обострение хронического пиелонефрита

б) Послеродовый период 6-е сутки. Послеродовый тромбофлебит поверхностных вен левой голени.

в) Послеродовый период 4-е сутки. Послеродовая язва промежности.

г) Послеродовый период 4-е сутки. Послеродовый метроррагический эндометрит

30.Продолжите: Анэмбриония-это...

а)отсутствие УЗИ-признаков маточной или внематочной беременности

б)3 и более выкидышей подряд у одной и той же женщины

в)оплодотворенная яйцеклетка имплантировалась в стенку матки, но развитие плода не начинается

г)локализация плодного яйца вне полости матки

31.Какие препараты назначаются при отсутствии желтого тела?

а)прогестины(гестагены)

б)хорионический гонадотропин

в)аспирин

г)курантил

32.Определите показание к консервативно-выжидательной тактике

а) в сроке до 22 нед, целом плодном пузыре, раскрытии шейки матки не более 2см, нормальном состоянии матери и плода, отсутствии признаков инфекции

б) в сроке до 37 нед, целом плодном пузыре, раскрытии шейки матки не более 2см, нормальном состоянии матери и плода, отсутствии признаков инфекции

в)в сроке до 34 нед, целом плодном пузыре, раскрытии шейки матки не более 2см, нормальном состоянии матери и плода, отсутствии признаков инфекции

г)в сроке до 34 нед, целом плодном пузыре, раскрытии шейки матки не более 4см, нормальном состоянии матери и плода, отсутствии признаков инфекции

33.Укажите противопоказание для применения токолитиков:

а)раскрытие шейки матки не более 2см

б)отсутствие признаков инфекции

в)угрожающие и начинающиеся преждевременные роды

г)вскрытие плодного пузыря

34.О каком выкидыше можно думать при несоответствии размеров тела матки сроку беременности, регулярных схватках, открытии внутреннего и наружного зева, кровянистых выделениях из влагалища?

а)угрожающем

б)начавшемся

в)в ходу

г)инфицированном

35. При каком уровне В-ХГЧ в сыворотке крови тест на беременность считается положительным?

а)3 МЕ/л

б) 5 МЕ/Л

в) 7 МЕ/Л

г) 9 МЕ/Л

36. Какие УЗ признаки свидетельствуют о неблагоприятном исходе маточной беременности?

а) сердцебиения эмбриона с копчиково-теменным размером более 6 мм

б) отсутствие эмбриона при размерах плодного яйца более 25 мм при трансвагинальном сканировании

в) частота сердечных сокращений эмбриона более 100 в минуту при гестационном сроке 5–7 недель беременности

г) размеры ретрохориальной гематомы – менее 25 % поверхности плодного яйца.

37. При каком виде невынашивания беременности показана консервативная тактика ведения?

а) полном самопроизвольном выкидыше

б) неполном выкидыше и обусловленном им кровотечении

в) инфицированном выкидыше

г) сопутствующие заболевания пациентки (тяжёлая анемия, продолжающееся кровотечение, расстройства гемодинамики и др.)

38. Какая рекомендация является универсальной при недостаточности лютеиновой фазы?

а) стимуляция овуляции во вторую фазу менструального цикла

б) назначение эстрогенов во вторую фазу менструального цикла

в) улучшение реологических свойств крови назначением лечебных сборов

г) восполнение недостаточности прогестерона во вторую фазу менструального цикла

39. У беременной при измерении таза получены следующие данные: - D.Spinarum - 25 см - D.Cristarum - 27 см - D.Trochanterica - 30 см - C.Externa - 20 см - C.Diagonalis - 13 см, - Индекс Соловьева - 15 см, что дает основание считать таз

а) общеравномерносуженным

б) нормальным

в) кососмещенным

г) поперечносуженным

40. У беременной при измерении таза получены следующие данные: - D.Spinarum - 24 см - D.Cristarum - 26 см - D.Trochanterica - 28 см - C.Externa - 18 см - C.Diagonalis - 12 см, которые позволяют считать, что таз

а) общеравномерносуженный

б) нормальный

в) простой плоский

г) общесуженный плоский

41. У беременной при измерении таза получены следующие данные: - D.Spinarum - 23 см - D.Cristarum - 26 см - D.Trochanterica - 29 см - C.Externa - 17 см - C.Diagonalis - 10 см, которые свидетельствуют

а) о сужении таза первой степени

б) о сужении таза второй степени

в) о сужении таза третьей степени

г) о сужении таза четвертой степени

42. У беременной при измерении таза получены следующие данные: - D.Spinarum - 27 см - D.Cristarum - 27 см - D.Trochanterica - 31 см - C.Externa - 17 см - C.Diagonalis - 9 см, что позволяет оценить этот таз как

а) нормальный

б) общеравномерносуженный

в) плоскорихитический

г) кососмещенный

43. При наружной конъюгате - 17 см, диагональной - 10 см и нормальных остальных наружных размерах таза, можно поставить диагноз

а). общеравномерносуженного таза

б). плоскорихитического таза

в). кососмещенного таза

г) простого плоского таза

44. Определите тактику ведения при несоответствии размеров таза матери и головки живого плода

а). применение родостимулирующей терапии

б). укладывание роженицы на бок, соответствующий позиции плода

в). применение акушерских щипцов

г). родоразрешение операцией кесарева сечения

45. Укажите нехарактерный признак несоответствия головки плода размерам таза матери

а) отсутствие поступательного движения головки плода при полном раскрытии маточного зева

б) слабость родовой деятельности

в) признак Вастена "вровень" или "положительный"

г) нарушение мочеиспускания

46. Определите причину несоответствия головки плода размерам таза матери

а) при крупном плоде

б). при предлежании плаценты

в). при рубце на матке

г). при отслойке плаценты

47. Выберите тактику родоразрешения при третьей и четвертой степенях сужения таза

а) кесарева сечения

б) операции акушерских щипцов

в) перфорации головки

г) перинеотомии

48. Определите при каком из нижеприведенных случаев у роженицы с сужением таза первой степени роды не могут произойти через естественные родовые пути

а) при активной родовой деятельности

б) при нормальных размерах головки плода

в) при правильном вставлении головки плода

г) при переднеголовном вставлении головки плода

49. Выберите акушерское вмешательство при узком тазе

а). к акушерским щипцам

б) к кесареву сечению

в) к вакуум-экстракции плода

г) к поворотам плода

50. Определите нехарактерный признак у женщин с анатомически суженным тазом во время беременности

а). высокое стояние дна матки

б) отвислый остроконечный живот

в). неправильное положение плода

г) хроническая гипоксия плода

51. Укажите нехарактерный признак плоскорихитического таза
- а) изменением и деформацией крестца
 - б) изменением тазовых костей
 - в) равными величинами D.Cristarum и D.Spinarum
 - г) увеличением прямого размера входа в малый таз
52. Определите характерный признак простого плоского таза
- а) уменьшение только прямого размера входа в малый таз
 - б) уменьшение всех размеров таза
 - в) уменьшение всех прямых размеров малого таза
 - г) уменьшение поперечного размера выхода из малого таза
53. Продолжите: Диагноз анатомически суженного таза может быть поставлен
- а) если величина истинной конъюгаты равна 10 см и менее
 - б) если величина диагональной конъюгаты равна 13 см
 - в) если величина наружной конъюгаты равна 20-21 см
 - г) если вертикальная диагональ ромба Михаэлиса равна 11 см
54. Определите тактику ведения беременные с анатомически суженным тазом.Продолжите: должны быть
- а) госпитализированы в акушерский стационар за две недели до родов
 - б) родоразрешены только операцией кесарева сечения
 - в) под наблюдением в женской консультации до начала родов
 - г) направлены на прерывание беременности в ранние сроки
55. Определите когда мы диагностируем клинически узкий таз
- а) в начале первого периода родов, после отхождения вод
 - б) при отрицательном признаке Вастена
 - в) во время беременности, во II половине беременности
 - г) при полном или почти полном раскрытии маточного зева
56. Укажите признак смешанно-ягодичного предлежания
- а) предлежит одна ножка
 - б) предлежат обе ножки плода
 - в) предлежат ягодички и стопы плода
 - г) предлежат коленки плода
57. Определите проводную точку при переднем виде чисто ягодичного предлежания
- а) передняя ягодица
 - б) задняя ягодица
 - в) передняя ножка
 - г) задняя ножка;
58. Укажите место, где располагается родовая опухоль при родах в ягодичных предлежаниях
- а) на задней ножке
 - б) на передней ягодице
 - в) на передней ножке;
 - г) на головке.
59. Определите наиболее благоприятный вариант тазовых предлежаний:
- а) ягодичное
 - б) ножные
 - с) неполное коленное
 - д) полное ножное.

60. Как часто надо выслушивать сердцебиение плода в периоде изгнания при тазовых предлежаниях?
- а) через каждые 10 минут
 - б) через каждые полчаса
 - в) перед каждой потугой
 - г) после каждой потуги
61. Какой метод применяется при ножных предлежаниях?
- а) метод Пискачека
 - б) метод Креде-Лазаревича
 - в) метод Абуладзе
 - г) метод Цовьянова (заслонка по Цовьянову)
62. Определите прием Леопольда, при котором определяется крупная часть плода неправильной формы над входом в малый таз?
- а) I
 - б) II
 - в) III
 - г) IV
63. Определите метод, проводимый для уточнения диагноза тазового предлежания и его разновидности
- а) влагалищное исследование, УЗИ
 - б) первый прием Леопольда
 - в) третий прием Леопольда
 - г) прием одновременной пальпации
64. С каким предлежанием надо дифференцировать чисто ягодичное предлежание?
- а) локтевым
 - б) коленным
 - в) головным
 - г) лицевым
65. В чем заключается опасность влагалищного родоразрешения при III степени разгибания головки при тазовом предлежании?
- а) повреждении шейного отдела позвоночника
 - б) травмах ножек плода
 - в) травмах половых органов
 - г) травме грудной клетки
66. Укажите метод применяемый для определения запрокидывания ручек плода за голову при тазовом предлежании
- а) магнитно-резонансной томографией
 - б) рентгенологическим исследованием
 - в) амниоскопией
 - г) рентгенопельвиометрией
67. Назовите противопоказание к назначению корректирующей гимнастики при тазовом предлежании:
- а) наличие рубца на матке, угроза прерывания беременности
 - б) предлежания плаценты, юная первородящая
 - в) возрастная первородящая до 30 лет
 - г) многорожавшая
68. Продолжите определение: Акцелерация - это
- а) замедление ЧСС на 15 уд/мин в течение не менее 15 сек

- б) замедление ЧСС на 15 уд/мин в течение не менее 30 сек
- в) повышение ЧСС на 15 уд/мин в течение не менее 15 сек
- г) повышение ЧСС на 15 уд/мин в течение не менее 30 сек

69. Продолжите определение: Децелерация - это

- а) замедление ЧСС на 15 уд/мин в течение не менее 15 сек
- б) замедление ЧСС на 15 уд/мин в течение не менее 30 сек
- в) повышение ЧСС на 15 уд/мин в течение не менее 15 сек
- г) замедление ЧСС на 15 уд/мин в течение 10 сек. и более

70. Укажите критерии нормальной КТГ:

- а) базальный ритм 120-160 уд/мин
- б) амплитуда variability 25-30 уд/мин
- в) частота осцилляций менее 2
- г) множество децелераций, отсутствие акцелераций

71. Определите цель и сроки для проведения биопсии ворсин хориона?

- а) с целью определения соответствия степени зрелости плаценты сроку гестации в сроке 8-12 нед
- б) с целью определения соответствия степени зрелости плаценты сроку гестации в сроке 20-22 нед
- в) для кариотипирования плода и определения хромосомных и генных аномалий в сроке 8-12 нед
- г) для кариотипирования плода и определения хромосомных и генных аномалий в сроке 20-22 нед

72. Определите тактику при рассогласовании сроков по ДПМ и данным УЗИ

- а) если имеется УЗИ, выполненное между 11-14 нед., то рассчитывают срок беременности и родов по данным УЗИ
- б) если имеется УЗИ, выполненное между 11-14 нед., то рассчитывают срок беременности и родов по данным ДПМ
- в) если имеется УЗИ 1-го семестра и 2-го семестра, то рассчитывают срок беременности и родов по данным 2-го семестра
- г) если различие более 10 дней, имеется УЗИ 1-го семестра и 2-го семестра, то рассчитывают срок беременности и родов по ДПМ

73. При какой патологии наблюдается ярко-желтая (золотистая) окраска околоплодных вод?

- а) внутриутробная гибель плода
- б) преждевременная отслойка плаценты
- в) резус конфликтная беременность
- г) внутриутробная гипоксия плода

74. При какой патологии наблюдается зеленая окраска околоплодных вод?

- а) внутриутробная гибель плода
- б) преждевременная отслойка плаценты
- в) резус конфликтная беременность
- г) внутриутробная гипоксия плода

75. При какой патологии наблюдается бурая (темно-коричневая) окраска околоплодных вод?

- а) внутриутробная гибель плода
- б) преждевременная отслойка плаценты
- в) резус конфликтная беременность
- г) внутриутробная гипоксия плода

76. Что такое сокращения Брекстона-Гикса?

- а) сокращения матки без расширения шейки в III триместре беременности (фальшивые роды)
- б) сокращение шейки матки в III триместре беременности, предвестники родов
- в) сокращения матки в послеродовом периоде, физиологические
- г) сокращения матки в конце II периода родов при введении окситоцина

77. Различите начала настоящих родов от “ложных”

- а) сокращения матки, боли внизу живота
- б) сглаживание и раскрытие шейки матки
- в) отхождение околоплодных вод
- г) боли внизу живота и поясницах, отхождение околоплодных вод

78. Как клинически проявляются изменения реакции на стимулы внешней среды беременной в физиологическом течении подготовительного процесса к родам?

- а) повышенная сонливость, снижение аппетита, потеря до 1кг за неделю до родов, неустойчивое настроение
- б) боли внизу живота и поясницах, частое мочеиспускание, бессонница, снижение аппетита
- в) боли внизу живота и поясницах, частое шевеление плода, прибавка массы тела до 1кг в неделю, повышенный аппетит
- г) бессонница, повышенный аппетит, боли внизу живота и поясницах, частое шевеление плода

79. Укажите особенность гладкомышечной ткани матки:

- а) не способна генерировать и распространять потенциалы действия, автономные сокращения подчиняются сознанию
- б) не способна генерировать и распространять потенциалы действия, автономные сокращения не подчиняются сознанию
- в) способна генерировать и распространять потенциалы действия, автономные сокращения не подчиняются сознанию
- г) способна генерировать и распространять потенциалы действия, автономные сокращения подчиняются сознанию

80. Беременная Б, 20 лет, пришла на прием к семейному врачу. Беременность I, срок 37-38 нед. Жалобы на боли внизу живота, поясницах. Кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые, отеков нет. АД 120/80, 110/70 мм.рт.ст. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные.

