

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Сибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Акушерство. Латинская терминология и ситуационные задачи

Учебное пособие

Под редакцией д-ра мед. наук, профессора И.Д. Евтушенко

*Рекомендовано Учебно-методическим объединением
по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России
в качестве учебного пособия для студентов, обучающихся по специальностям:
060101 65 – Лечебное дело, 060103 65 – Педиатрия*

Томск
Сибирский государственный медицинский университет
2012

УДК 618.2+811.124] (0.75.8)

ББК Р716.я7+Ш146 – 9я7

А445

А 445 **Акушерство. Латинская терминология и ситуационные задачи:** учебное пособие / под ред. И.Д. Евтушенко. – Томск: СибГМУ, 2012. – 91 с.
ISBN 978-5-98591-075-9

Учебное пособие составлено в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом. Содержит 725 латинских анатомических и клинических терминов, применяемых в классическом и современном акушерстве, и 50 ситуационных задач.

Предназначено для студентов, обучающихся по специальности лечебное дело и педиатрия.

УДК 618.2+811.124] (0.75.8)
ББК Р716.я7+Ш146 – 9я7

Коллектив авторов – сотрудники Сибирского государственного медицинского университета.

И.Д. Евтушенко	д-р мед. наук, профессор
И.Г. Куценко	д-р мед. наук, профессор
В.П. Болотова	канд. мед. наук, доцент
О.В. Паршина	канд. мед. наук, доцент
Т.В. Иванова	канд. мед. наук, доцент
В.Н. Попова	ассистент, зав. акушерской клиникой СибГМУ
<u>И.А. Рыжова</u>	канд. мед. наук, доцент
Н.В. Тихонова	канд. мед. наук, ассистент,
Е.С. Жабина	канд. мед. наук, ассистент
Р.В. Волков	канд. мед. наук, ассистент

Под редакцией: д-ра мед. наук, профессора И.Д. Евтушенко

Рецензенты:

д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 2 Омской государственной медицинской академии Е.Б. Рудакова;

д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии Новосибирского государственного медицинского университет О.Г. Пекарев.

Утверждено и рекомендовано к печати Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России 19.10.2011 (№ 17-29/453)

ISBN 978-5-98591-075-9

© Сибирский государственный медицинский университет, 2012

*Gutta cavat lapidem non (bis) vi, sed saepe cadendo,
Sic homo fit sapiens, non vi (bis non), sed saepe legendo.*

*Капля долбит камень не силою (не дважды),
а часто падая,
так человек делается мудрым не силою (не дважды),
а часто читая.*

Giordano Bruno.
Il candelajo (1582).
Com. 3, 6. Ср. Ovid.
Ars amandi. 1, 473–76.

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	6
Введение	7
I. ЛАТИНСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ В АКУШЕРСТВЕ.....	8
1. Менструальный цикл. Периоды жизни женщины.....	9
1.1. Яичниковый цикл.....	9
1.2. Маточный цикл.....	9
1.3. Женские половые гормоны.....	10
1.4. Периоды жизни женщины	10
2. Клиническая анатомия женских половых органов	10
2.1. Строение женского таза	10
2.2. Женский таз с акушерской точки зрения	11
2.3. Пристеночные мышцы и мышцы тазового дна	12
2.4. Наружные и внутренние половые органы	13
2.5. Кровоснабжение и иннервация женских половых органов.....	16
3. Физиологическое акушерство	16
3.1. Оплодотворение и развитие плодного яйца.....	17
3.2. Физиология беременности	17
3.3. Плод как объект родов	18
3.4. Физиология родов	19
3.5. Физиология послеродового периода	20
3.6. Физиология периода новорождённости	21
4. Патологическое акушерство	21
4.1. Патология беременности	21
4.1.1. Ранний токсикоз.....	21
4.1.2. Гестоз.....	21
4.1.3. Невынашивание беременности	22
4.1.4. Внематочная беременность.....	22
4.1.5. Трофобластические заболевания	23
4.1.6. Внутриутробная гипоксия плода	23
4.1.7. Многоплодная беременность	24
4.2. Патология родов	24
4.2.1. Аномалии родовых сил	24
4.2.2. Узкий таз	25
4.2.3. Родовой травматизм матери.....	25
4.2.4. Акушерские кровотечения	26
4.2.5. Патология периода новорождённости.....	27
4.2.6. Врождённые пороки развития плода.....	28
4.2.7. Пренатальная диагностика ВПР плода (инвазивные методы).....	29
4.3. Оперативное акушерство	29

II. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО АКУШЕРСТВУ	32
1. Ранний токсикоз беременных и гестоз	33
2. Аномалии родовой деятельности	39
3. Узкий таз	42
4. Невынашивание и перенашивание беременности	44
5. Тазовые предлежания плода	48
6. Акушерские кровотечения	50
7. Родовой травматизм	56
8. Экстрагенитальная патология и беременность	59
9. Эмболия околоплодными водами	65
10. Многоплодная беременность	66
11. Гипоксия плода и асфиксия новорожденного	67
12. Гемолитическая болезнь новорождённого	69
13. Септические заболевания после родов и аборта	70
14. Внематочная беременность	74
15. Пренатальная диагностика ВПР и НЗ	76
16. Миома матки	82
Ответы к ситуационным задачам	83
Список литературы	90

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	– артериальное давление
ВСДМ	– высота стояния дна матки
ВПР	– врожденные пороки развития
ДСММ	– дискоординированные сокращения мускулатуры матки
ИВЛ	– искусственная вентиляция легких
ИЗСД	– инсулинзависимый сахарный диабет
ИЦН	– истмико-цервикальная недостаточность
КТГ	– кардиотокография
НЗ	– наследственные заболевания
ОАА	– отягощенный акушерский анамнез
ОЖ	– окружность живота
ПОНРП	– преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
УЗИ	– ультразвуковое исследование
ХГЧ	– хорионический гонадотропин человеческий
ЧДД	– частота дыхательных движений