Живот увеличен за счет беременности, овоидной формы. Положение плода продольное, предлежит головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140-150 уд/мин. Шевеление плода активное.

Влагалищное исследование: нпо развиты правильно, вход во влагалище свободный.

Шейка матки плотная, отклонена кзади, длина 2,5 см, наружный зев закрыт.

Какой балл по шкале Бишопа и зрелость шейки матки наиболее подходит данной беременной ?

- а) 0 баллов, незрелая шейка матки
- б) 1-2 балла, незрелая шейка матки
- в) 3-4 балла, созревающая шейка матки
- г) 7-8 баллов, зрелая шейка матки

81. Беременная М, 28 лет, пришла на прием к семейному врачу. Беременность II, срок 38-39 нед. Жалобы на боли внизу живота, поясницах, снижение аппетита, неустойчивое настроение. Кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые, отеков нет. АД 120/80,

110/70 мм.рт.ст. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные.

Живот увеличен за счет беременности, овоидной формы. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140-150 уд/мин. Шевеление плода активное.

Влагалищное исследование: нпо развиты правильно, вход во влагалище свободный.

Шейка матки мягкая, расположена по проводной оси, длина 0,5 см, канал шейки матки проходим для 2 пальцев за внутренний зев.

Какой из нижеперечисленных ниже оценок зрелости наиболее вероятен в данном случае?

- а) 0 баллов, незрелая шейка матки
- б) 1-2 балла, незрелая шейка матки
- в) 3-4 балла, созревающая шейка матки
- г) 7-8 баллов, зрелая шейка матки

82. Назовите косвенный признак гормонального дисбаланса:

- а) пороки развития матки
- б) переносимая беременность
- в) несвоевременное наступление менархе
- г) рубцы на матке

83. Как изменяется тонус матки при подготовительных схватках?

- а) тонус матки повышается
- б) тонус матки остается нормальным
- в) тонус матки снижается
- г) тонус матки колеблется

84. При каком сроке физиологической беременности отмечается самое большое количество околоплодных вод?

- а) 40-41 нед беременности
- б) 39-40 нед беременности
- в) 38-неделя беременности
- г) 32- неделя беременности

85. Концентрация каких гормонов изменяются в крови матери и плода при физиологическом подготовительном периоде?

- а) АКТГ и кортизол повышается, как реакция на предстоящий родовой стресс
- б) АКТГ и кортизол снижается, как реакция на предстоящий родовой стресс
- в) ТТГ и кортизол повышается, как реакция на предстоящий родовой стресс
- г) ТТГ и кортизол снижается, как реакция на предстоящий родовой стресс

86. Повторнобеременная К., 25 лет, поступила в родильное отделение районной больницы с регулярной родовой деятельностью. Родовая деятельность продолжается 3 часа, роды в срок. Беременность 2-я, протекала без осложнений, роды предстоят вторые. Соматически здорова, гинекологические заболевания отрицает. Менструальная функция без особенностей.

Объективно: рост 160 см, вес 72 кг. Кожные покровы обычной окраски. АД-120/80, 115/70 мм рт.ст., пульс 78 в мин., ритмичный. Со стороны внутренних органов без патологии.

ВДМ - 36 см, ОЖ - 90 см, размеры таза - 26-29-32-21 см. Положение плода продольное, головка большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода 130 уд. в мин., схватки через 2 минуты, по 40-50 секунд, сильные и болезненные. Женщина беспокоится, что схватки очень частые и болезненные.

Влагалищное исследование: влагалище емкое, края мягкие, открытие почти полное.

Головкой плода выполнены верхняя треть симфиза и крестца. Стреловидный шов в левом

косом размере, малый родничок справа спереди. Плодный пузырь цел. Мыс не достигается.

Какой из нижеприведенных предварительных диагнозов наиболее вероятен в данном случае?:

- а) Роды II, срочные, II период родов в головном предлежании
- б) Роды II, срочные, II период родов в тазовом предлежании
- в) Роды II, срочные, в головном предлежании
- г) Роды II, срочные, III период родов в головном предлежании

87. В родовое отделение ЦРБ поступила первобеременная А., 21 год, с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 3 часа назад. Беременность 38 недель, протекала без осложнений. Соматически здорова, гинекологические заболевания отрицает.

Менструальная функция без особенностей. Брак 1-й. Занятия по подготовке к родам не посещала, прочитала учебник по акушерству.

Объективно: Рост 164 см, вес - 62 кг. Кожные покровы обычной окраски. АД-110/70, 110/65 мм рт.ст., пульс 72 уд. в мин., ритмичный. ОЖ - 95 см, ВДМ - 35 м, размеры таза - 25-28-30-20 см. Положение плода продольное, предлежание головное. Головка прижата ко входу в малый таз. Схватки через 4-5 минут, по 30-35 секунд, болезненные.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 134 удара в минуту. Матка хорошо расслабляется между схватками. Во время схватки женщина ведет себя беспокойно, дышит напряженно, высказывает опасение о возникновении у неё опасных осложнений.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка сглажена, края мягкие, открытие 4 см, плодный пузырь цел. Головка прижата ко входу в малый таз.

Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Мыс не достигается. Выделения светлые незначительные. Установите диагноз:

- а) Роды 1-ые, срочные, первый период родов Активная фаза.
- б) Беременность 38/ недель. Предвестники родов
- в) Беременность 38 недель. II период родов
- г) Роды 1-ые, срочные. Латентная фаза I периода родов

88. Повторнобеременная К., 26 лет, поступила в родильное отделение районной больницы с регулярной родовой деятельностью. Родовая деятельность продолжается 4 часа, роды в срок. Беременность 2-я, протекала без осложнений, роды предстоят вторые. Соматически здорова, гинекологические заболевания отрицает. Менструальная функция без особенностей.

Объективно: рост 160 см, вес 72 кг. Кожные покровы обычной окраски. АД-120/80, 115/70 мм рт.ст., пульс 78 в мин., ритмичный. Со стороны внутренних органов без патологии. ВДМ - 36 см, ОЖ - 90 см, размеры таза - 26-29-32-21 см. Положение плода продольное, головка большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода 130 уд. в мин., схватки через 2 минуты, по 40-50 секунд, сильные и болезненные. Женщина беспокоится, что схватки очень частые и болезненные.

Влагалищное исследование: влагалище емкое, края мягкие, открытие почти полное.

Головкой плода выполнены верхняя треть симфиза и крестца. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди. Плодный пузырь цел. Мыс не достигается.

Назовите возможное осложнение и обоснуйте его:

- а) риск развития инфекционных осложнений при запоздалом вскрытии плодного пузыря
- б) риск отслойки плаценты при запоздалом вскрытии плодного пузыря и связанные с этим осложнения, риск разрыва шейки

- в) риск развития гестационной гипертензии при запоздалом вскрытии плодного пузыря
- г) риск развития анемии при запоздалом вскрытии плодного пузыря и связанные с этим осложнения

89. Как часто необходимо проводить влагалищное исследование в первом периоде физиологически протекающих родах?

- а) каждые 2 часа
- б) каждые 3 часа
- в) каждые 6 часов
- г) каждые 4 часа

90. Когда необходимо начать заполнение партограммы ?

- а) при поступлении в родзал с регулярными схватками
- б) при излитии околоплодных вод, при поступлении в родзал
- в) в начале II периода родов, с началом потуг
- г) в конце I периода родов, при поступлении в родзал

91. Что означает пересечение линии действия на партограмме?

- а) родоразрешить путем операции кесарева сечения
- б) роды вести по намеченному плану
- в) быстро оценить ситуацию с целью принятия решения
- г) необходимо произвести амниотомию

92. В какой дозе вводится окситоцин при активном ведении 3-го периода родов?

- а) 2 ЕД внутримышечно однократно
- б) 3 ЕД внутримышечно однократно
- в) 7 ЕД внутримышечно однократно
- г) 10 ЕД внутримышечно однократно

93. Роды в каком сроке беременности считаются срочными?

- а) Срочными считаются роды на 36-42-й неделе беременности
- б) Срочными считаются роды на 37-41-й неделе беременности
- в) Срочными считаются роды на 37-42-й неделе беременности
- г) Срочными считаются роды на 38-40-й неделе беременности

94. Что означает «о» на партограмме?

- а) светлые околоплодные воды
- б) плодный пузырь цел
- в) конфигурации нет
- г) начало родовой деятельности

95. Что такое признак Клейна?

- а) конец пуповины, выступающей из половой щели, удлиняется при натуживании
- б) лигатура, наложенная на пуповину у половой щели, опускается на 10-12 см.
- в) изменение формы и высоты стояния дна матки при отделении плаценты
- г) позыв на потугу, при отделившейся плаценте

96. Пациентка С., 22 лет, обратилась к врачу акушеру-гинекологу с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры до субфебрильных цифр, появление белей желтого цвета с неприятным запахом. Какие обязательные методы исследования необходимо провести у данной пациентки для уточнения диагноза?

- а) Специальное гинекологическое исследование, мазки из уретры и цервикального канала на гонорею, посев из влагалища на гонококки, микрофлору; обследование на ИППП; общий анализ крови; УЗИ органов малого таза.
- б) Анамнез, общий осмотр, исследование органов и систем, общий анализ крови, мазок на онкоцитологию,

- в) Общий анализ мочи, коагулограмма, мазок на гонорею
- г) УЗИ органов малого таза, по показаниям – гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание матки.

97. В гинекологическое отделение поступила пациентка Л., 24 лет, с жалобами на умеренные кровянистые выделения из половых путей в течение 10 дней, которые появились через 2 дня после окончания менструации. Наметьте план обследования пациентки в стационаре.

- а) Специальное гинекологическое исследование, мазки из уретры и цервикального канала на гонорею.
- б) Посев из влагалища на гонококки, микрофлору.
- в) Анамнез, общий осмотр, исследование органов и систем, специальное гинекологическое исследование, общий анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмма, мазок на гонорею, мазок на онкоцитологию, УЗИ органов малого таза, по показаниям – гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание матки.
- г) обследование на ИППП; общий анализ крови; УЗИ органов малого таза.

98. У пациентки Р., 29 лет, в мазке из заднего свода влагалища обнаружено небольшое количество палочек Дедерлейна, много лейкоцитов и эпителия, значительное количество кокковой флоры. Реакция слабощелочная. Внешний вид выделений слизисто-гнойный. Оцените степень чистоты влагалища.

- а) Первая
- б) Вторая
- в) Третья
- г) Четвертая

99. Пациентка Н., 23 лет, обратилась на прием к врачу женской консультации с жалобами на отсутствие менструаций в течение года.. Составьте план обследования пациентки для уточнения диагноза.

- а) План обследования: тесты функциональной диагностики, гормональные пробы, УЗИ органов малого таза, , консультации специалистов (невропатолог, окулист, эндокринолог),
- б) исследование глазного дна и полей зрения, рентгенография черепа и турецкого седла
- в) гормональный профиль (ФСГ, ЛГ, пролактин, тестостерон, кортизол, эстрогены, прогестерон, Т3, Т4, ТТГ),
- г) Все ответы верны.

100. Пациентка М., 55 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на боли внизу живота, появление кровянистых выделений через 3 года после прекращения менструации. Какие специальные обследования необходимо провести у данной пациентки для уточнения диагноза?

- а) Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки
- б) Мазки на онкоцитологию, кольпоскопия
- в) УЗИ органов малого таза
- г) Осмотр шейки матки в зеркалах, влагалищное и бимануальное исследование

101. При проведении профилактического осмотра у пациентки Л., 27 лет, обнаружена эктопия шейки матки. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить данной пациентке?

- а) Мазки на онкоцитологию, кольпоскопия, биопсия шейки матки с последующим гистологическим исследованием биоптата.
- б) Осмотр шейки матки в зеркалах, влажный и бимануальное исследование
- в) Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки
- г) Все ответы верны

102. Пациентка В., 30 лет, обратилась на прием к врачу женской консультации для обследования по поводу отсутствия наступления беременности в течение трех лет после медицинского аборта в сроке 10 недель беременности. Из анамнеза установлено, что течение послеабортного периода осложнилось острым эндометритом, двухсторонним аднекситом, по поводу чего проводилось стационарное лечение. Заподозрен трубно-перитонеальный фактор бесплодия. Какой метод диагностики необходимо назначить пациентке для оценки проходимости маточных труб?

- а) Диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки
- б) Осмотр шейки матки в зеркалах, влажный и бимануальное исследование
- в) Лапароскопия с хромогидротубацией.
- г) Гистероскопия.

103. Пациентка Р., 45 лет, жалуется на обильные длительные менструации, схваткообразные боли внизу живота во время менструации, слабость, снижение трудоспособности. При проведении обследования заподозрена субмукозная миома матки. Каким методом обследования можно подтвердить диагноз?

- а) Мазки на онкоцитологию
- б) Биопсия шейки матки с последующим гистологическим исследованием биоптата
- в) Гистероскопия на 5-7-й день менструального цикла или метросальпингография
- г) Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки,

104. Пациентка М., 24 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на нерегулярные менструации - 4-5 раз в год. Последняя менструация была 2 месяца назад. Проведена проба с прогестероном, после которой началась менструация. Какое заключение можно сделать по результатам этой пробы?

- а) Умеренная эстрогенная недостаточность.
- б) Мазки на онкоцитологию
- в) Биопсия шейки матки с последующим гистологическим исследованием биоптата
- г) Гистероскопия на 5-7-й день менструального цикла или метросальпингография

105. Пациентка М., 14 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на слабость, головокружение, обильные кровянистые выделения из 54 половых путей в течение 6 дней. Менструации с 13 лет, нерегулярные (через 6-8 недель), обильные, со сгустками, по 8-10 дней, безболезненные. При осмотре: кожные покровы бледные. Пульс 94 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 100/70 мм рт. ст. Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, девственная плева цела. Выделения из половых путей кровянистые, обильные. При ректоабдоминальном исследовании патологии не

обнаружено. В анализе крови гемоглобин 90 г/л. Какой из нижеперечисленных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?

- а) Дисфункциональное маточное кровотечение в репродуктивном возрасте
- б) Ювенильное маточное кровотечение
- в) Дисфункциональное (ановуляторное) маточное кровотечение в репродуктивном возрасте
- г) Предменструальный синдром, отечная форма

106. Пациентка Л., 28 лет, обратилась в приемный покой гинекологического отделения с жалобами на длительные кровянистые выделения из половых путей после задержки очередной менструации на 3 месяца. Тест на хорионический гонадотропин отрицательный. При бимануальном исследовании и осмотре с помощью зеркал патологических изменений не обнаружено. Проведено лечебно-диагностическое выскабливание полости матки под контролем гистероскопии. Результат гистологического исследования соскоба: эндометрий поздней фазы пролиферации. Какой из нижеперечисленных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?

- а) Дисфункциональное маточное кровотечение в репродуктивном возрасте
- б) Ювенильное маточное кровотечение
- в) Дисфункциональное (ановуляторное) маточное кровотечение в репродуктивном возрасте
- г) Предменструальный синдром, отечная форма

107. Пациентка М., 34 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей. Менструации с 13 лет, через 28 дней, по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Имела 2 родов без особенностей. Гинекологические заболевания отрицает. Последняя менструация началась 3 недели назад и не заканчивается до сих пор - кровянистые выделения периодически усиливаются или уменьшаются. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки чистая. Выделения кровянистые, обильные. При бимануальном исследовании патологии не обнаружено. Какой из нижеперечисленных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?

- а) Дисфункциональное маточное кровотечение в репродуктивном возрасте
- б) Ювенильное маточное кровотечение
- в) Дисфункциональное (ановуляторное) маточное кровотечение в репродуктивном возрасте
- г) Предменструальный синдром, отечная форма

108. У пациентки Ч., 43 лет, после 2-месячной задержки менструации наблюдаются обильные кровянистые выделения из половых путей, продолжающиеся 10 дней. Последние 2 года менструальный цикл нарушен: интервал между менструациями составляет 2-3 месяца. Гинекологические заболевания отрицает. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки чистая. Выделения кровянистые, обильные. При бимануальном исследовании патологии не обнаружено. Какой из нижеперечисленных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?

- а) Дисфункциональное маточное кровотечение в репродуктивном возрасте

- б) Ювенильное маточное кровотечение
- в) Дисфункциональное (ановуляторное) маточное кровотечение в репродуктивном возрасте
- г) Дисфункциональное маточное кровотечение позднего репродуктивного возраста

109. У пациентки Р., 33 лет, 24-й день менструального цикла. Реакция влажалищного мазка IV типа, симптом «зрачка» +++, симптом кристаллизации шейечной слизи резко выражен. Какие процессы могут наблюдаться в яичнике

- а) гиперплазия слизистой
- б) персистенция фолликула
- в) апоплексия
- г) ановуляция

110. У пациентки Т., 36 лет, 28-дневный менструальный цикл. При обследовании по тестам функциональной диагностики на 18 день менструального цикла выявлено: симптом «зрачка» +++; КПИ - 65%. Дайте характеристику менструального цикла.

- а) Ановуляторный менструальный цикл.
- б) Фоликулярная фаза
- в) Лютевидная фаза
- г) Созревание фолликула

111. Пациентка К., 50 лет, обратилась к врачу акушеру-гинекологу с жалобами на «приливы жара» до 12 раз в сутки, потливость, сердцебиение, головную боль, головокружение, артериальную гипертензию, раздражительность, бессонницу, немотивированные страхи. Отмечает, что последний год менструации нерегулярные, через 2-3 месяца, скудные, безболезненные. Гинекологические заболевания отрицает. При осмотре в зеркалах: слизистая влажалища и шейки матки чистая, слизистая влажалища истончена, выделения светлые, скудные. При бимануальном исследовании патологии не обнаружено. Какой из нижеперечисленных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?.

- а) Дисфункциональное маточное кровотечение в репродуктивном возрасте
- б) Ювенильное маточное кровотечение
- в) Климактерический синдром средней степени тяжести
- г) Дисфункциональное маточное кровотечение позднего репродуктивного возраста

112. Пациентка И., 38 лет, обратилась на прием к врачу женской консультации с жалобами на сухость и зуд во влажалище, боли при половом сношении. Считает себя больной в течение 3 лет, когда перенесла лапаротомию, гистерэктомию с двусторонним удалением придатков матки по поводу разлитого перитонита, метроэндометрита, двусторонних гнойных tuboовариальных образований. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, дезинтоксикационная, десенсибилизирующая, общеукрепляющая терапия. Швы зажили первичным натяжением, выписана на 15 сутки. Через 2 недели после операции появились «приливы», которые имели место в течение 8 месяцев, затем прекратились. Медикаментозное лечение не получала. При осмотре в зеркалах: слизистая влажалища истончена, с просвечивающейся сосудистой сетью, выделения светлые, скудные. При бимануальном исследовании: влажалище рожавшей. Шейка, тело матки и

придатки отсутствуют, параметрии не изменены. Какой из нижеперечисленных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?

- а) Дисфункциональное маточное кровотечение в репродуктивном возрасте
- б) Посткастрационный синдром
- в) Климактерический синдром средней степени тяжести
- г) Дисфункциональное маточное кровотечение позднего репродуктивного возраста

113. Пациентка П., 27 лет, отмечает жалобы на раздражительность, слабость, плаксивость, нагрубание молочных желез, отечность лица, голеней, увеличение массы тела, зуд кожи. Выраженность жалоб растет с приближением менструации, после ее наступления указанные жалобы исчезают. 56 Из перенесенных заболеваний отмечает хронический двусторонний аднексит. При осмотре в зеркалах и бимануальном исследовании патологических изменений не выявлено. Какой из нижеперечисленных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?

- а) Дисфункциональное маточное кровотечение в репродуктивном возрасте
- б) Посткастрационный синдром
- в) Предменструальный синдром, отечная форма
- г) Дисфункциональное маточное кровотечение позднего репродуктивного возраста

114. К врачу женской консультации обратилась пациентка О., 16 лет, с жалобами на редкие, скудные менструации. При осмотре обращают на себя внимание небольшой рост пациентки, широкие плечи, узкий таз, короткие конечности, гипертрофированные мышцы тела, недоразвитость молочных желез, оволосение по мужскому типу. Менструации с 15 лет, через 38-49 дней, скудные, безболезненные. При гинекологическом осмотре: наружные половые органы развиты по женскому типу, отмечаются увеличение клитора, гипоплазия малых и больших половых губ. При ректоабдоминальном исследовании: матка несколько меньше нормы, плотная, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Какой из нижеперечисленных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?

- а) Дисфункциональное маточное кровотечение в репродуктивном возрасте
- б) Посткастрационный синдром
- в) Аденогенитальный синдром
- г) Дисфункциональное маточное кровотечение позднего репродуктивного возраста

115. Пациентка Ю., 23 лет, предъявляет жалобы на отсутствие менструаций в течение 7 месяцев, бесплодие. Менструации с 13 лет, нерегулярные, с задержками на 2-3 мес., скудные, безболезненные. С 13 лет отмечает рост волос на задней поверхности бедер, голенях, над губой. В браке 3 года, от беременности не предохраняется, беременность не наступает. При осмотре - гипертрихоз кожи; пигментация и гиперкератоз в подмышечных, паховых областях, под молочными железами; ожирение с равномерным распределением жировой ткани. При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. С обеих сторон пальпируются несколько увеличенные, плотноватые, безболезненные яичники. Какой из нижеперечисленных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?

- а) Дисфункциональное маточное кровотечение в репродуктивном возрасте
- б) Синдром поликистозных яичников
 - в) Аденогенитальный синдром
- г) Дисфункциональное маточное кровотечение позднего репродуктивного возраста

116. Пациентка Р., 24 лет, предъявляет жалобы на редкие, скудные менструации. Менструации с 17 лет, нерегулярные, через 45-60 дней, по 2-3 дня, скудные, безболезненные. В браке 3 года. Имела одну беременность, которая самопроизвольно прервалась в раннем сроке. При осмотре: спортивный тип телосложения, молочные железы гипопластичны, конической формы, отмечается избыточный рост волос на конечностях, внутренней поверхности бедер, промежности, в нижней части живота; на лице, спине и груди – acne vulgaris. При гинекологическом осмотре: наружные половые органы развиты правильно, клитор незначительно увеличен. 57 При влагалищном исследовании: влагалище узкое, шейка матки субконической формы, зев закрыт. Тело матки несколько меньше нормы, плотное, подвижное, безболезненное. Яичники увеличены в размерах, правый несколько больше левого, плотные, безболезненные. Данные УЗИ: гипоплазия матки, яичники незначительно, асимметрично увеличены, с кисточками диаметром 5-7 мм, капсула их не утолщена. По тестам функциональной диагностики выявлена низкая эстрогенная насыщенность. При проведении гормонального исследования: 17-ОН-прогестерон, ДЭА повышены, соотношение ЛГ/ФСГ – 1,5:1, проба с дексаметазоном положительная. Какой из нижеперечисленных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?.

- а) Дисфункциональное маточное кровотечение в репродуктивном возрасте
- б) Синдром поликистозных яичников
 - в) Аденогенитальный синдром
- г) Дисфункциональное маточное кровотечение позднего репродуктивного возраста
- д) Рецидивирующий хронический бартолинит.

117. К гинекологу впервые обратилась пациентка М., 17 лет, с жалобами на отсутствие менструаций. При объективном исследовании обращают на себя внимание низкий рост (142 см), короткая шея с кожными складками, низко посаженные уши, бочкообразная грудная клетка, сколиоз, короткие плюсневые кости. При гинекологическом осмотре: молочные железы отсутствуют, оволосение в подмышечных впадинах и на лобке скудное, наружные половые органы сформированы по женскому типу, большие и малые половые губы гипопластичны. При ректоабдоминальном исследовании пальпируется маленькая матка, придатки не определяются. Какой из нижеперечисленных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?.

- а) Дисфункциональное маточное кровотечение в репродуктивном возрасте
- б) Синдром поликистозных яичников
 - в) Аденогенитальный синдром
- г) Синдром Шерешевского-Тернера

118. Пациентка И., 27 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на отсутствие менструаций в течение 7 месяцев, ежемесячные боли внизу живота приблизительно в одни и те же числа. Считает себя больной после проведения медицинского аборта при сроке беременности 8 недель. Послеоперационный период

осложнился развитием гематометры, в связи с чем проводилось повторное выскабливание матки. Через месяц после повторного выскабливания отмечались сильные боли внизу живота, кровянистых выделений из половых путей не было. В последующем ежемесячно в первые числа месяца отмечались боли внизу живота, но менструаций не было. Три месяца назад обратилась в женскую консультацию. При осмотре в зеркалах: слизистая шейки матки чистая, розового цвета, наружный зев щелевидной формы, симптом «зрачка» положительный (+++), симптом натяжения шеечной слизи - 8 см. При бимануальном исследовании: матка слегка увеличена, плотной консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненна. Результаты дополнительных методов исследования: базальная температура - двухфазная, с повышением выше 37,0 С примерно за 2 недели до 58 появления болей; кольпоцитология - мазок пролиферативного типа, VI реакция; УЗИ – внутриматочные синехии; содержание гормонов в плазме крови нормальное, гормональные пробы отрицательные. Какой из нижеперечисленных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?

- а) Вторичная аменорея, внутриматочные синехии
- б) Синдром поликистозных яичников
 - в) Аденогенитальный синдром
- г) Аменорея-галакторея
- д) Атопический вульвовагинит

119. Пациентка Т., 24 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на отсутствие менструаций в течение 8 месяцев, отделяемое белого цвета из молочных желез. Из анамнеза: менструации с 12 лет, установились сразу по 3-4 дня, через 28 дней, безболезненные, необильные. Роды одни два года назад без особенностей. Объективно: выделение молозива из молочных желез. При гинекологическом осмотре: наружные половые органы слегка гипотрофичны. В зеркалах: симптом «зрачка» отрицательный. При бимануальном исследовании: влагалище узкое. Матка в anteversio-flexio, маленькая, плотной консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. При рентгенографии турецкого седла отклонений от нормы не выявлено. При гистологическом исследовании соскоба из полости матки установлено, что слизистая атрофическая. Какой из нижеперечисленных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?

- а) Вторичная аменорея, внутриматочные синехии
- б) Синдром поликистозных яичников
 - в) Аденогенитальный синдром
- г) Аменорея-галакторея

120. Пациентка А., 19 лет, обратилась с жалобами на отсутствие менструаций течение 1,5 лет. Из анамнеза: менструации с 13 лет, установились сразу, до 17 лет были регулярные, через 28 дней, по 4-5 дней, умеренно болезненные, не обильные. С 17 лет начала ограничивать себя в еде, потому что считала свой вес избыточным. В течение года потеряла 10 кг веса, менструации прекратились. Самочувствие оставалось удовлетворительным. Ела очень мало, объясняя это отвращением к пище. Периодически принимала слабительные средства. Половой жизнью не живет. Объективно: рост 164 см, вес 43 кг. Кожа бледная, шелушится на локтях. Молочные железы дряблые. АД 90/60 мм рт.ст. Температура тела – 36,2о С. При гинекологическом обследовании наружные половые органы гипотрофичны, слизистая вульвы бледная, сухая. При

ректоабдоминальном исследовании матка маленьких размеров, плотная, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. По данным УЗИ тело матки размерами 30х30х21 мм, эндометрий не визуализируется, М-эхо линейное. Объем правого яичника – 3,8 см³, левого яичника - 3,2 см³. Фолликулярный аппарат выражен слабо. Какой из нижеперечисленных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?

- а) Вторичная аменорея, внутриматочные синехии
- б) Аменорея при нервной анорексии
- в) Аденогенитальный синдром
- г) Аменорея-галакторея

121. Пациентка С., 37 лет, обратилась с жалобами на отсутствие менструаций течение 1,5 лет, приливы жара. Из анамнеза: менструации с 14 лет, установились в 16 лет, по 3-5 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет. Забеременела через 2 года после начала половой жизни, беременность протекала на фоне угрозы прерывания, роды - без осложнений. Менструации после родов восстановились через 8 месяцев. С 34 лет отмечает скудные менструации, задержки до 45-50 дней. В 36 лет менструации прекратились, появились приливы жара, бессонница, раздражительность.

Гинекологические заболевания отрицает. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища сухая. Шейка матки цилиндрической формы, чистая. Выделения светлые, скудные. При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, несколько меньше нормы, плотное, безболезненное, подвижное. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Какой из нижеперечисленных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?

- а) Синдром истощения яичников
- б) Аменорея при нервной анорексии
- в) Синдром поликистозных яичников.
- г) Аменорея-галакторея

122. На прием к детскому гинекологу обратилась мать с девочкой 4 лет, у которой наблюдаются зуд и покраснение в области наружных половых органов, гнойные выделения из половых путей. Данные симптомы возникают периодически в течение года. Гигиена половых органов соблюдается. Ребенок наблюдается врачом-аллергологом в связи с атопическим дерматитом (кожные высыпания на локтевых сгибах и на лице).

а) Рецидивирующей вульвовагинит. Какой из нижеперечисленных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?

б) Юный хронический бартолинит.