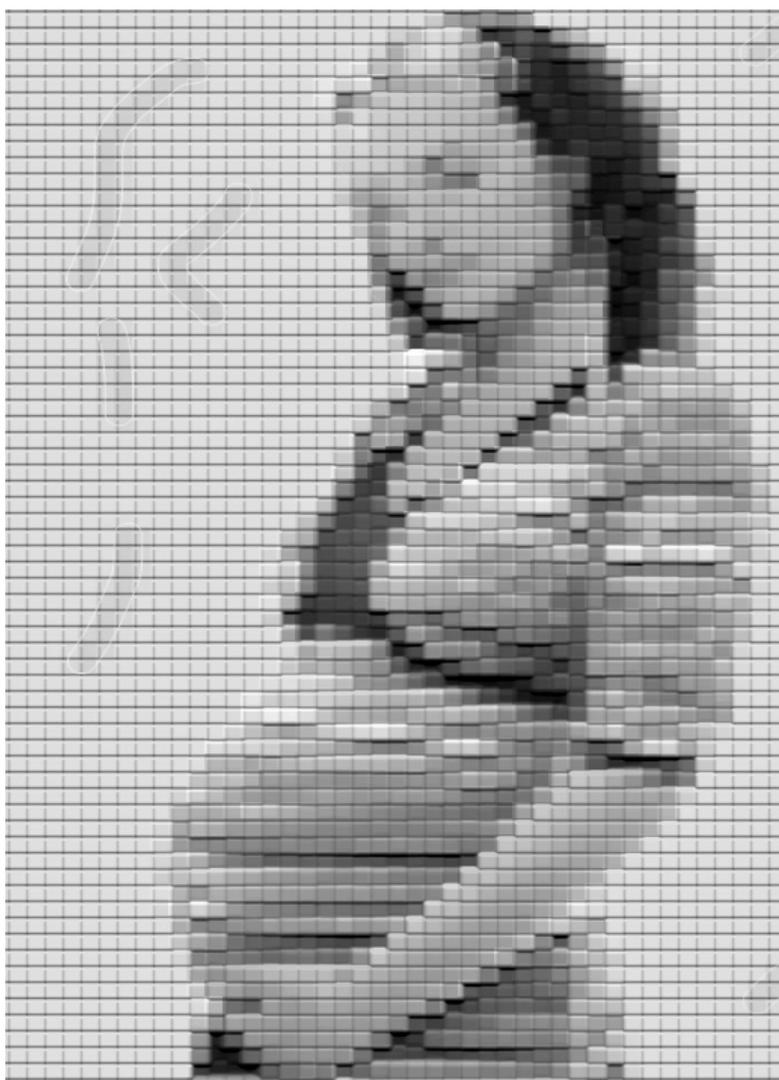
ВВЕДЕНИЕ

Латынь, как известно, является языком медиков. В основу медицинской терминологии по акушерству легли греческие термины от Гиппократ и Галена и латинские от римского энциклопедиста Цельса. Обилие терминов греко-латинского происхождения ставит студентов в затруднительное положение при изучении предмета акушерства и медицинской литературы, как отечественной, так и иностранной. В связи с этим, представляется целесообразным в учебное пособие включить наиболее употребляемые названия, что позволяет не забывать написание и произношение терминов на языке классического акушерства.

Представленное пособие содержит 725 латинских терминов и 50 типовых акушерских задач. Последние посвящены наиболее актуальным ситуациям, в том числе требующим неотложной помощи, и предполагают третий уровень усвоения и контроля знаний.

Клинические акушерские задачи сформулированы таким образом, что содержат ключевые симптомы, термины и понятия, позволяющие поставить диагноз кратчайшим путем. Несколько вопросов, сопровождающих каждую задачу, прямо или косвенно ведут к правильному выбору акушерской тактики. Оптимальный комплекс профессиональных задач выбран на основании многолетней практической работы авторов настоящего издания.

Для составления словаря латинских терминов в акушерстве использована специальная справочная литература, монографии акушеров-классиков и методические рекомендации по применению анатомических и клинических терминов по акушерству и гинекологии под редакцией чл.-корр. РАМН А.Н. Радионченко, изданные сотрудниками кафедры в 1990 году.



*I. Латинская
терминология
в акушерстве*

1. МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ. ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ

1.1. ЯИЧНИКОВЫЙ ЦИКЛ

Folliculus	Пузырек, железа внутренней секреции в яичнике
Ovogenesis	Процесс созревания женской половой клетки
Oogonia	Оогония, первичное (незрелое) яйцо
Oocytus	Ооцит
Vitellum	Желток, протоплазма яйцеклетки
Macula germinativa	Зародышевое пятно, ядро яйцеклетки
Folliculus primordialis	Примордиальный фолликул
Theca	Оболочка фолликула
Tunica folliculi externa	Наружная оболочка фолликула
Tunica folliculi interna	Внутренняя оболочка фолликула
Folliculus matus, Graaf folliculus	Зрелый фолликул (Граафов пузырьек)
Membrana granulosa folliculi	Зернистая оболочка фолликула
Discus oophorus (cumulus ovigerus)	Яйценосный бугорок
Corona radiata	Лучистая оболочка яйцеклетки
Zona pellucida	Блестящая оболочка яйцеклетки
Ovum, ovulum	Яйцеклетка
Liquor folliculi	Фолликулярная жидкость
Ovulatio	Овуляция, разрыв созревшего фолликула
Stigma folliculi	Место разрыва фолликула
Atresia	Обратное развитие фолликула
Corpus luteum	Желтое тело
Corpus luteum spurium seu menstruationis	Менструальное желтое тело (ложное)
Corpus luteum verum seu graviditatis	Желтое тело беременности (истинное)
Corpus albicans seu fibrosum	Белое тело

1.2. МАТОЧНЫЙ ЦИКЛ

Menstruatio	Менструация, (регулярные кровянистые выделения из матки)
Menarche	Первая менструация

Eumenorrhoea	Регулярные овуляторные менструации
Desquamatio endometrii	Фаза отторжения функционального слоя эндометрия
Regeneratio endometrii	Фаза восстановления эндометрия
Proliferatio endometrii	Фаза разрастания функционального слоя эндометрия
Secretio endometrii	Секреторная фаза эндометрия

1.3. ЖЕНСКИЕ ПОЛОВЫЕ ГОРМОНЫ

Hormonum	Гормон, продукт железы внутренней секреции
Oestradiolum	Эстрадиол, наиболее активная фракция эстрогенного гормона
Oestronum	Эстрон, менее активная фракция эстрогенного гормона
Oestrolum	Эстриол, неактивная фракция эстрогенного гормона
Progesteronum	Прогестерон, гормон желтого тела