- б) Эндоцервицит
- в) Абсцесс большой железы преддверия влагалища
- г) Атопический вульвовагинит

123. Пациентка Р., 25 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли в области наружных половых органов, неловкость при ходьбе, повышенную температуру. Боли появились четыре дня назад, после переохлаждения. Последняя менструация 3 недели назад. Гинекологические заболевания отрицает. При осмотре в области правой большой половой губы определяется опухолевидное образование размерами 4х3 см, кожа над ним гиперемирована, горячая на ощупь, при пальпации отмечается флюктуация. При

осмотре шейки матки в зеркалах и бимануальном исследовании отклонений от нормы не выявлено. Какой из нижеперечисленных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?.

- а) Рецидивирующий хронический бартолинит.
- б) Эндоцервицит
- в) Абсцесс большой железы преддверия влагалища
- г) Атопический вульвовагинит

124. Пациентка В., 36 лет, поступила в гинекологическое отделение на 3-й день заболевания с жалобами на острую пульсирующую боль в области левой половой губы, повышение температуры тела до 38,0 С, ухудшение общего самочувствия, общую слабость и недомогание. Боли усиливаются при физическом напряжении и ходьбе, иррадиируют в левую ногу и промежность. Страдает сахарным диабетом, 2 года назад производилось вскрытие абсцесса большой железы преддверия влагалища. При поступлении состояние пациентки удовлетворительное, температура тела 37,90 С, пульс 92 уд/мин, ритмичный, удовлетворительных свойств, АД 130/70 мм рт. ст. Гематологические показатели: гемоглобин – 124 г/л, лейкоциты – $9,6 \times 10^9$ /л, СОЭ – 42 мм/ч. Гинекологический осмотр: левая большая половая губа отечна и гиперемирована, в области большой железы преддверия влагалища пальпируется образование размерами 6х4 см, резко болезненное, мягковатой консистенции, местами – флюктуирующее; кожа над ним багрового цвета, имеется местная гиперемия. Данные осмотра шейки матки в зеркалах и влагалищного исследования без особенностей. Какой из нижеперечисленных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?.

- а) Рецидивирующий хронический бартолинит.
- б) Обострение хронического эндометрита
- в) Эндоцервицит
- г) Эндометрит на фоне ВМС

125. Пациентка С., 21 года, на приеме в женской консультации предъявляет жалобы на слизисто-гнойные выделения из половых путей, зуд. При осмотре в зеркалах: слизистая шейки матки резко гиперемирована, отечна, с мелкоточечными кровоизлияниями. Выделения обильные, слизисто-гнойные. При влагалищном исследовании патологии не обнаружено. Какой из нижеперечисленных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?.

- а) Рецидивирующий хронический бартолинит.
- б) Обострение хронического эндометрита
- в) Эндоцервицит
- г) Эндометрит на фоне ВМС

126. На прием к врачу акушеру-гинекологу в женскую консультацию обратилась пациентка Д., 20 лет, с жалобами на обильные, гнойные выделения из половых путей, зуд, жжение и боли в области влагалища, усиливающиеся при половой жизни. Заболела остро, 2 дня назад, когда появились вышеуказанные жалобы. Менструальная функция не нарушена. Гинекологические заболевания отрицает. При осмотре в зеркалах: слизистая оболочка влагалища резко гиперемирована, покрыта гнойным налетом, легко кровоточит при дотрагивании. Шейка матки цилиндрической формы, слизистая не изменена. При бимануальном исследовании патологические изменения не выявлены. Какой из нижеперечисленных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?.

- а) Рецидивирующий хронический бартолинит.
- б) Обострение хронического эндометрита
- в) Эндоцервицит
- г) Острый кольпит

127. Молодая нерожавшая женщина заболела остро на второй день после медицинского аборта. Жалобы на недомогание, повышение температуры тела до 39° С, однократный озноб. Пациентка приняла таблетку аспирина, вызвала «скоруюпомощь» и доставлена в гинекологический стационар. При обследовании отмечаются тахикардия, бледность кожных покровов, повышение количества лейкоцитов до 10,0 x 10⁹ /л, ускорение СОЭ до 35 мм в час. Живот обычной формы, мягкий, болезненный при пальпации над лоном. При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, несколько больше нормы, мягковатой консистенции, подвижное, умеренно болезненное. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Параметрии не изменены, своды свободные, безболезненные. Выделения скудные, кровянистые без запаха. Какой из нижеперечисленных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?

- а) Острый эндометрит после медицинского аборта
- б) Обострение хронического эндометрита
- в) Эндоцервицит
- г) Острый кольпит

128. Пациентка Л., 37 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота с иррадиацией в крестец и поясницу, повышение температура тела до 38-39°С, жажду, сухость во рту. Больна в течение 2 недель. Последняя менструация 8 дней назад. В течение 9 лет с целью контрацепции использует ВМС. Объективно: кожные покровы бледные, лихорадочный румянец. Пульс 100-110 уд/мин, удовлетворительных свойств. АД 120/80 мм рт. ст. Живот симметричный, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, незначительно болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. При осмотре в зеркалах: выделения гнойные, из цервикального канала видны нити ВМС. При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, отклонено вправо, отдельно не определяется, болезненное при пальпации. Придатки справа не определяются, область их безболезненна при пальпации. Параметрий слева каменной плотности, доходит до стенок таза. В общем анализе крови: лейкоциты – 15x10⁹ /л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, гемоглобин - 98 г/л. Какой из нижеперечисленных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?

- а) Эндометрит на фоне ВМС
- б) Эндоцервицит
- в) Абсцесс большой железы преддверия влагалища
- г) Атопический вульвовагинит

129. Пациентка Ж., 33 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сильные боли внизу живота, тошноту, повышение температуры тела до 39,50 С. Заболела 10 дней назад, когда появились тянущие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку; температура тела повысилась до 37,50 С. К врачу не обращалась, лечилась самостоятельно без эф- 62 фекта. В связи с резким ухудшением самочувствия вызвала скорую помощь и доставлена в гинекологическое отделение. Последняя менструация 12 дней назад. В течение 7 лет с целью контрацепции использует ВМС. Объективно: состояние средней тяжести, пульс 100 ударов в минуту, удовлетворительных свойств, АД

120/80 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, резко болезненный в нижних отделах, больше в левой подвздошной области. При осмотре в зеркалах: шейка матки гиперемирована, в цервикальном канале - нити ВМС, выделения гнойные. При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, несколько больше нормы, болезненное при пальпации, ограничено в смещении. Слева и сзади от матки пальпируется болезненный, неподвижный конгломерат размерами 12x10 см, неравномерной консистенции, правые придатки утолщены, болезненны. В анализе крови: гемоглобин 98 г/л, лейкоциты – $14,0 \times 10^9$ /л, СОЭ – 52 мм/ч, сдвиг формулы влево, ЛИИ – 4. Какой из нижеперечисленных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?

- а) Эндоцервицит
- б) Абсцесс большой железы преддверия влагалища
- в) Атопический вульвовагинит
- г) Эндомиометрит, острый двусторонний сальпингоофорит на фоне ВМС

130. Пациентка Ш., 19 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела до 37,5°С, гнойные выделения из половых путей. Заболела остро, на 7-й день менструального цикла, когда появились указанные симптомы. Накануне перенесла острую респираторную вирусную инфекцию. Половая жизнь с 17 лет, вне брака, от беременности не предохраняется. Два года назад перенесла воспаление придатков матки, лечилась амбулаторно. Объективно: состояние удовлетворительное, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины не определяются. При осмотре в зеркалах: шейка матки с обширной эрозией, из цервикального канала обильные слизисто-гнойные выделения. При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, нормальных размеров, мягковатой консистенции, болезненное при пальпации и смещении. Придатки с обеих сторон утолщены, болезненны при пальпации. Своды глубокие. Какой из нижеперечисленных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?

- а) Эндометрит на фоне ВМС
- б) Эндометрит, обострение хронического двустороннего сальпингоофорита
- в) Абсцесс большой железы преддверия влагалища
- г) Атопический вульвовагинит

131. Пациентка К., 24 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота в течение 3-х дней, больше справа, иррадиирующие в правое бедро; повышение температуры тела до 39,0°С. Половая жизнь с 17 лет, с частой сменой половых партнеров. В анамнезе две беременности, закончившиеся медабортами. После второго медаборта осложнение - эндометрит. В данное время в качестве контрацепции применяет ВМС. Гинекологические заболевания: хроническое воспаление придатков матки, послеабортный эндометрит. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 102 уд/мин, ритмичный, температура тела 38,2°С. Живот обычной формы, не вздут. При пальпации живота в правой подвздошной области и над лоном отмечаются локальная болезненность, локальное защитное напряжение прямых мышц живота, слабо положительные симптомы раздражения брюшины. Перистальтика кишечника выслушивается во всех отделах. При осмотре шейки матки в зеркалах: шейка матки субконической формы, гиперемирована, в цервикальном канале видны нити ВМС, выделения гнойные. При бимануальном исследовании: тело матки в anteversio-flexio, несколько больше нормы, мягковатой консистенции,

болезненное при пальпации, ограничено в смещении. Справа и кзади от матки пальпируется овоидной формы, болезненное образование размерами 5x4 см, неравномерной консистенции, левые придатки утолщены, болезненны при пальпации. По данным УЗИ справа, в проекции придатков, визуализируется образование 5,0x3,5 см колбасовидной формы. Содержимое однородное, гипозоногенное. Возле образования визуализируется правый яичник размерами 3,6x3,0x2,5см. Свободной жидкости в позадиматочном пространстве не выявлено. Какой из нижеперечисленных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?

- а) Эндометрит на фоне ВМС
- б) Эндометрит, обострение хронического двустороннего сальпингоофорита
- в) Обострение хронического эндометрита, двустороннего сальпингоофорита на фоне ВМС
- г) Атопический вульвовагинит

132. Пациентка М., 32 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на резкие боли внизу живота, чувство жара, озноб, слабость. Объективно: состояние средней тяжести, пульс 112 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Температура тела 38,8о С. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации болезненный во всех отделах. Отмечается напряжение прямых мышц живота и признаки раздражения брюшины. При влагалищном исследовании отмечается болезненность при смещении шейки матки, справа и слева в области придатков матки определяются опухолевидные образования без четких границ, тугоэластической консистенции, интимно спаянные с маткой, неподвижные, резко болезненные при пальпации. Выделения из половых путей гноевидные в умеренном количестве. Произведена лапаротомия. Во время операции обнаружено: мутный выпот, гиперемия париетальной и висцеральной брюшины, матка нор- 64 мальной величины, обычного вида, плотная, яичники нормальных размеров, не изменены. Маточные трубы представляют собой пиосальпинксы с перфорацией, ампулярные концы спаяны с задней поверхностью матки. Какой из нижеперечисленных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?

- а) Двусторонние пиосальпинксы с перфорацией, спаечный процесс в малом тазу, перитонит
- б) Эндометрит, обострение хронического двустороннего сальпингоофорита
- в) Обострение хронического эндометрита, двустороннего сальпингоофорита на фоне ВМС
- г) Атопический вульвовагинит

133. Пациентка Р., 35 лет, поступила в клинику с жалобами на постоянную боль внизу живота, иррадирующую в поясницу, повышение температуры до 38о С. Объективно: пульс 104 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Температура тела 39,4о С. Живот вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации в нижних отделах несколько напряженный, болезненный. Здесь же определяются симптомы раздражения брюшины. При осмотре в зеркалах: из канала шейки матки гноевидные выделения. При бимануальном исследовании: тело матки четко не контурирует из-за резкой болезненности живота. Левые придатки не пальпируются, область их безболезненна. Справа и кзади от матки определяется образование размерами 12x7 см, плотное, бугристое, резко ограниченное в подвижности, болезненное. Какой из нижеперечисленных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?

- а) Эндометрит, обострение хронического двустороннего сальпингоофорита

- б) Обострение хронического эндометрита, двустороннего сальпингоофорита на фоне ВМС
- в) Атопический вульвовагинит
- г) Тубоовариальное образование справа, пельвиоперитонит

134. Пациентка П., 23 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на боль при мочеиспускании, повышение температуры до 37,4°C. В браке не состоит, имеет несколько половых партнеров. При осмотре в зеркалах: слизистая наружного отверстия уретры гиперемирована, шейка матки цилиндрическая, гиперемия зоны наружного отверстия цервикального канала. Выделения из цервикального канала гнойные. При бимануальном исследовании внутренние половые органы без патологии. Установите предварительный диагноз

- а) Двусторонние пиосальпинксы с перфорацией, спаечный процесс в малом тазу, перитонит
- б) Уретрит, эндоцервицит гонорейной этиологии.
- в) Обострение хронического эндометрита, двустороннего сальпингоофорита на фоне ВМС
- г) Атопический вульвовагинит

135. Пациентка Н., 30 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сильные боли внизу живота, повышение температуры тела, озноб, тошноту, слабость. В браке не состоит. Две недели назад имело место случайное половое сношение. Заболела остро: температура тела повысилась до 39,5°C, появились боли внизу живота, озноб, тошнота. Объективно: общее состояние средней тяжести. Пульс 120 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/80 мм рт. ст. Температура тела 39,3°C. Живот правильной конфигурации, участвует в акте дыхания, при пальпации резко болезненный в нижних отделах, где определяется напряжение прямых мышц живота и положительные симптомы раздражения брюшины. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища, шейки матки не изменена, из цервикального канала - гнойные выделения. При бимануальном исследовании: смещение шейки матки болезненно, своды влагалища глубокие. Матку и придатки пропальпировать не удается из-за напряжения и болезненности передней брюшной стенки. Какой из нижеперечисленных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?

- а) Двусторонние пиосальпинксы с перфорацией, спаечный процесс в малом тазу, перитонит
- б) Уретрит, эндоцервицит гонорейной этиологии.
- в) Обострение хронического эндометрита, двустороннего сальпингоофорита на фоне ВМС
- г) Острое двустороннее воспаление придатков матки, пельвиоперитонит

136. Пациентка Л., 24 лет, жалуется на обильные выделения из влагалища с неприятным запахом "гнилой рыбы". При гинекологическом исследовании: наружные половые органы и слизистая влагалища без признаков воспаления. Выделения из влагалища обильные, водянистые, с неприятным запахом. Внутренние половые органы без патологии. При бактериоскопии мазков из цервикального канала и уретры обнаружены «ключевые клетки». Какой из нижеперечисленных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?

- а) Бактериальный вагиноз.
- б) Уретрит, эндоцервицит гонорейной этиологии.
- в) Обострение хронического эндометрита, двустороннего сальпингоофорита на фоне ВМС
- г) Острое двустороннее воспаление придатков матки, пельвиоперитонит

137. Пациентка В., 22 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на ноющие боли внизу живота с иррадиацией в поясницу, повышение температуры тела до 37,8°С, бели желто-зеленого цвета. Считает себя больной в течение недели. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в нижних отделах. Признаков раздражения брюшины не обнаружено, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное. Осмотр при помощи зеркал: имеется отечность и гиперемия вокруг наружного зева шейки матки, из цервикального канала отходят гнойные бели. Бимануальное исследование: болезненность при смещении шейки матки, тело матки нормальной величины, плотной консистенции, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон увеличены, в спайках, болезненны при пальпации. Своды влагалища глубокие, безболезненные. В мазках из цервикального канала обнаружены грамотрицательные, внутриклеточные диплококки бобовидной формы. Поставьте диагноз.

а) Бактериальный вагиноз.

б) Уретрит, эндоцервицит гонорейной этиологии.

в) Обострение хронического воспаления придатков матки гонорейной этиологии, гонорейный эндоцервицит

г) Острое двустороннее воспаление придатков матки, пельвиоперитонит

138. Пациентка Р., 22 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные пенистые бели с неприятным запахом, жжение, зуд в области наружных половых органов, чувство тяжести во влагалище. Больна в течение недели. Две недели тому назад имела случайное половое сношение. При осмотре в зеркалах: резкая гиперемия слизистой оболочки влагалища, ярко-красная пятнистость в верхней его части, выраженная мацерация эпителия. При протирании стенок влагалища марлевым шариком бб последний окрашивается сукровичным отделяемым. В заднем влагалищном своде - скопление гноя желтовато-зеленого цвета, жидкой консистенции, пенистого вида. Такое же отделяемое определяется в наружном зеве шейки матки и наружной части мочеиспускательного канала. При бимануальном исследовании патологии не обнаружено. Какой из нижеперечисленных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен?

а) Бактериальный вагиноз.

б) Уретрит, эндоцервицит гонорейной этиологии.

в) Острое двустороннее воспаление придатков матки, пельвиоперитонит

г) Трихомонадный кольпит

139. Пациентка В., 22 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на неприятные ощущения во влагалище, чувство жжения, зуд, бели. Считает себя больной в течение 5 дней. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки резко гиперемирована, отечна. На этом фоне имеются белесоватые налеты, которые легко снимаются марлевым шариком, выделения творожистого вида. Влагалищное исследование без особенностей. Поставьте диагноз :

а) Бактериальный вагиноз.

б) Уретрит, эндоцервицит гонорейной этиологии.

в) Кандидозный вульвовагинит

г) Трихомонадный кольпит

140. Что является показателем начала второго периода родов ?

а) опускание предлежащей части в малый таз

б) потуги

- в)внутренний поворот головки
- г)полное раскрытие шейки матки

141.Продолжите определение: Надлобковая пункция –это чрескожный прокол мочевого пузыря

- а)по срединной линии живота
- б)по косой линии живота
- в)по нижней горизонтальной линии живота
- г) по поперечной линии живота

142 Укажите показания к надлобковой капиллярной пункции

- а) воспалительные заболевания органов малого таза
- б) заболевания почек, не поддающиеся медикаментозной терапии
- в)эвакуация мочи из мочевого пузыря при невозможности или наличии противопоказаний к катетеризации
- г) острый цистит или парацистит неясной этиологии

143.Укажите противопоказания к надлобковой капиллярной пункции

- а) острый цистит или парацистит
- б)острая задержка мочи
- в)ожоги наружных половых органов
- г) травма уретры

144.Определите область проведения высокой цистотомии

- а) белой линии живота
- б)тела мочевого пузыря
- в)дна мочевого пузыря
- г) верушки мочевого пузыря

145. Укажите оперативные доступы к женским половым органам в полости таза

- а) задняя кольпотомия
- б) влагалищные
- в)брюшно-стеночные
- г)задне-боковой

146. На какие виды делятся операции на матке по технологии выполнения?

- а) хирургические, лапароскопические,эндоскопические.
- б)ампутация, экстирпация, кистэктомия, кесарево сечение
- в) традиционные, лапароскопические, органосохраняющие
- г) традиционные, лапароскопические, эндоскопические.

147. Укажите виды гистерэктомии

- а) Субтотальная, тотальная, гистеросальпингоовариэктомия, лапароскопические
- б) Субтотальная, тотальная, гистеросальпингоовариэктомия, радикальная гистерэктомия
- в) Субтотальная, гистеросальпингоовариэктомия, радикальная гистерэктомия, эндоскопическая
- г) Лапароскопические, традиционные, эндоскопические

148.Продолжите определение: Кистомэктомия это...

- а) Вскрытие кисты яичника на ножке.
- б) Пункция кисты яичника
- в) Удаление опухоли или кисты яичника на ножке.
- г) Удаление кисты яичника на ножке

149. Укажите образование,входящий в состав поддерживающего аппарата матки?

- а) Диафрагма таза
- б) Широкие связки матки

в) Влагалище

г) Кардинальные связки

150. Выберите артерию, участвующую в кровоснабжении матки

а) верхние пузырные артерии

б) нижние пузырные артерии

в) артерии круглой маточной связки

г) нижние надчревные артерии

151. Определите анатомическое образование, участвующее в фиксации яичников?

а) Связки, подвешивающие яичники

б) Кардинальные связки

в) Круглые маточные связки

г) Собственные связки яичников

152. Какие из нижеперечисленных сосудов участвуют в кровоснабжении яичников?

а) Кардинальные связки

б) Маточные артерии

в) Артерии круглых маточных связок

г) Нижние надчревные артерии

153. Ветвью какой артерии является Верхняя прямокишечная артерия?:

а) Внутренней подвздошной артерии

б) Верхней брыжеечной артерии

в) Наружной подвздошной артерии

г) Нижней брыжеечной артерии

154. Как покрывает брюшина надампулярную часть прямой кишки?

а) Только спереди

б) С трех сторон

в) Со всех сторон

г) только сзади

155. В какие лимфатические узлы оттекает лимфа от нижнего отдела ампулы прямой кишки, в подбрюшинном этаже малого таза?

а) Паховые

б) Крестцовые

в) Верхние брыжеечные

г) Верхние прямокишечные и далее в нижние брыжеечные

156. Как рассчитывается показатель перинатальной смертности ?

а) На 1000 родившихся живыми детей

б). На 1000 родившихся детей

в). На 1000 населения

г) На 1000 родов

157. Роженица 26 лет, беременность вторая в сроке 40 недель. Первая беременность закончилась абортom. Через час после родов выделился послед. Сразу после рождения послeда началось сильное кровотечение. При осмотре послeда имеется дефект. Какая тактика ведения родильницы является наиболее целесообразной?

158) Что позволяет диагностировать взятый во время родов анализ крови плода ?:

а) отслойку плаценты.

б) метаболический ацидоз.

в) пороки развития.

г) резус-конфликт

159. У больной И., 26 лет, диагностирован параметрит. Из анамнеза: 1,5 . мес. до обращения к гинекологу больная находилась на лечении по поводу цистита. Каким строением мочеиспускательного канала определяются частота цистита у женщин? Объясните взаимосвязь цистита и параметрита.

- а) Женщины каждый месяц теряют определенное количество менструальной крови, что приводит к ослаблению иммунитета и переходу условно патогенной флору в патогенную
- б) У женщин мочеиспускательный канал длинный, извилистый, широкий. Поэтому при снижении иммунитета условно-патогенная флора начинает активировать свои патогенные свойства при застаивании мочи
- в) У женщин мочеиспускательный канал короче, прямой, широкий. Лимфатические сосуды и вены мочевого пузыря не имеют прямые связи с сосудами матки и влагалища (в основании широкой связки и внутренних подвздошных лимфоузлах).
- г) У женщин мочеиспускательный канал короче, прямой, широкий. Лимфатические сосуды и вены мочевого пузыря имеют прямые связи с сосудами матки и влагалища (в основании широкой связки и внутренних подвздошных лимфоузлах).

160. Завершите: антенатальная гибель плода -это..

- а) гибель плода во время беременности.
- б) гибель плода в 1 периоде родов.
- в) гибель плода во 2 периоде родов.
- г) летальный исход в первые 7 суток после рождения

161. Выберите ЛПП, не являющийся анти тиреоидным средством:

- а) тироксин
- б) мерказолил
- в) лиотиронин
- г) препараты йода

162. Определите показания к применению фенотерола в акушерской практике:

- а) предвестники родов
- б) слабость родовой деятельности
- в) угрожающие преждевременные роды
- г) маточные кровотечения, вызванные атонией матки

163. Выберите из нижеприведенных вариантов показание к применению препаратов групп окситоцина

- а) для профилактики гнойно-септических осложнений
- б) для прерывания беременности
- в) при чрезмерно бурной родовой деятельности
- г) при недостаточной лактации

164. Отметьте общие свойства динопроста и динопростона:

- а) блокируют ритмические сокращения миометрия
- б) снижают тонус шейки матки
- в) повышают тонус миометрия
- г) повышают артериальное давление

165. Каковы особенности методики ЛФК в послеоперационном периоде у гинекологических

больных:

- а) Начало лечебной гимнастики через 2-4 часа после выхода из наркоза
- б) Начало лечебной гимнастики не ранее 2-4 суток после выхода из наркоза

- в) Необходимо ограничить число дыхательных упражнений на неделю
- г) Ограничить движения ногами в течении недели

166. Назовите гормоны женских половых желез:

- а) кортизол
- б) тестостерон
- в) прогестерон
- г) Тироксин

167. Завершите определение: идиосинкразия -это..

- а) накопление лекарственного средства в организме при его повторном введении
- б) извращенная реакция организма на введение (даже однократно) лекарственного вещества
- в) повышенная чувствительность организма к лекарственному препарату
- г) быстрое разрушение лекарственного средства в организме

168. Определите, нуждаются ли в контрацепции женщины в перименопаузе?

- а) нуждаются в экстренной контрацепции после незащищенного полового акта только в течение 2 месяцев после последней менструации;
- б) нуждаются в экстренной контрацепции после незащищенного полового акта
- в) нуждаются в экстренной контрацепции после незащищенного полового акта только в течение месяцев после последней менструации;
- г) нуждаются в экстренной контрацепции после незащищенного полового акта только в течение 3 месяцев после последней менструации

169. Выберите дальнейшую тактику, если при приеме Левоноргестрела в течение 3 часов произошла рвота?

- а) необходимо принять еще одну дозу Левоноргестрела;
- б) необходимо принять двойную дозу Левоноргестрела;
- в) то возможна выжидательная тактика;
- г) следует выполнить анализ крови на хорионический гонадотропин.

170. В каких случаях можно применять НПВС в первом триместре беременности?

- а) противопоказано во всех сроках беременности
- б) является прямым показанием при гипертонусе матки
- в) можно применять в любом сроке беременности
- г) только при невозможности замены другими препаратами

171. К каким осложнениям приводит применение НПВС в третьем триместре беременности?

- а) перенашиванию беременности, замедлению и ослаблению родовой деятельности
- б) преждевременному началу родовой деятельности во второй половине беременности
- в) стимуляции родовой деятельности
- г) преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты

172. Женщина продолжала начатое ранее противоопухолевое лечение метотрексатом, закончив его к 8 неделе беременности. Ребенок родился доношенным с анэнцефалией и атрезией пищевода. Как называется отрицательное действие препарата?

- а) эмбриотоксическое;
- б) фетотоксическое.
- в) тератогенное.
- г) эмбриолетально

173. Во время беременности женщине, болеющей туберкулезом легких, проводили лечение. Впоследствии было обнаружено, что родившийся ребенок плохо слышит. Назовите противотуберкулезный препарат, вызывающий нарушение слуха.

- а) изониазид
- б) рифампицин
- в) пиразинамид
- г) стрептомицин

174. При хроническом аднексите больной вводили 4% раствор гентамицина сульфата по 2 мл каждые 8 часов в течение 5 дней. Какова курсовая доза препарата у данной больной?

- а) 1,2 г
- б) 12 г
- в) 5 г
- г) 50 г

175. Беременная В, срок 32 недель жалуется на запоры, диета и немедикаментозная терапия не помогают. Из-за запоров у нее беременность осложнилась угрожающими преждевременными родами. Какой препарат можно ей назначить?

- а) метоклопрамид
- б) лоратодин
- в) бисакодил
- г) диклофенак

176. Родильница потеряла ребенка на 3-сутки после родов. Ребенок родился со множественными патологиями внутренних органов. Во время беременности длительное время работала на заводе, где производят асбест. Родильница жалуется на нагрубание, боли в области молочных желез. Какой лекарственный препарат вы порекомендуете данной пациентке?

- а) окситоцин
- б) парлодел
- в) сцеживание груди, тугое бинтование
- г) анальгетики

177. Беременная принимала диэтилстильбэстрол в течение 6 месяцев, для лечения угрожающего выкидыша. Родила здоровую девочку. Риск развития какой болезни повышен у ее внучки?

- а) аденокарцинома (рак) матки
- б) привычный выкидыш
- в) кистозные мастопатии
- г) первичное бесплодие

178. Какие лекарственные препараты абсолютно противопоказаны при беременности?

- а) Тетрациклин, парацетомол
- б) Резерпин, сульфат магния
- в) Гормональные контрацептивы, антидепрессанты
- г) Гормональные контрацептивы, все антибиотики

179. С какой целью назначают препараты фолиевой кислоты беременным?

- а) профилактика анемии у матери и плода
- б) профилактика развития дефектов нервной трубки у плода
- в) лечение дефектов нервной трубки у плода
- г) профилактика самопроизвольного аборта

180. Беременная в сроке 5 недель обратилась к семейному врачу. Беременность первая, жалоб не предъявляет. Врач направила сдать соответствующие анализы, для взятия на

учет. Прописала Фолиевую кислоту и препараты йода. С какой целью и в какой дозировке назначаются препараты йода при беременности?

- а) для нормального психомоторного развития плода, йодомарин 200 по 1 таблетке в день
- б) для нормального психомоторного развития плода, йодомарин 200 по 2 таблетки в день
- в) профилактика анемии у матери и плода, йодомарин 200 по 1 таблетке в день
- г) профилактика самопроизвольного аборта, йодомарин 100 по 1 таблетке в день

181. Больная Л., 53 лет, доставлена машиной «скорой помощи» в гинекологическое отделение по поводу обильных кровянистых выделений из половых путей. Из анамнеза: Последняя нормальная менструация год назад. В течение последнего года отмечает нерегулярные (два раза в месяц) мажущие кровянистые выделения из половых путей по 8-10 дней. Объективно: Состояние удовлетворительное. Больная повышенного питания, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, АД 110/75 мм рт. ст., пульс 72 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание в норме.

Гинекологический статус: В зеркалах - патологии влагалища и шейки матки не выявлено. Из цервикального канала отходят сгустки крови. Бимануально - тело матки несколько больше нормы, плотное, подвижное, безболезненное. Область придатков не изменена. Опухолевых образований и инфильтратов в малом тазу не определяется. Общий анализ крови: Нв 95 г\л., лейкоциты $5,2 \times 10^9$, формула не изменена. Какой предварительный диагноз вы поставите пациентке?