1.4. ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ

Neonatoritas	Новорожденность
Infantilitas	Детство
Pubertas	Половое созревание
Maturitas sexualis	Половая зрелость
Climacterium, climax	Климактерий, климакс
Menopausa	Менопауза
Praesenium	Предстарческий возраст
Senium	Старость

2. КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

2.1. СТРОЕНИЕ ЖЕНСКОГО ТАЗА

Os coxae	Тазовая кость
Os ilium	<i>Подвздошная кость</i>
Corpus ossis ilii	Тело подвздошной кости
Crista iliaca	Подвздошный гребень
Ala ossis ilii	Крыло подвздошной кости
Spina iliaca anterior superior	Верхняя передняя подвздошная ость
Spina iliaca anterior inferior	Нижняя передняя подвздошная ость
Spina iliaca posterior superior	Верхняя задняя подвздошная ость
Spina iliaca posterior inferior	Нижняя задняя подвздошная ость
Linea arcuata	Дугообразная линия
Foramen obturatorium	Запирательное отверстие

Acetabulum	Вертлужная впадина
Lamina acetabuli	Пластинка вертлужной впадины
<i>Os pubis</i>	<i>Лобковая кость</i>
Corpus ossis pubis	Тело лобковой кости
Ramus superior ossis pubis	Верхняя ветвь лобковой кости
<i>Ramus inferior ossis pubis</i>	<i>Нижняя ветвь лобковой кости</i>
Eminentia iliopubica	Подвздошно-лобковое возвышение
Symphysis pubica	Симфиз
Arcus pubis	Лобковая дуга
Os ischii	<i>Седалищная кость</i>
Corpus ossis ischii	Тело седалищной кости
<i>Ramus ossis ischii</i>	<i>Ветвь седалищной кости</i>
Spina ischiadica	Седалищная ость
Tuber ischiadicum	Седалищный бугор
Incisura ischiadica major	Большая седалищная вырезка
Incisura ischiadica minor	Малая седалищная вырезка
Foramen ischiadicus majus	Большое седалищное отверстие
Foramen ischiadicus minor	Малое седалищное отверстие
<i>Os sacrum</i>	<i>Крестцовая кость</i>
Basis ossis sacri	Основание крестцовой кости
Apex ossis sacri	Верхушка крестцовой кости
Promontorium	Крестцовый мыс
<i>Os coccygis</i>	<i>Копчиковая кость</i>

2.2. ЖЕНСКИЙ ТАЗ С АКУШЕРСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ

Pelvis muliebris	Женский таз
Inclinatio pelvis	Наклон таза
Pelvis major	Таз большой
Distantia spinarum	Расстояние между верхними передними подвздошными остями
Distantia cristarum	Расстояние между подвздошными гребнями
Distantia trochanterica	Расстояние между большими вертелами бедренных костей
Pelvis minor	Таз малый
Conjugata	Конъюгата, измерительная линия таза
Conjugata lateralis	Боковая конъюгата
Conjugata externa	Наружная конъюгата
Conjugata diagonalis	Диагональная конъюгата
Conjugata anatomica	Анатомическая конъюгата
Conjugata vera s. obstetrica	Истинная или акушерская конъюгата

Окончание таблицы

Apertura pelvis superior	Верхнее отверстие таза (вход в таз)
Planum introitus pelvis	Плоскость входа малого таза
Linea terminalis	Терминальная линия
Cavum pelvis	Полость (малого) таза
Apertura pelvis inferior	Нижнее отверстие таза (выход таза)
Axis pelvis	Ось таза
Planum exitus pelvis	Плоскость выхода малого таза

2.3. ПРИСТЕНОЧНЫЕ МЫШЦЫ МАЛОГО ТАЗА И МЫШЦЫ ТАЗОВОГО ДНА

Perineum	Промежность
Centrum tendineum perinei	Сухожильный центр промежности
Spatium perinei profundum	Глубокое пространство промежности
Spatium perinei superficiale	Поверхностное пространство промежности
Regio urogenitalis	Мочеполовая область
Regio analis	Заднепроходная область
Fascia pelvis	Фасция таза
Fascia pelvis parietalis	Пристеночная фасция таза
Fascia obturatoria	Запирательная фасция
Fascia diaphragmatis pelvis superior	Верхняя фасция диафрагмы таза
Fascia diaphragmatis pelvis inferior	Нижняя фасция диафрагмы таза
Fascia diaphragmatis urogenitalis superior	Верхняя фасция мочеполовой диафрагмы
Fascia diaphragmatis urogenitalis inferior	Нижняя фасция мочеполовой диафрагмы
Fascia perinei superficialis	Поверхностная фасция промежности
Fascia perinealis	Глубокая фасция промежности
Musculus bulbocavernosus s. constrictor cunni	Луковично-пещеристая мышца
Musculus ischiocavernosus	Седалищно-пещеристая мышца
Musculus transversus perinei superficialis	Поверхностная поперечная мышца промежности
Musculus sphincter ani externus	Наружная мышца, сжимающая задний проход
Diaphragma urogenitale	Мочеполовая диафрагма
Musculus transversus perinei profundus	Глубокая поперечная мышца промежности

Musculus compressor urethrae	Мышца, сжимающая мочесипускательный канал
<i>Musculus levator ani s. diaphragma pelvis</i>	<i>Мышца, поднимающая задний проход (диафрагма таза)</i>
Musculus pubo-rectalis	Лобково-прямокишечная мышца
Musculus pubo-coccygeus	Лобково-копчиковая мышца
Musculus iliococcygeus	Подвздошно-копчиковая мышца
Musculus ischio-coccygeus	Седалищно-копчиковая мышца
Ligamentum anococcygeum	Заднепроходно-копчиковая связка
Ligamentum transversum perinei	Поперечная связка промежности
<i>Septum retrovaginale</i>	Прямокишечно-вагинальная перегородка
Fossa ischio-rectalis	Седалищно-прямокишечная яма
Canalis pudendalis	Срамной канал

2.4. НАРУЖНЫЕ И ВНУТРЕННИЕ ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ ЖЕНЩИНЫ