- а) Нарушение менструального цикла. Постгеморрагическая анемия 2-степени
- б) Кровотечение в перименопаузальном периоде. Постгеморрагическая анемия 1-степени
- в) Гиперплазия эндометрия. Постгеморрагическая анемия 1-степени
- г) Рак тела матки. Постгеморрагическая анемия 2-степени

182. Больная А., 56 лет, обратилась в гинекологическое отделение с жалобами на нерегулярный менструальный цикл, обильные кровянистые выделения из половых путей. Из анамнеза: беременностей -3, абортов -2, роды-1. А) Муж умер 3 года назад, с тех пор не живет половой жизнью. Последняя нормальная менструация была 2 года назад, после прекратились. В течении последних 8 месяцев беспокоят мажущие кровянистые выделения по 10 дней раз в 2-3 месяца. Последние кровянистые выделения начались 3 дня назад, 2 часа назад усилились в виде обильных кровотечений, в связи с чем обратилась за мед.помощью. По месту жительства гинекологу не обращалась последние 5 лет.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Больная повышенного питания, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, АД 110/75 мм рт. ст., пульс 78 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание в норме. Гинекологический статус: В зеркалах - патологии влагалища и шейки матки не выявлено. Из цервикального канала отходят сгустки крови. Бимануально - тело матки несколько больше нормы, плотное, подвижное, безболезненное. Область придатков не изменена. Опухолевых образований и инфильтратов в малом тазу не определяется. Общий анализ крови: Нв 95 г\л., лейкоциты $5,2 \times 10^9$, формула не изменена. При каких гинекологических заболеваниях встречаются данные симптомы и какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

- а) Киста яичника. УЗИ органов малого таза. Кистэктомия с последующим исследованием макропрепарата
- б) Рак яичника. МРТ органов малого таза. Аднексэктомия с последующим исследованием макропрепарата
- в) Гиперпластический процесс эндометрия, рак эндометрия. Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием соскоба, УЗИ гениталий

г) Гиперпластический процесс эндометрия, рак эндометрия. УЗИ органов малого таза. Анализ крови на онкомаркеры

183. Больная К., 40 лет. Жалобы на межменструальные выделения, водянистые мутные бели. В анамнезе: лечение по поводу папилломавирусной инфекции. При гинекологическом осмотре: шейка матки уплотнена, отмечается ранимость, повышенная кровоточивость слизистой. Тело матки нормальных размеров. Область придатков без особенностей. Параметрии свободные. Влагалищные своды глубокие. Прямая кишка при пальцевом исследовании не изменена. Кольпоскопия: картина соответствует высокоатипичному эпителию. Результаты биопсии: стромальная инвазия в глубину до 4 мм, инвазия по горизонтальному распространению до 7 мм. При дообследовании (рентгенологическое исследование органов грудной клетки, УЗИ органов малого таза и брюшной полости): признаков поражения регионарных лимфоузлов, диссеминации процесса нет. Каков ваш предполагаемый диагноз?

- а) Рак шейки матки
- б) Эрозия шейки матки
- в) Гиперплазия эндометрия
- г) Рак тела матки

184. Больная Т., 59 лет. Жалоб не предъявляет. При профилактическом осмотре в смотровом кабинете участковой поликлиники патологии со стороны женских гениталий не обнаружено. Взят соскоб с шейки матки на онкоцитологию. Данные цитологического исследования: IV тип мазка – подозрение на рак шейки матки. Данные гинекологического осмотра: наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая влагалища и шейка чистая. Тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное. В области придатков без особенностей. Своды глубокие. Параметрии свободные. Какие методы диагностики нужно применить для уточнения диагноза? Какие методы потребуются для определения распространенности опухолевого процесса? Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

- а) Повторная онкоцитология. МРТ органов малого таза, брюшной полости. Анализ крови на онкомаркеры Экстирпация матки с придатками.
- б) Повторная онкоцитология, фракционное диагностическое выскабливание. МРТ органов малого таза, брюшной полости. Экстирпация матки без придатков
- в) Повторная онкоцитология, фракционное диагностическое выскабливание. МРТ органов малого таза, брюшной полости. Экстирпация матки с придатками.
- г) Раздельное диагностическое выскабливание. МРТ органов малого таза, брюшной полости. Экстирпация матки с придатками.

185. Больная К., 27 лет обратилась к гинекологу женской консультации с жалобами на контактные выделения из половых путей в течение 2-х последних месяцев. Из анамнеза установлено: менструации с 14 лет по 3-5 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 22 лет, замужем. Б-1, закончившаяся самостоятельными родами крупным плодом (вес 4,2 кг). В родах отмечен разрыв шейки матки, накладывались кетгутовые швы. Последнее посещение гинеколога спустя 7 месяцев после родов. Патологии не выявлено. При осмотре шейки матки в зеркалах обнаружено: шейка матки гипертрофирована, эрозирована вокруг цервикального канала, при контакте кровоточит. Из цервикального канала – скудные мажущие выделения. Матка и придатки пальпаторно не изменены. В параметриях – инфильтратов нет. Каков ваш предполагаемый диагноз, какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза? Определите тактику лечения.

- а) Послеродовая эрозия шейки матки. Кольпоскопия, онкоцитология, биопсия по показаниям. Диатермоконизация шейки матки с выскабливанием цервикального канала.

- б) Дисплазия шейки матки. Кольпоскопия, онкоцитология, биопсия по показаниям. Диатермоконизация шейки матки с выскабливанием цервикального канала.
- в) Рак шейки матки. Кольпоскопия, онкоцитология, биопсия по показаниям. Диатермоконизация шейки матки с выскабливанием цервикального канала.
- г) Ложная эрозия шейки матки. Кольпоскопия, онкоцитология, биопсия по показаниям. Диатермоконизация шейки матки с выскабливанием цервикального канала.
- 186 Укажите на частоту наступления беременности после применения Мифепристона 10 мг
- а) 1,3-1,5%;
- б) 2-5%.
- в) 5-10%;
- г) 7-10%;

187. В течении какого времени должен быть принят Мифепристон с целью экстренной контрацепции после незащищенного полового акта ?

- а) только 12 часов
- б) 72 часов
- в) 94 часов.
- г) 120 часов;

188. Больная З., 62 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей. Из анамнеза установлено, что менструации с 13 лет, установились сразу. Имеет двоих детей. Менопауза 15 лет. Данные гинекологического осмотра: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Слизистая влагалища и шейки матки чистая. Шейка матки конической формы, маленькая. При бимануальном влагалищном исследовании пальпируется увеличенная в размерах матка до 7-8 беременности, безболезненная. Имеются сукровичные выделения из половых путей. В области придатков матки без особенностей. Своды глубокие. Параметрии свободные. УЗИ органов брюшной полости и малого таза с трансвагинальным УЗИ: объемное образование тела матки, толщина эндометрия более 15 мм. Увеличенных забрюшинных лимфоузлов не выявлено. Со стороны придатков матки без особенностей. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки - без очаговой патологии. Проведено раздельное диагностическое выскабливание слизистой цервикального канала и полости матки. Данные гистологического заключения: эндометриоидная аденокарцинома. Каков ваш диагноз? Определите стадию заболевания

- а) Рак шейки матки. Стадия II T2N0M0
- б) Рак шейки матки. Стадия I T1N0M0
- в) Рак тела матки. Стадия I T1N0M0.
- г) Рак тела матки. Стадия II T2N0M0

189. Больная 26 лет обратилась с жалобами на кровянистые выделения из половых путей на фоне беременности 12 недель. Из анамнеза: в течении 6 лет страдает эрозией шейки матки, находится под наблюдением женской консультации. При осмотре: шейка матки гипертрофирована, по окружности наружного зева эрозирована, кровит при контакте. Наружный зев приоткрыт. Каков ваш предполагаемый диагноз, тактика обследования.

- а) Рак шейки матки. Фракционное выскабливание, биопсия по показаниям
- б) Аборт в ходу. Узи плода. Фракционное выскабливание
- в) Угрожающий самопроизвольный аборт. Узи плода.
- Г) Нерезвивающаяся беременность. Узи плода.

190. Больная 20 лет обратилась после самопроизвольного прерывания беременности в сроке 10 недель. Жалобы на кровянистые выделения из половых путей. При кольпоскопии: очаговая физиологическая гипертрофия эпителия, обширная сеть сосудов. При осмотре: шейка матки гипертрофирована, кровит при контакте. Каков ваш предполагаемый диагноз, тактика дальнейшего ведения?

- а) Неполный аборт. Остатки плодного яйца. УЗИ органов малого таза. Выскабливание полости матки
- б) Состояние после совершившегося самопроизвольного аборта. Узи органов малого таза. Антибактериальная терапия, наблюдение
- в) Рак шейки матки. Фракционное выскабливание, биопсия по показаниям. Конизация или экстирпация матки
- г) Рак шейки матки. Фракционное выскабливание, биопсия по показаниям. Гемостатическая терапия

191. На прием к онкологу обратилась женщина 39 лет, с жалобами на отек и болезненность левой молочной железы. Эти симптомы появились около 1 месяца назад. За последнее время отек железы увеличился, появились плотные безболезненные лимфоузлы в левой подмышечной области. Температура – 36,6°. Объективно: левая молочная железа увеличена в размерах, значительно больше правой. Кожа в виде «лимонной корки». При пальпации молочная железа уплотнена за счет отека, без очаговых образований. Отмечается локальное повышение температуры. В левой подмышечной области пальпируются увеличенные до 1,5 см, плотные, округлой формы, смещаемые, не связанные между собой безболезненные лимфатические узлы. На коже левого плеча имеется плоское светло-коричневого цвета образование, безболезненное. Какой из нижеперечисленных вариантов ответов наиболее достоверен в данном случае?

- а) Меланома кожи левого плеча. Благоприятный прогноз при химиотерапии.
- б) Рак молочной железы, узловая форма. Клиническая группа Ia., благоприятный прогноз при химиотерапии
- в) Мастопатия, благоприятный прогноз
- г) Рак молочной железы, диффузная форма. Клиническая группа Ia., сомнительный прогноз

192. Перечислите причину недостаточной эффективности КОК

- а) использования производных прогестерона в качестве гестагенного составляющего контрацептивов;
- б) низких доз гормонов;
- в) пропуска двух или более гормональных (активных) таблеток за неделю до безгормонального интервала;
- г) наличия безгормонального интервала при приеме контрацептивов.

193. Больная Л., 42 лет. Обратилась с жалобами на уплотнение в левой молочной железе. Менструации с 12 лет, регулярные. Имеет двоих детей. Страдает гипотиреозом. Объективно: в верхне-наружном квадранте левой молочной железы пальпируется опухоль ~6 см в диаметре. В левой подмышечной области пальпируется конгломерат увеличенных лимфоузлов. Данные маммографии: в верхне-наружном квадранте левой молочной железы определяется образование с неровными тяжистыми контурами 5х6 см в диаметре. Произведена пункция опухоли и подмышечного лимфоузла. Цитологическое исследование: протоковый рак. При УЗИ брюшной полости обнаружены очаговые образования в печени. Определите тактику лечения данной пациентки.

- а) Органосохраняющая операция на молочной железе (радикальная резекция); далее - курсы полихимиотерапии; гормонотерапия при гормональной чувствительности опухоли; лучевая терапия на остаток молочной железы
- б) Мастэктомия далее - курсы полихимиотерапии; гормонотерапия при гормональной чувствительности опухоли; лучевая терапия на остаток молочной железы, парастернальные и надключичные лимфоузлы.
- в) Паллиативная полихимиотерапия, при гормональной чувствительности опухоли – гормонотерапия.
- г) Трепанобиопсия опухоли и иммуногистохимическое исследование биоптата, УЗИ регионарных лимфоузлов

194 Разъясните механизм действия медь-содержащей внутриматочной системы, используемой в качестве экстренной контрацепции ?

- а) подавляет овуляцию;
- б) обладает токсическим действием на сперматозоиды;
- в) задерживает рост фолликулов;
- г) инициирует дисфункцию желтого тела

195. Больная 50 лет обратилась с жалобами на наличие язвочки в области соска правой молочной железы. Считает себя больной в течение 2-х лет, когда стала замечать кровянистые пятна на белье и мокнутие в области соска. За медицинской помощью не обращалась, лечилась мазями, но без эффекта. Данные объективного обследования: молочные железы симметричны. В области соска правой молочной железы имеется язвенный дефект ~ 1,5см диаметром, переходящий на ареолу. Очаговых образований в молочных железах не выявлено. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Данные маммографии: явления фиброзной мастопатии, узловых образований в молочных железах не обнаружено. Данные УЗИ: признаки фиброзной мастопатии, лимфоузлы подмышечных и надключичных областей не увеличены. Данные морфоиммуногистохимического исследования: рак Педжета молочной железы; РЭ +95%, РП +25%; Ki 67 – 15; Her2/neu- 0. Какова клиническая группа данного заболевания, тактика лечения и прогноз?

- а) Клиническая группа Ia, Радикальная мастэктомия; гормонотерапия. Прогноз благоприятный.
- б) Клиническая группа IIa, Радикальная мастэктомия; гормонотерапия. Прогноз сомнительный.
- в) Клиническая группа IIIa. Паллиативная полихимиотерапия, при гормональной чувствительности опухоли – гормонотерапия. Прогноз сомнительный
- г) Клиническая группа IIб, Радикальная мастэктомия; гормонотерапия. Прогноз сомнительный.

196 Что такое экстренная контрацепция?

- а) прием которой требует мало времени;
- б) применяемая в течение неограниченного периода времени;
- в) применяемая регулярно;
- г) применяемая после незащищенного полового акта.

197. Укажите на место, где проводится вакцинопрофилактика новорожденным детям?

- а) детская поликлиника;
- б) детская районная больница;
- в) женская консультация;
- г) родильный дом

198. Больная Д., 50 лет, обратилась к врачу с жалобами на наличие опухоли в левой молочной железе. Сначала появилось шелушение, эрозии в области соска, затем появилась опухоль. Объективно: Левая молочная железа обычных размеров. При осмотре отмечается втяжение соска со шелушиванием над ним эпидермиса. При пальпации в области соска определяется опухоль 3х2 см. В левой подмышечной области увеличенные лимфоузлы. Со стороны внутренних органов без патологии. Поставьте предварительный диагноз и определите стадию заболевания.

- а) Рак Педжета, стадия IIb T2N1M0.
- б) Узловая мастопатия стадия, IIb T2N1M0.
- в) Фиброаденома молочной железы, стадия IIb T2N1M0.
- г) Аденома молочной железы, стадия IIb T2N1M0.

199. Какова тактика лечения при диагнозе у пациентки «Рак Педжета стадия IIb T2N1M0.»?

- а) Радикальная мастэктомия; гормонотерапия.
- б) Паллиативная полихимиотерапия, при гормональной чувствительности опухоли – гормонотерапия.
- в) Комбинированное лечение (мастэктомия, химиотерапия, лучевая терапия, гормонотерапия)
- г) Радикальная мастэктомия с последующей полихимиотерапией

200. Больная М., 27 лет, жалуется на боли в левой молочной железе, усиливающиеся в предменструальном периоде. В анамнезе – неоднократно лечилась по поводу аднексита. При пальпации в верхне-внутреннем квадрате левой молочной железы отмечается уплотнение ее ткани и опухолевидное образование диаметром 3 см. Регионарные лимфоузлы не увеличены. При надавливании на сосок выделений нет. Кожа над образованием берется в складку, не изменена. Какой предварительный диагноз наиболее вероятен?

- а) Рак молочной железы
- б) Узловая форма левосторонней мастопатии
- в) Киста левой молочной железы
- г) Фиброаденома молочной железы

201. Женщина 27 лет. Кормящая дочку 5 месяцев. Она хочет предохраниться от нежелательной беременности. Муж работает с командировкой и поэтому у них половой контакт не регулярно. Она выбрала из предложенных, указанных ниже картине контрацептив. Какой из нижеперечисленных контрацептивных средств описан на картинке?



- а) Диафрагма
- б) Шеечные колпачки
- в) Контрацептивные губки
- г) Вагинальные кольца.

202.Женщина, 32 года, поступила в гинекологическое отделение с маточным кровотечением. При осмотре в зеркалах и бимануальном обследовании патологических изменений гениталий не выявлено. Из анамнеза известно, что на протяжении года дважды наблюдалось маточное кровотечение, по поводу чего дважды проводилось диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки. Гистологическое заключение: железистая гиперплазия эндометрия. Какую терапию необходимо было назначить с целью профилактики повторных кровотечений и предотвращения нежелательной беременности?

- а) Андрогены
- б) Гестагены
- в) Гемостатические средства
- г) Комбинированная эстрогено-гестагенная терапия

203.За подбором метода контрацепции обратилась девушка 17,5 лет. Из анамнеза: менструации с 13 лет, установились через 2 года, по 2-3 дня через 24-29 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 20 дней назад. Беременности отрицает. Соматически здорова. Постоянного полового партнера нет. Какие методы контрацепции рекомендованы в данном случае?

- а) Барьерная контрацепция
- б) Спермициды
- в) Внутриматочная контрацепция
- г) Комбинированная гормональная контрацепция высокодозированными КОК

204.Какой метод контрацепции целесообразно рекомендовать девушке 18 лет, не имеющей постоянного полового партнера?

- а) Барьерная контрацепция
- б) Спермициды
- в) Внутриматочная контрацепция
- г) Контрацептивный имплант

205.В связи с началом половой жизни за подбором метода контрацепции обратилась девушка 15 лет. Из анамнеза: менструации с 11 лет, установились сразу, по 5 дней через 28 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 5 дней назад. Беременности отрицает. Соматически и гинекологически здорова. Половой партнер один, но у него не исключены другие связи. Какие методы контрацепции рекомендованы в данном случае?

- а) Барьерная контрацепция
- б) Спермициды
- в) Внутриматочная контрацепция
- г) Комбинированная гормональная контрацепция высокодозированными КОК

206.Определите предполагаемый срок родов, если 1-й день последней менструации - 10 января:

- а) 6 сентября

- б) 17 октября
- в) 11 ноября
- г) 21 декабря

207. Назовите наиболее прогрессивную и перспективную организационную форму оказания медицинской помощи новорождённым :

- а) детская поликлиника;
- б) перинатальный центр;
- в) родильный дом;
- г) семейные медицинские центры.

208. Беременная, 25 лет, наблюдается в ЦСМ №2 по поводу беременности. Данная беременность первая, предстоят первые роды. Беременность малого срока. Соматически здорова. Объективно: рост -156 см, вес – 62 кг, кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые. Размеры таза 23-26-28-20 см. Определите какой перед вами таз?

- а.) общеравномерносуженный таз
- б.) простой плоский таз
- в.) поперечно-суженный таз
- г.) кососмещенный таз

209. Беременная, 37 лет, поступила в родильный дом №4 с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и пояснице в течение 12 часов. Срок беременности по гестации 38 недель. При наружном акушерском обследовании беременной окружность живота – 110 см, высота дна матки – 42 см, размеры таза 25-28-31-20. Родовая деятельность – схватки потужного характера через 2-3 минуты по 40-45 секунд. Положение плода продольное, предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Симптом Вастена положительный, размер Цангемейстера – 21 см. Сердцебиение плода 138 уд/мин. При влагалищном исследовании раскрытие маточного зева полное. Плодный пузырь цел, головка плода прижата ко входу в малый таз. Выберите какой перед вами таз?

- а.) общеравномерносуженный таз
- б.) простой плоский таз
- в.) поперечносуженный таз
- г.) клинически узкий таз

210. О чем можно думать, если беременная в конце беременности жалуется на чувство тяжести и давления внизу живота, иногда небольшие боли. Из половых путей появились скудные слизистые выделения:

- а.) о нормальном течении беременности
- б.) о предвестниках родов
- в.) о преждевременном прерывании беременности
- г.) о каком-то другом серьезном осложнении

211. Определите о каком периоде родов идёт речь, если при влагалищном исследовании обнаружено: шейка сглажена, раскрытие маточного зева-5см?

- а.) период раскрытия
- б.) период изгнания
- в.) закончился период раскрытия
- г.) конец первого периода

212. Определите о каком периоде идёт речь, если у роженицы с повторными родами, регулярные активные схватки через 3-4 минуты по 35-40 секунд, которые начались 6 часов назад?

- а.) начало периода изгнания
- б.) имеются предвестники родов
- в.) конец периода раскрытия
- г.) начало первого периода

213. Родильница самостоятельно родила живого доношенного мальчика с весом 3500.0 гр. Рост 55 см. После 3 периода родов необходимо ввести активное ведение 3 периода родов. Активное введение 3 периода родов и дозы окситоцина?

- а.) 5 МЕ окситоцин
- б.) 10 МЕ окситоцин
- в.) 15 МЕ окситоцин
- г.) 20 МЕ окситоцин.

214. Партограмма- это графическое изображение:

- а.) Течения родов
- б.) Течения беременности
- в.) Раскрытие шейки матки
- г.) Гемодинамика беременных.

215. В родовом отделении находится беременная 34 лет. В анамнезе роды плода массой 4500, 3 мед аборта, 2 самопроизвольных выкидыша в 25 и 22 нед. Жалоб нет. Соматически здорова.

Объективно: рост 163 см, вес 65 кг. А/Д 120/80, 115/80 мм рт. ст. Матка соответствует сроку 42 нед. беременности, в нормальном тоне. Шевеление плода ощущается в 18 нед., сердцебиение выслушивается, ритмичное. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, отклонена кзади. Наружный зев размягчен, пропускает 2 пальца. Выделения в умеренном количестве, белые. Анализы крови, мочи – без патологических изменений, в мазке из влагалища: лейкоциты – 10-12 в п/з, клетки плоского эпителия, палочки. Ваш Диагноз?

- а.) Беременность 42 недель, Ожирение. Привычное невынашивание беременности.
- б.) Беременность 42 недель, ОАА. Привычное невынашивание беременности.
- в.) Беременность 42 недель, ОАА. Ожирение. Ложные схватки.
- г.) Беременность 42 недель, ОАА. Ожирение. Привычное невынашивание беременности.

216. Доза магниальной терапии при преэклампсия тяжелой степени:

- а.) Нагрузочная доза MSO4 25% 20,0 + NaCL 0,9 %. 20,0 в 2 х шприцах. Поддерживающий MSO4 25% 100,0 + NaCL 0,9 %. 400,0 в/в 6 капель в минуту
- б.) Нагрузочная доза MSO4 25% 20,0 + NaCL 0,9 %. 20,0 в 2 х шприцах
- в.) Нагрузочная доза MSO4 25% 10,0 + NaCL 0,9 %. 10,0 в 2 х шприцах. Поддерживающий MSO4 25% 100,0 + NaCL 0,9 %. 400,0 в/в 6 капель в минуту
- г.) Поддерживающий MSO4 25% 100,0 + NaCL 0,9 %. 400,0 в/в 6 капель в минуту

217.К часто встречающимся формам раннего токсикоза относятся:

- а.) отеки беременных, гипотония беременных
- б.) птолизм, рвота беременных
- в.) гипертония беременных, преэклампсия
- г.) дерматозы, хорея беременных

218.В акушерский стационар поступила беременная с диагнозом: - беременность 33 недели; - преэклампсия; - преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты; антенатальная гибель плода. Следует предпринять:

- а.) Экстренное кесарево сечение
- б.) Плодоразрушающую операцию
- в.) Кесарево сечение с последующей надвлагалищной ампутацией матки
- г.) Родовозбуждение

219.Беременная 36 лет. Страдает сахарным диабетом. 3 беременность, 2 роды. в анамнезе 1 медаборт. Срок беременности 35 недель. Лечиться в стационаре в течение недели по поводу преэклампсии. Внезапно появилась распирающие боли в животе, матка не расслабляется. Сердцебиение плода глухое 100 уд в минуту. Влагалищное исследование: Шейка матки сформирована, зев закрыт. Через своды определяется головка, прижата ко входу в малый таз. Выделение темные кровянистые мажущие. Какова акушерская тактика в данной ситуации?

- а.) Ввести спазмолитические препараты для расслабления матки
- б.) Срочно произвести операцию кесарева сечение
- в.) Начать лечению угрожающего состояния плода.
- г.) Продолжить лечение преэклампсии, наблюдение

220.Беременная 32 лет поступила в родильный дом со сроком беременности 34 недель. Жалобы на головные боли, шум в ушах и повышение АД. Какой критерий используется для диагностики тяжелой преэклампсии:

- а.) ДАД > 110 мм.рт.ст. с протеинурией 300 мг или >
- б.) САД > 140 мм.рт.ст. с протеинурией 300 мг или >
- в.) ДАД >90 мм.рт.ст. с протеинурией 300мг или >
- г.) ДАД > 110 мм.рт.ст. без протеинурии.

221.Родильница, 23 лет в раннем послеродовом периоде, час назад родила живую доношенную девочку массой 3800,0 грамм, рост – 51 см. Роды четвёртые, в срок. Кровопотеря 250 мл, кровотечение продолжается. Матка на уровне пупка, периодически расслабляется. После наружного массажа матка сократилась, но затем вновь расслабилась. Женщина побледнела, появилось головокружение, АД= 110/70 мм рт. ст., пульс - 90 в минуту. Выберите дальнейшую тактику:

- а.) приступить к переливанию крови
- б.) произвести наружно-внутренний массаж матки
- в.) наложить клеммы по Бакшееву
- г.) ввести сокращающие матку средства

222.Только что завершены затяжные патологические роды: наложены акушерские выходные щипцы, извлечен плод с признаками внутричерепной травмы, масса его 4000,0 гр. Послед отделен рукой, при последующем ручном обследовании полости матки,

обнаружено нарушение целостности шейки, край разрыва уходит далеко за пределы внутреннего зева. Кровотечение из половых путей умеренное, в моче кровь. Что следует предпринять в данном случае?

- а.) приступить к чревосечению и интенсивной терапии
- б.) вывести из состояния шока и приступить к чревосечению
- в.) одновременно инфузионную терапию и швы через влагалище
- г.) начать интенсивную терапию, затем наложить швы на разрыв

223. Повторнородящая с доношенной беременностью взята на срочную операцию кесарева сечения, без родовой деятельности, в связи с полной отслойкой нормально расположенной плаценты. Плод погиб, видимо перед самой операцией - извлечен мертвым. Следом за плодом извлечен послед свободно лежащий в полости матки. Матка плохо сокращается, задняя ее стенка пропитана кровью. Кровотечение продолжается. Общая кровопотеря превысила 1000 мл. Выберите хирургическую тактику?

- а.) Перевязка маточных артерий
- б.) Надвлагалищная ампутация матки
- в.) Компрессионные швы на матку
- г.) Перевязка внутренних подвздошных артерий

224. Пациентка 14 лет поступила в стационар в связи с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, которые появились после задержки очередной менструации на 4 месяца и продолжаются в течение 10 дней. В анамнезе детские инфекции, частые ОРВИ.

ОБЪЕКТИВНО: кожные покровы бледные, пульс 86 в 1 мин, ритмичный, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Нормального телосложения, вторичные половые признаки хорошо выражены, ИМТ 26,4. ОАК: уровень гемоглобина 100 г/л, гематокрит 30 %.

ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, девственная плева цела. При ректоабдоминальном исследовании: матка нормальных размеров, плотная, безболезненная придатки с обеих сторон не увеличены, выделения из половых путей кровянистые, умеренные.

Какой диагноз наиболее вероятен?

- а.) Прерывающаяся маточная беременность.
- б.) АМК: в ювенильном периоде.
- в.) АМК: нарушения коагуляции.
- г.) АМК: аденомиоз.

225. Пациентка 24 лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи в связи с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные, сосгустками кровянистые выделения из половых путей, слабость. ОБЪЕКТИВНО: АД 100/60 мм рт. ст., пульс 90 в 1 минуту, температура тела 37 °С. Последняя нормальная менструация 2 месяца назад. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: шейка матки не эрозирована, цианотична, симптом «зрачка» отрицательный, наружный зев пропускает палец. Матка увеличена до 6 недель беременности, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, безболезненные.

Какой диагноз наиболее вероятен?

- а.) Аномальное маточное кровотечение, овуляторная дисфункция.

- б.) Нарушенная внематочная беременность.
- в.) Воспаление придатков матки.
- г.) Беременность 8 недель, неполный аборт.

226.Роженица 28 лет, третьи сутки послеродового периода. Температура тела - 38,2°С, родильница жалуется на боли в молочных железах. Пульс - 86 в минуту, молочные железы значительно и равномерно нагубили, чувствительны при пальпации, при надавливании из сосков выделяются капельки молока. Живот мягкий, матка плотная, безболезненная,дно её на 4 поперечных пальца ниже пупка. Лохии - сукровичные умеренные. Ваша тактика:

- а.) ограничить питье
- б.) иммобилизовать грудь
- в.) опорожнить грудь путём сцеживания
- г.) назначить родильнице антибиотик

227.На приём обратилась пациентка 30 лет с жалобами на тупые боли, распирающего характера, в области передней брюшной стенки, усиливающиеся накануне и во время менструаций, которые появились около года назад. ИЗ АНАМНЕЗА: менструации с 12 лет по 5–6 дней, через 26–27 дней, обильные и болезненные первые 2 дня. Родов — 2, путём операции кесарева сечения, последние 2 года назад. ОБЪЕКТИВНО: на передней брюшной стенке имеется надлобковый рубец по Пфанненштилю. В толще тканей по направлению от рубца к пупку пальпируется плотный болезненный инфильтрат без чётких контуров, около 8 см в диаметре, состоящий из множества равновеликих узелков. Кожа над образованием не гиперемирована, чистая, соответствует температуре окружающих тканей. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: при исследовании в зеркалах шейка матки чистая; слизистая влагалища бледно-розовая, выделения слизистые скудные. При бимануальном исследовании: матка не увеличена, придатки не определяются. Какой диагноз наиболее вероятен у данной пациентки?