Genitalia externa seu vulva	Наружные половые органы, вульва
Genitalia interna	Внутренние половые органы
<i>Mons pubis</i>	Лобковое возвышение
Labium pudendi majus	Большая половая губа
Labium pudendi minus	Малая половая губа
Commissura labiorum anterior	Передняя спайка губ
Commissura labiorum posterior	Задняя спайка губ
Erenulum labiorum pudendi	Уздечка половых губ
Rima pudendi	Половая щель
Vestibulum vaginae	Преддверие влагалища
Fossa vestibuli vaginae	Ямка преддверия влагалища
Bulbus vestibuli	Луковица преддверия
Glandulae vestibularis minores	Малые преддверные железы
Glandula vestibularis major	Большая железа преддверия
Ostium vaginae	Отверстие влагалища
Clitoris	Клитор
Crus clitoridis	Ножка клитора
Corpus clitoridis	Тело клитора
Glans clitoridis	Головка клитора
Frenulum clitoridis	Уздечка клитора
Praeputium clitoridis	Крайняя плоть клитора

Corpus cavernosum clitoridis (dextrum et sinistrum)	Пещеристое тело клитора (правое и левое)
Septum corporum cavernosum	Перегородка пещеристых тел
Fascia clitoridis	Фасция клитора
Urethra feminina	Женский мочеиспускательный канал
Ostium urethrae externum	Наружное отверстие уретры
Tunica muscularis	Мышечная оболочка
Tunica mucosa	Слизистая оболочка
Glandulae urethrales	Железы мочеиспускательного канала
Lacunae urethrales	Лакуны мочеиспускательного канала
Crista urethrales	Гребень мочеиспускательного канала
Vagina seu colpos	Влагалище
Fornix vaginae	Свод влагалища
Paries anterior	Передняя стенка
Paries posterior	Задняя стенка
Hymen	Девственная плева
Carunculae hymenales	Лоскутки девственной плевы
Tunica muscularis	Мышечная оболочка
Tunica mucosa	Слизистая оболочка
Rugae vaginales	Влагалищные складки
Columna rigarum posterior	Задний столб влагалищных складок
Columna rigarum anterior	Передний столб влагалищных складок
Carina urethralis vaginae	Мочеиспускательный киль влагалища
Tuba uterina, s. tuba Fallopii, s. salpinx	Маточная труба
Ostium abdominale tubae uterinae	Брюшное отверстие маточной трубы
Infundibulum tubae uterinae	Воронка маточной трубы
Fimbriae tubae	Бахромки трубы
Fimbria ovarica	Яичниковая бахромка
Ampulla tubae uterinae	Ампула маточной трубы
Isthmus tubae uterinae	Перешеек маточной трубы
Pars uterina	Маточная часть
Ostium uterinum tubae	Маточное отверстие трубы
Tunica serosa	Серозная оболочка
Tela subserosa	Подсерозная основа
Tunica muscularis	Мышечная оболочка
Tunica mucosa	Слизистая оболочка
Plicae tubariae	Трубные складки
Mesosalpinx	Брыжейка трубы
Uterus	Матка
Corpus uteri	Тело матки

Fundus uteri	Дно матки
Margo uteri (dexter et sinister)	Край матки (правый и левый)
Facies intestinalis	Кишечная поверхность
Cavum uteri	Полость матки
Facies vesicalis	Пузырная поверхность
Isthmus uteri	Перешеек матки
Orificium uteri internum	Внутренний зев матки
<i>Cervix uteri</i>	Шейка матки
Portio supravaginalis	Надвлагалищная часть (шейки)
Portio vaginalis (cervicalis)	Влагалищная часть (шейки)
Ostium uteri	Отверстие матки
Labium anterius	Передняя губа
Labium posterius	Задняя губа
Canalis cervicis uteri	Канал шейки матки
Plicae palmatae	Пальмовидные складки
Glandulae cervicales	Шеечные железы (матки)
Parametrium	Околوماتочная клетчатка (параметрий)
Tunica serosa (perimetrium)	Серозная оболочка (периметрий)
Tela subserosa	Подсерозная основа
Tunica muscularis (miometrium)	Мышечная оболочка (миометрий)
Tunica mucosa (endometrium)	Слизистая оболочка (эндометрий)
Glandulae uterinae	Маточные железы
Musculus rectouterinus	Прямокишечно-маточная мышца
Ligamentum teres uteri	Круглая связка матки
Ligamentum latum uteri	Широкая связка матки
Plica vesico-uterina	Пузырно-маточная складка
<i>Ovarium</i>	Яичник
Hilus ovarii	Ворота яичника
Facies medialis	Медиальная поверхность
Facies lateralis	Боковая поверхность
Margo liber	Свободный край
Margo mesovaricus	Брыжеечно-яичниковый край
Extremitas tubaria	Трубный конец
Extremitas uterina	Маточный конец
Ligamentum ovarii proprium	Собственная связка яичника
Ligamentum suspensorium ovarii s. infundibulopelvicum	Связка, подвешивающая яичник, или воронкотазовая связка
Mesovarium	Брыжейка яичника
<i>Epoophoron</i>	Придаток яичника
Ductus epoophorilongitudinalis	Продольный проток придатка яичника
Ductuli trasversi	Поперечные проточки
Appendices vesiculosae	Пузырчатые привески

Paroophoron	Околояичник
Ligamentum sacrouterinum	Крестцово-маточная связка
Ligamentum cardinale	Основная связка
Ligamentum pubovesicale	Связка от мочевого пузыря к симфизу
Ligamentum vesicouterinum	Пузырно-маточная связка

2.5. КРОВОСНАБЖЕНИЕ И ИННЕРВАЦИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

<i>Arteria iliaca interna s. hypogastrica</i>	Внутренняя подвздошная артерия
<i>Arteria uterina</i>	Маточная артерия
Arteria ovarica	Яичниковая артерия
Arteria renalis	Почечная артерия
Arteria rectalis media	Средняя прямокишечная артерия
Arteria pudenda interna	Внутренняя половая артерия
Arteria rectalis inferior	Нижняя прямокишечная артерия
<i>Arteria vesicalis inferior</i>	Нижняя пузырная артерия
Arteria perinealis	Промежностная артерия
Arteria profunda clitoridis	Глубокая артерия клитора
Arteria pudenda externa	Наружная половая артерия
Venae uterinae	Маточные вены
Plexus venosus uterinus	Маточное венозное сплетение
Plexus venosus vaginalis	Влагалищное венозное сплетение
Venae profundae clitoridis	Глубокие вены клитора
Venae pudendae externae	Наружные половые вены
Plexus hypogastricus inferior	Нижнее подчревное сплетение
nn. splanchnici pelvini	Чревные тазовые нервы (парасимпатические)
nn. ilioingvinalis	Подвздошно-паховые нервы
nn. genitofemoralis	Бедренно-половые нервы
Plexus coeliacus	Солнечное сплетение
Plexus ovaricus	Яичниковое сплетение

3. ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ АКУШЕРСТВО

3.1. ОПЛОДОТВОРЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ПЛОДНОГО ЯЙЦА

Spermatozoidis	Сперматозоид – мужская половая клетка
Oocytis	Ооцит – женская половая клетка
Capacitatio	Капацитация
Implantatio	Имплантация

Gastrulatio	Гастрюляция
Placentatio	Плацентация (формирование плаценты)
Embryogenesis	Эмбриогенез
Blastogenesis	Бластогенез
Periodus foetalis	Плодный (фетальный) период
Fertilizatio s. copulatio s. conjugatio	Фертилизация (копуляция, конъюгация)
Zygota	Оплодотворенная яйцеклетка
Morula	Начальная стадия дробления зиготы
Blastula	Бластула
Embryoblastus	Эмбриобласт
Trophoblastus	Трофобласт
Membrana decidua	Децидуальная оболочка матки
Decidua basalis s. serotina	Базальная часть децидуальной оболочки
Decidua capsularis s. reflexa	Капсулярная часть децидуальной оболочки
Decidua parietalis s. vera	Пристеночная часть децидуальной оболочки (истинная)
Endoderma	Внутренний зародышевый листок
Mesoderma	Средний зародышевый листок
Ectoderma	Наружный зародышевый листок
Membranae fetalis	Плодные оболочки
Chorion	Ворсинчатая оболочка плодного яйца
Chorion laeve	Гладкий хорион
Chorion frondosum	Ворсинчатый хорион
Villi primaria	Первичные ворсины хориона
Villi secundaria	Вторичные ворсины хориона
Villi ancorales	Якорные ворсины хориона
Amnion	Водная оболочка плодного яйца
Liquor amnioniticus	Околоплодная жидкость
Placenta	Детское место
Placenta materna	Материнская часть плаценты
Placenta fetalis	Плодовая часть плаценты
Cotyledones placentae	Дольки плаценты
Septa placentae	Перегородки между дольками плаценты
Spatium placentae intervillosum	Межворсинчатое пространство плаценты
Funiculus umbilicalis	Пупочный канатик (пуповина)

3.2. ФИЗИОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Graviditata (gravida)	Беременная
Graviditas matura	Беременность доношенная
Primigravida	Первобеременная
Multigravida	Повторнобеременная

<i>Striae gravidarum</i>	Полосы беременных
Chloasma	Пигментное пятно
Chloasmata uterina	Пигментные пятна при беременности
Linea fusca (nigra)	Черная линия
Areola	Площадка, кружочек
Areola umbilicalis	Пигментация вокруг пупка
Colostrum	Молозиво
Corpuscula colostri	Молозивные тельца

3.3. ПЛОД КАК ОБЪЕКТ РОДОВ

Foetus	Плод
Sutura sagittalis	Стреловидный шов
Sutura frontalis	Лобный шов
Sutura lambdoidea	Затылочный шов
Sutura coronaria	Венечный шов
Bregma	Большой родничок
Lambda	Малый родничок
Diameter suboccipito-bregmaticus	Малый косой размер
Diameter suboccipito-frontalis	Средний косой размер
Diameter mento-occipitalis	Большой косой размер
Diameter fronto- occipitalis	Прямой размер
Diameter hylobregmaticus	Вертикальный размер
Diameter biparietalis	Большой поперечный размер
Diameter bitemporalis	Малый поперечный размер
Vertex capitis	Макушка
Glabella	Надпереносье
Distantia biacromialis	Поперечный размер плечиков
Distantia bisiliacus	Поперечный размер ягодиц
Linea facialis	Лицевая линия
Linea intertrochanterica	Межвертельная линия
Habitus foetus	Членорасположение плода
Habitus foetus flexus	Согнутое членорасположение плода
Habitus foetus deflexus s.extensus	Разогнутое членорасположение плода
Situs foetus	Положение плода
Situs foetus longitudinalis	Продольное положение плода
Situs foetus transversus	Поперечное положение плода
Situs foetus obliquus	Косое положение плода
Positio foetus	Позиция плода
Positio prima	Первая позиция – спинка плода обращена влево

Positio secunda	Вторая позиция – спинка плода обращена вправо
Visus	Вид позиции – отношение спинки плода к передней или задней стенке матки
Positio foetus dorsoanterior	Положение плода спинкой вперед, передний вид
Positio foetus dorsoposterior	Положение плода спинкой назад, задний вид
Praesentatio	Предлежание плода
Pars praevia	Предлежащая часть
Praesentatio capitis	Головное предлежание плода
Praesentatio occipitalis	Затылочное предлежание плода
Praesentatio cephaloanterior	Переднеголовное предлежание плода
Praesentatio parietoanterior	Переднетеменное предлежание плода
Praesentatio faciei	Лицевое предлежание плода
Praesentatio frontis	Лобное предлежание плода
Praesentatio pelvis	Тазовое предлежание плода
Praesentatio natium	Ягодичное предлежание плода
Praesentatio pedis	Ножное предлежание плода
Praesentatio genus	Коленное предлежание плода

3.4. ФИЗИОЛОГИЯ РОДОВ

Partus	Роды
Partus maturus normalis	Срочные роды
Partus per viae naturalis	Роды через естественные родовые пути
Parturiens	Роженица
Primipara	Первородящая
Multipara	Повторнородящая
Viae partus	Родовые пути
Segmentum inferius uteri	Нижний сегмент матки
Exploratio digitalis parturientis	Пальцевое исследование роженицы
Exploratio per vaginum	Влагалищное исследование
Vesica foetalis	Плодный пузырь
Periodus praeparans	Подготовительный период родов
Dolores ad partum	Родовые схватки
Labores parturientium	Потуги
Dolores dolorifici	Болезненные схватки
Partus indolens	Безболезненные роды
Retractio uteri	Взаимное смещение мышечных волокон тела матки
Contractio uteri	Сокращение мышечных волокон матки

Distractio uteri	Растяжение циркуляторных мышц нижнего сегмента
Stadium incrementi	Стадия нарастания схватки
Stadium acmes	Стадия наибольшего развития схватки
Stadium decrementi	Стадия ослабления схватки
Tensio intrauterina	Внутриматочное давление, давление в полости матки при беременности
Diruptio velamentorum ovi s. amniotomia	Вскрытие плодного пузыря
Effluvium liquoris amnii	Отхождение околоплодных вод
Caput fixatum ad pelvim	Головка, прижатая к тазу
Institutio capitis	Вставление головки
Segmentum capitis minus	Малый сегмент головки
Segmentum capitis majus	Большой сегмент головки
Flexio capitis	Сгибание головки плода
Descentio capitis	Продвижение головки
Rotatio capitis interna	Внутренний поворот головки
Punctum fixum	Точка фиксации
Deflexio capitis	Разгибание головки
Rotatio trunci interna	Внутренний поворот плечиков
Rotatio capitis externa	Наружный поворот головки
Expulsio foetus	Изгнание плода
Placenta s. secundinae	Плацента (послед)

3.5. ФИЗИОЛОГИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Puerperium	Послеродовый период
Involutio genitalis	Инволюция (обратное развитие) половых органов
Involutio uteri	Инволюция матки
Lochia	Лохии (послеродовые выделения из матки)
Lochia cruenta s. rubra	Лохии кровавые или красные
Lochia fusca	Лохии темные
Lochia flava	Лохии желтые
Lochia serosa	Лохии серозные
Lochia alba	Лохии белые
Hyperplasia glandularum mammae	Гиперплазия молочных желез
Hypertrophia glandularum mammae	Гипертрофия молочных желез
Lac	Молоко
Lac muliebre	Молоко грудное
Lac maturum	Молоко грудное зрелое
Lac transitorum	Молоко грудное переходное
Lactatio	Лактация

3.6. ФИЗИОЛОГИЯ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЁННОСТИ

Neonatus	Новорожденный
Gemelli s. genimi	Близнецы
Vernix caseosa	Сыровидная смазка
Lanugo	Пушок
Erythema neonatorum	Физиологический катар кожи новорожденных
Erythema toxicum	Токсическая эритема
Intertrigo	Опрелость
Sudamina rubra	Потница, мелкоточечная красная сыпь
Naevi vasculosi neonatorum	Сосудистые пятна у новорожденных
Miliaria	Просовидная сыпь
Caput succedaneum	Головная опухоль (родовая опухоль)
Icterus neonatorum	Физиологическая желтуха новорожденных

4. ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ АКУШЕРСТВО

4.1. ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

4.1.1. РАННИЙ ТОКСИКОЗ

Toxicosis gravidarum praesox	Ранний токсикоз беременных
Vomitus matutinus gravidarum	Утренняя рвота беременных
Emesis gravidarum	Утренняя рвота беременных
Hyperemesis gravidarum	Чрезмерная рвота беременных
Ptyalismus	Слюнотечение
Asthma bronchialis gravidarum	Бронхиальная астма беременных
Atrophia hepatis flava acuta	Острая желтая атрофия печени
Chorea gravidarum	Хорея беременных
Tetania gravidarum	Тетания беременных
Herpes gravidarum	Герпес беременных
Impetigo herpetiformis	Герпетиформное импетиго
Eczema gravidarum	Экзема беременных
Osteomalacia gravidarum	Остеомаляция, размягчение костей беременных
Pruritus gravidarum	Зуд кожи при беременности
Urticaria gravidarum	Крапивница беременных

4.1.2. ГЕСТОЗ

Hydrops gravidarum	Водянка беременных
Nephropatia gravidarum	Нефропатия беременных
Hypertonia gravidarum	Гипертония беременных
Praeclampsia	Преэклампсия
Eclampsia	Судорожная форма гестоза
Eclampsia gravidarum	Эклампсия беременной
Eclampsia parturientium	Эклампсия роженицы

<i>Eclampsia puerperalis</i>	Эклампсия послеродовая
<i>Eclampsia praecox</i>	Ранняя эклампсия
<i>Eclampsia tarda</i>	Поздняя эклампсия
<i>Eclampsia repetita</i>	Повторная эклампсия (при новой беременности)
<i>Eclampsia recurrens seu recidiva</i>	Рецидивирующая, возвратная эклампсия (при той же беременности)
<i>Eclampsia cryptica s. sine convulsione</i>	Эклампсия без судорог
<i>Status eclampticus</i>	Экламптический статус

4.1.3. НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

<i>Abortus spontaneus</i>	Самопроизвольный аборт
<i>Abortus habitualis</i>	Повторный самопроизвольный аборт (привычный выкидыш)
<i>Abortus imminens</i>	Угрожающий аборт
<i>Abortus incipiens</i>	Начавшийся аборт
<i>Abortus progrediens</i>	Аборт в ходу (прогрессирующий аборт)
<i>Abortus incompletus</i>	Неполный аборт
<i>Abortus completus</i>	Полный аборт
<i>Abortus tardus</i>	Аборт поздний
<i>Abortus praecox</i>	Аборт ранний
<i>Missed abortion</i>	Несостоявшийся аборт
<i>Insufficiencia isthmicocervicalis</i>	Истмико-цервикальная недостаточность
<i>Partus praematurus</i>	Преждевременные роды
<i>Graviditas protracta</i>	Переношенная беременность
<i>Partus serotinus</i>	Запоздалые роды
<i>Foetus supermaturus</i>	Переношенный плод
<i>Foetus maceratus</i>	Плод мацерированный

4.1.4. ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

<i>Graviditas ectopica s. extrauterina</i>	Эктопическая или внематочная беременность
<i>Graviditas ovarica</i>	Беременность яичниковая
<i>Graviditas in cornu rudimentario uteri</i>	Беременность в рудиментарном роге матки
<i>Graviditas cervicalis</i>	Шеечная беременность
<i>Graviditas abdominalis</i>	Брюшная беременность
<i>Graviditas abdominalis secundaria</i>	Вторичная брюшная беременность
<i>Graviditas tubaria</i>	Трубная беременность
<i>Graviditas tubaria progressiva</i>	Прогрессирующая трубная беременность