- а.) Послеоперационный рубец.
- б.) Ущемлённая вентральная грыжа.
- в.) Воспалительный инфильтрат передней брюшной стенки.
- г.) Эндометриоз послеоперационного рубца.

228.Больная С., 25 лет, поступила с жалобами на наличие опухолевидного образования в левой молочной железе, боль и покраснение кожи в области образования, повышение температуры тела до 38 гр. С. Из анамнеза известно, что больная в течении 6 месяцев после родов кормит ребёнка грудью. За последнюю неделю появились вышеперечисленные жалобы. При осмотре в верхне-наружном квадранте левой молочной железы имеется гиперемия и кожи. При пальпации над этой областью определяется опухолевидное образование диаметром 6-7 см, плотно-эластической консистенции, с нечёткими контурами, резко болезненное при пальпации. Из сосков отделяемое белого цвета без запаха.Предварительный диагноз

- а.) Фиброаденома
- б.) Острый мастит
- в.) Маститоподобный рак
- г.) Г.Узловая мастопатия

229.Наиболее частая форма послеродового воспалительного процесса:

- а.) мастит
- б.) параметрит
- в.) септический шок
- г.) эндометрит

230. Состояние, сопровождающееся стойкой гипотензией и перфузионными нарушениями, не поддающимся коррекции путём адекватной инфузионной, инотропной и вазопрессорной терапии

- а.) Острый сепсис.
- б.) Септический шок
- в.) Тяжёлый сепсис.
- г.) Эндометрит

231. Чем характеризуется клиническая картина трихомонадного вульвовагинита?

- а.) зудом, жжением в области вульвы и вагины
- б.) гнойными вагинальными выделениями
- в.) папилломатозными поражениями слизистой оболочки
- г.) слизистыми вагинальными выделениями.

232. Этиология воспалительного заболевания женской половой сферы может быть установлена

- а.) При гистологическом исследовании эндометрия
- б.) При цитологическом исследовании пунктата из «Дугласового кармана»
- в.) При УЗИ исследовании
- г.) При гистероскопии.

233. К микроорганизмам, которые наиболее часто являются возбудителями воспалительных заболеваний женских половых органов специфической этиологии, относится:

- а.) Стафилококки
- б.) Гонококки
- в.) Анаэробы
- г.) Кандиды

234. Особенности клинического течения пельвиоперитонита гонорейной этиологии в отличие от пельвиоперитонита неспецифической этиологии:

- а.) Склонность к образованию спаек и сращений
- б.) Чаще отмечается ограничение процесса
- в.) Наличие симптомов раздражения брюшины в нижних отделах живота
- г.) Повышения температуры тела выше 38С 5. Зуд вульвы.

235. Влагалищная часть шейки матки у женщины репродуктивного возраста в норме покрыта:

- а.) Цилиндрическим эпителием
- б.) Многослойным плоским ороговевающим эпителием

- в.) Железистым эпителием
- г.) Многослойным плоским неороговевающим эпителием

236. Пациентка, 37 лет, обратилась на прием к гинекологу с жалобами на длительные обильные менструации в течение 3-х циклов. ИЗ АНАМНЕЗА: менструальный цикл регулярный, 28–29 дней, длительность менструации последние 3 месяца составила 7–10 дней. Беременностей 4: родов 2 через естественные родовые пути, 2 — медицинских аборта путем выскабливания, без осложнений. Последний раз на приеме у гинеколога была 1 год назад — без патологии. ОБЪЕКТИВНО: кожные покровы бледно-розовой окраски. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД 120/80 мм рт. ст. В общем анализе крови гемоглобин 96 г/л. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Физиологические отправления в норме. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: тело матки увеличено до 7–8 недель беременности, плотное безболезненное бугристое, подвижное. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Какая причина нарушения менструальной функции наиболее вероятна?

- а.) Аденомиоз.
- б.) Овуляторная дисфункция.
- в.) Миома матки.
- г.) Опухоль яичника.

237. Пациентка, 37 лет, обратилась на прием к гинекологу с жалобами на длительные обильные менструации в течение 3-х циклов. ИЗ АНАМНЕЗА: менструальный цикл регулярный, 28–29 дней, длительность менструации последние 3 месяца составила 7–10 дней. Беременностей 4: родов 2 через естественные родовые пути, 2 — медицинских аборта путем выскабливания, без осложнений. Последний раз на приеме у гинеколога была 1 год назад — без патологии. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: тело матки увеличено до 7–8 недель беременности, плотное безболезненное бугристое, подвижное. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Какой метод исследования наиболее информативен с целью уточнения состояния эндометрия?

- а.) Ультразвуковое исследование органов малого таза
- б.) Гистологическое исследование соскоба из полости матки.
- в.) Зондирование полости матки.
- г.) Раздельное диагностическое выскабливание полости матки
- 5.) Гистероскопия органов малого таза

238. На приём к гинекологу обратилась пациентка 18 лет с жалобами на болезненные менструации. ИЗ АНАМНЕЗА: менструации с 13 лет по 5–6 дней через 28–30 дней, умеренные, болезненные с периода менархе. Половой жизнью не живёт. ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ: развиты правильно. Девственная плева фестончатой формы. РЕКТАЛЬНО: матка в позиции retroflexio, не увеличена, плотная, безболезненная. Придатки не определяются. Какой предварительный диагноз наиболее вероятен?

- а.) Отсутствие патологического состояния.
- б.) Предменструальный синдром.
- в.) Диспареуния.
- г.) Дисменорея.

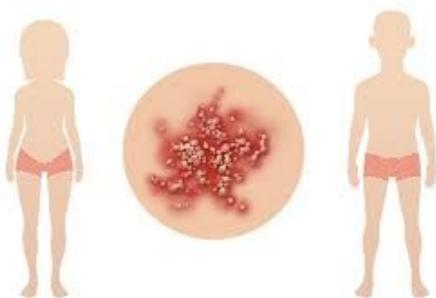
239. Пациентка 25 лет обратилась на приём к гинекологу для получения рекомендаций по контрацепции. Из АНАМНЕЗА: менструации с 13 лет, нерегулярные через 25–40 дней, по 6–7 дней, обильные, болезненные, принимает спазматон для купирования боли. Замужем. Были одни роды 3 года назад. Ближайшие 2–3 года беременность не планирует, хочет надёжную контрацепцию. Соматически здорова. При гинекологическом обследовании и УЗИ патологии не выявлено. Какой положительный непротивопоказательный эффект выбранного метода (КОК) можно ожидать у данной пациентки?

- а.) Снижение риска вагинита и бактериального вагиноза.
- б.) Снижение риска тромбоэмболических осложнений.
- в.) Нормализация менструального цикла.
- г.) Повышение либидо.

240. Укажите гормональные препараты, применяемые при лечении предменструального синдрома:

- а.) Чистые гестагены
- б.) Комбинированные оральные контрацептивы
- в.) Левоноргестрел содержащая ВМС
- г.) Андрогены

241. Классическими клиническими проявлениями генитального герпеса являются:



- а) везикулезные высыпания на половых органах
- б) пенные вагинальные выделения
- в) лихенификации в поражённой области
- г) кровянистые выделения из половых путей

242. Пациентка Н., 19 лет. Со слов матери, предъявляет жалобы на резкую отёчность и болезненность в области гениталий в течение 3 дней. Отмечает повышение температуры тела до 37,5°C, озноб, недомогание. Мать проводила самостоятельно терапию нанесением синтомициновой эмульсии на половые органы ребёнка, но клинического эффекта достигнуто не было. Пациентка Н. половые контакты отрицает. При осмотре: увеличение паховых лимфатических узлов, резкая отёчность гениталий. Клинические данные осмотра гениталий представлены на представленном ниже рисунке.



Какой из приведенных ниже диагнозов наиболее вероятен в данном случае?

- а) Генитальный герпес первый эпизод
- б) Трихомадным вульвовагинитом
- в) Паховой гранулемой
- г) Эрозивно-язвенными высыпаниями на половых органах

243. Пациентка П, 16 лет. Обратилась для профилактического обследования на ИППП. Со слов пациентки, половые контакты с 15 лет. При гинекологическом осмотре выявлена следующая клиническая картина.



Определите, каким заболеванием представлены объективные клинические симптомы у пациентки .

- а) Сифилисом (широкими кондиломами)
- б) Аногенитальные (венерические) бородавки.
- в) Остроконечные кондиломы.
- г) Кандидозный (или дрожжевой)

244. Женщина 40 лет. На приём у гинеколога с жалобами на бело-желтые выделения из влагалища, имеющие неприятный запах, зуд и ноющие боли внизу живота. Укажите группу препаратов вызывающих дисбактериоз влагалища

- 1.) Цитостатиков
- 2.) Антибиотиков
- 3.) Гормонов
- 4.) КОК

245. Чем характеризуется клиническая картина гонококковой инфекции у девочек?

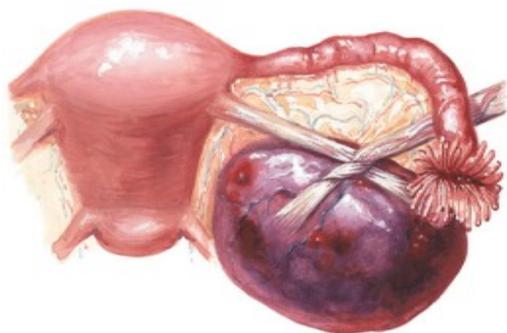
- а.) Поражением суставов
- б.) выраженностью клинических симптомов
- в.) малосимптомным течением
- г.) частым развитием осложнённых форм

246. К., 27 лет, поступила в гинекологическое отделение в состоянии средней тяжести, с жалобами на слабость, головокружение, схваткообразные боли внизу живота справа, мажущиеся кровянистые тёмного цвета выделения из влагалища. В анамнезе 1 роды и 2 медицинских аборта. Три дня назад на фоне задержки менструации на 2 недели появились

схваткообразные боли внизу живота справа, обморочное состояние и кровянистые выделения из влагалища мажущегося характера. Сегодня приступ боли повторился и появилась резкая общая слабость. При поступлении умеренная бледность кожных покровов, АД 95/60 мм рт. ст., пульс 92 уд./мин, ритмичный. Живот мягкий, болезненный при пальпации над лоном, где отмечается притупление перкуторного звука и слабо выраженный симптом Щеткина— Блюмберга. При влагалищном исследовании: смещение шейки матки резко болезненно, задний свод нависает, пальпация его болезненна, матка увеличена до 5-6 недель беременности, размягчена, слегка болезненна при смещении, справа от матки пальпируется образование размерами 10х5х4 см, слегка болезненное при пальпации. Выделения тёмнокровянистые в небольшом количестве. Какой из перечисленных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен в данном случае?

- а.) Острый аднексит
- б.) Апоплексия яичника
- в.) Перекрут ножки опухоли яичника
- г.) Внематочная беременность, прервавшаяся по типу трубного аборта

247. И., 37 лет, поступила с жалобами на боли внизу живота, тошноту, рвоту, озноб. Газы отходят плохо. В анамнезе 2 родов, 4 медаборта. Последний осмотр гинекологом был около 2 лет назад. Больна 4 дня, когда после физического напряжения появились интенсивные боли внизу живота слева, был жидкий стул и двукратная рвота. Доставлена в райбольницу с диагнозом гастроэнтероколит. Осмотрена гинекологом на 3 день и переведена в гинекологическое отделение. Объективно умеренная бледность кожных покровов, язык сухой, обложен беловатым налётом, температура 38,2 градуса, пульс 108 уд./мин. удовлетворительного качества. Живот незначительно вздут, мягкий, в нижних отделах выражены симптомы раздражения брюшины. Над лоном пальпируется плотная туго-эластичная опухоль, верхний полюс которой на 4 п/п выше лона. При внутреннем исследовании матка небольших размеров, плотная, отклонена кзади, смещение её болезненно. Слева и спереди от нее определяется округлое, резко болезненное, ограниченно подвижное образование размерами 12х14х10 см. Придатки матки справа не увеличены. Выделения светлые, слизистого характера. Это диагноз перекрут ножки дермоидной кисты яичника. Какая хирургическая тактика наиболее целесообразна в данном случае?



- а) Верно 2) и 3)
- б) перекрученную ножку опухоли яичника над обязательно раскрутить, чтобы разобраться в анатомии
- в) производят экстирпацию матки с придатками
- г) удаляют оба яичника с придатками

248. Укажите патологию с которой надо в первую очередь дифференцировать трубный аборт (без значительного внутри брюшного кровотечения).



- а.) обострением хронического сальпингоофорита
- б.) дисфункциональным маточным кровотечением
- в.) самопроизвольным выкидышем малого срока
- г.) все верно

249. Укажите на объем медицинской помощи, который оказывается женщинам в женских консультациях

- а) выполнение малых гинекологических операций;
- б) осуществление оперативного родоразрешения;
- в) выполнение больших гинекологических операций
- г) осуществление прерывания беременности на поздних сроках.

250. И., 37 лет, поступила с жалобами на боли внизу живота, тошноту, рвоту, озноб. Газы отходят плохо. В анамнезе 2 родов, 4 медаборта. Последний осмотр гинекологом был около 2 лет назад. Больна 4 дня, когда после физического напряжения появились интенсивные боли внизу живота слева, был жидкий стул и двукратная рвота. Доставлена в райбольницу с диагнозом гастроэнтероколит. Осмотрена гинекологом на 3 день и переведена в гинекологическое отделение. Объективно умеренная бледность кожных покровов, язык сухой, обложен беловатым налетом, температура 38,2 градуса, пульс 108 уд./мин. удовлетворительного качества. Живот незначительно вздут, мягкий, в нижних отделах выражены симптомы раздражения брюшины. Над лоном пальпируется плотная туго-эластичная опухоль, верхний полюс которой на 4 п/п выше лона. При внутреннем исследовании матка небольших размеров, плотная, отклонена кзади, смещение её болезненно. Слева и спереди от неё определяется округлое, резко болезненное, ограниченно подвижное образование размерами 12x14x10 см. Придатки матки справа не увеличены. Выделения светлые, слизистого характера. Какой из приведенных ниже предварительных диагнозов наиболее вероятен в данном случае?

- а.) Трубный аборт (без значительного внутри брюшного кровотечения)
- б.) Апоплексия яичника
- в.) Перекрут ножки опухоли яичника

.г.) Острый аднексит