Graviditas tubaria interstitialis	Беременность в интерстициальной части трубы
Graviditas tubaria isthmica	Беременность в истмическом отделе трубы
Graviditas tubaria ampullaris	Беременность в ампулярной части трубы
Graviditas infundibularis	Беременность в воронке трубы
Graviditas fimbrica	Бахромковая беременность
Mola tubaria	Трубный занос
Abortus tubaris	Трубный выкидыш
Ruptura tubae gravidae	Разрыв беременной трубы
Graviditas tubaria intraligamentaris	Внутрисвязочная беременность
Salpingokelyphoectomy	Сальпингокелифоэктомия (удаление трубы с плодместилищем)
Haematoma peritubarium	Перитубарная (околотрубная) гематома
Haematoma retrouterinum	Заматочная гематома
Haematoma ligamenti lati	Гематома широкой связки
Haematomasalpinx	Скопление крови в трубе
Lithopaedion	Окаменелый плод

4.1.5. ТРОФОБЛАСТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Mola hydatidosa	Пузырный занос
Mola hydatidosa invasiva	Инвазивный пузырный занос
Mola hydatidosa destruens	Разрушающий пузырный занос
Mola hydatidosa partialis	Частичный пузырный занос
Mola hydatidosa totalis	Полный пузырный занос
Mola hydatidosa benigna	Доброкачественный пузырный занос
Mola hydatidosa maligna	Пузырный занос злокачественный
Choriocarcinoma	Хориокарцинома

4.1.6. ВНУТРИУТРОБНАЯ ГИПОКСИЯ ПЛОДА

Insufficiencia foetoplacentaris	Фетоплацентарная недостаточность
Hypoxia prenatalis (intrauterina)	Внутриутробная гипоксия плода
Hypoxia foetus acuta	Острая гипоксия плода
Hypoxia foetus chronica	Хроническая гипоксия плода
Hypotrophia foetus	Гипотрофия плода
Hypotrophia foetus asymmetrica	Гипотрофия плода асимметричная
Hypotrophia foetus symmetrica	Гипотрофия плода симметричная
Funiculus umbilicalis brevis	Короткая пуповина

Funiculus umbilicalis longus	Длинная пуповина
Torsio funiculi umbilicalis	Перекручивание пуповины
Praesentatio funiculi umbilicalis	Предлежание пуповины
Prolapsus funiculi umbilicalis	Выпадение пуповины
Circumvolutio umbilicalis circa cervicum foetus	Обвитие пуповины вокруг шеи плода
Rupture vasa praevia	Разрыв пуповинных сосудов
Oligohydramnion	Маловодие
Polyhydramnion	Многоводие

4.1.7. МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Graviditas bigeminalis	Двуплодная беременность
Graviditas multifetalis	Многоплодная беременность
Graviditas monochoriotic monoamniotic	Монохориальная моноамниотическая двойня
Graviditas monochoriotic biamniotic	Монохориальная биамниотическая двойня
Graviditas bichoriotic monoamniotic	Бихориальная моноамниотическая двойня
Graviditas bichoriotic biamniotic	Бихориальная биамниотическая двойня

4.2. ПАТОЛОГИЯ РОДОВ

4.2.1. АНОМАЛИИ РОДОВЫХ СИЛ

Dolores debiles	Слабость родовой деятельности
Dolores debiles primaria	Первичная слабость родовой деятельности
Dolores debiles secundaria	Вторичная слабость родовой деятельности
Inertia uteri	Инертность, вялость матки
Hyperdynamia uteri	Чрезмерно сильная родо­вая деятельность
Dyscoordinatio uteri	Дискоординация матки
Tetanus uteri	Судорожные схватки
Strictura uteri spasmodica	Спазм внутреннего зева
Trismus orificii externi colli uteri	Спастическое сокращение наружного зева шейки матки
Contractiones fibrillares	Фибриллярные сокращения
Contractiones amplitudinis	Сокращения высокой частоты
Partus praecipitatus	Быстрые, стремительные, внезапные роды

4.2.2. УЗКИЙ ТАЗ

<i>Pelvis justo minor s. pelvis angusta</i>	Таз узкий (анатомически)
<i>Cephalopelvic disproportion</i>	Клинически узкий таз
<i>Pelvis transversoangusta</i>	Поперечносуженный таз
<i>Pelvis aequabiliter justo minor</i>	Общеравномерносуженный таз
<i>Pelvis plana simplex</i>	Простой плоский таз
<i>Pelvis plana rachitica</i>	Плоский рахитический таз
<i>Pelvis nimis parva et plana</i>	Общесуженный плоский таз
<i>Pelvis infundibuliformis</i>	Воронкообразный таз
<i>Pelvis nana</i>	Таз карлицы
<i>Pelvis kyphotica</i>	Кифотический таз
<i>Pelvis obliqua</i>	Кососуженный таз
<i>Pelvis obliqua scoliotica</i>	Кососмещенный сколиотический таз
<i>Pelvis obliqua coxalgica</i>	Косой коксалгический таз
<i>Pelvis spondylolisthetica</i>	Спондилолистетический суженный таз
<i>Pelvis obtecta</i>	Закрытый таз
<i>Pelvis spinosa</i>	Остистый таз
<i>Pelvis transversoangusta</i>	Поперечносуженный таз
<i>Pelvis osteomalacia</i>	Остеомалятический таз
<i>Pelvis fissa</i>	Расщепленный таз
<i>Pelvis infantilis</i>	Детский (инфантильный) таз

4.2.3. РОДОВОЙ ТРАВМАТИЗМ МАТЕРИ

<i>Laesio s. trauma</i>	Повреждение
<i>Ruptura perinei gradus primi</i>	Разрыв промежности I степени
<i>Ruptura perinei gradus secundi</i>	Разрыв промежности II степени
<i>Ruptura perinei gradus tertii</i>	Разрыв промежности III степени
<i>Perineorrhaphia</i>	Наложение швов на промежность
<i>Ruptura vaginae</i>	Разрыв стенки влагалища
<i>Colporrhaphia</i>	Наложение швов на влагалище
<i>Haematoma vaginae</i>	Гематома влагалища
<i>Incarceratio labii anterioris cervicis</i>	Ущемление передней губы шейки матки
<i>Incarceratio labii posterioris cervicis</i>	Ущемление задней губы шейки матки
<i>Ruptura cervicis uteri gradus primi</i>	Разрыв шейки матки I степени
<i>Ruptura cervicis uteri gradus secundi</i>	Разрыв шейки матки II степени
<i>Ruptura cervicis uteri gradus tertii</i>	Разрыв шейки матки III степени
<i>Cervicorrhaphia</i>	Наложение швов на шейку матки
<i>Ruptura uteri</i>	Разрыв матки
<i>Ruptura uteri spontanea</i>	Самопроизвольный разрыв матки
<i>Ruptura uteri violenta</i>	Насильственный разрыв матки
<i>Ruptura uteri completa</i>	Полный разрыв матки

Ruptura uteri incompleta	Неполный разрыв матки
Colporrexis	Отрыв матки от влагалищных сводов
Ruptura uteri imminens	Угрожающий разрыв матки
Ruptura uteri incipiens	Начинающийся разрыв матки
Usura uteri	Узура, разможнение тканей матки
Inversio uteri	Выворот матки
Fistula urethrovaginalis	Уретро-влагалищный свищ
Fistula urethrovesicovaginalis	Уретро-пузырно-влагалищный свищ
Fistula vesicovaginalis	Пузырно-влагалищный свищ
Fistula vesicocervicalis	Пузырно-шеечный свищ
Fistula vesicouterina	Пузырно-маточный свищ
Fistula uterovaginalis	Мочеточниково-влагалищный свищ
Fistula uterocervicovaginalis	Мочеточниково-шеечно-влагалищный свищ
Fistula ureterouterina	Мочеточниково-маточный свищ
Fistula rectovaginalis	Прямокишечно-влагалищный свищ
Fistula rectoperinealis	Прямокишечно-промежностный свищ

4.2.4. АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Mola hydatidosa	Пузырный занос
Abortus spontaneus	Самопроизвольный аборт
Graviditas ectopica s. extrauterina	Эктопическая или внематочная беременность
Placenta praevia	Предлежание плаценты
Placenta praevia centralis s. totalis	Центральное (полное) предлежание плаценты
Placenta praevia partialis	Частичное предлежание плаценты
Placenta praevia lateralis	Боковое предлежание плаценты
Placenta praevia marginalis	Краевое предлежание плаценты
Rupture sinus marginalis	Разрыв бокового синуса
Ablatio placentae praematura	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
Apoplexia uteroplacentalis	Апоплексия маточно-плацентарная (матка Кувелера)
Ruptura vasa praevia	Разрыв пуповинных сосудов
Incarceratio placentae	Ущемление плаценты
Expressio placentae modo Abuladse, Henter, Krede	Выжимание плаценты по методу Абуладзе, Гентера, Креде
Placenta adhaerens	Плотное прикрепление плаценты
Placenta adhaerens partialis	Частичное плотное прикрепление плаценты

Placenta adhaerens totalis	Полное плотное прикрепление плаценты
Placenta accreta	Приращение плаценты
Placenta accreta totalis	Полное приращение плаценты
Placenta accreta partialis	Частичное приращение плаценты
Placenta accreta cervicalis	Шеечное приращение плаценты
Placenta increta	Вросшая плацента
Placenta percreata	Проросшая плацента
Defectus lobi placentae	Дефект дольки плаценты
Residua placentae s. retentio secundinarum	Остатки плаценты
Hypotonia uteri	Гипотония матки
Atonia uteri	Атония матки
Separatio et extractio placentae manualis	Отделение и извлечение плаценты рукой
Retentio velamentorum ovi	Задержка оболочек
Revisio cavi uteri manualis	Ревизия полости матки рукой
Revisio cavi uteri instrumentalis	Ревизия полости матки с помощью инструментов
Inversio uteri	Выворот матки
Syndromum coagulopathicum	Коагулопатический синдром

4.2.5. ПАТОЛОГИЯ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЁННОСТИ

Neonatus	Новорожденный
Neonatus immaturus	Недоношенный новорожденный
Neonatus supermaturus	Переношенный новорожденный
Cephalhaematoma	Кефалогематома
Asphyxia neonatorum	Асфиксия новорожденного
Asphyxia neonatorum secundaria	Асфиксия новорожденного вторичная
Asphyxia neonatorum pallida	Асфиксия новорожденного белая
Asphyxia neonatorum livida	Асфиксия новорожденного синяя
Vivificatio neonati	Оживление новорождённого
Icterus neonatorum gravis	Тяжелая желтуха новорожденных при эритробластозе плода
Icterus prolongatus	Затянувшаяся желтуха
Anaemia congenita neonatorum sine ictero et oedemate	Врожденная анемия новорожденных без желтухи и отека
Anaemia congenita neonatorum cum ictero gravi	Врожденная анемия новорожденных с тяжелой желтухой
Anaemia congenita neonatorum cum oedemate seu hydrope	Врожденная анемия новорожденных с отеком или водянкой

Splenomegalia	Спленомегалия, увеличение селезенки
Stomatomycosis s. Soor	Стоматомикоз или молочница, болезнь рта у новорожденных
Melaena neonatorum	Мелена (дегтеобразный стул новорожденных)
Melaena vera	Истинная мелена (вследствие кровотечения в желудочно-кишечный канал)
Melaena spuria	Ложная мелена (вследствие заглатывания крови, например, из трещин грудных сосков матери)
Enteritis epidemica neonatorum	Эпидемический энтерит у новорожденных (токсико-септический синдром)
Pyodermia	Пиодермия (гнойничковое заболевание кожи)
Vesiculopustulosis	Везикулопустулез
Hidradenitis suppurativa	Суппуративный гидраденит (абсцесс потовых желез)
Pemphigus neonatorum contagiosus	Пемфигус новорожденных

4.2.6. ВРОЖДЁННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Gametopathia	Гаметопатия
Blastopathia	Бластопатия
Embryopathia	Эмбриопатия
Fetopathia	Фетопатия
Monstrositas foetus (neonati)	Уродства плода (новорожденного)
Aplasia cutis et subcutis congenita	Врожденная аплазия кожи и подкожной клетчатки
Teleangiectasia	Стойкое расширение капилляров, сосудистая опухоль в форме пятна или полосы
Angioma	Сосудистая опухоль
Elephanthiasis congenita	Врожденная слоновость
Pes varus congenitus	Врожденная косолапость
Luxatio coxae congenita	Врожденный вывих тазобедренного сустава
Amelia	Врожденное отсутствие конечностей, амелия
Micromelia	Недостаточное развитие конечностей
Oligodactylia	Недостаток пальцев

Caput obstipum congenitum	Кривошея врожденная
Anencephalia	Отсутствие головного мозга
Hydrocephalia congenita	Врожденная водянка головного мозга
Spina bifida	Врожденное расщепление позвоночника
Stridor congenitus	Врожденный стридор
Labium leporium	Заячья губа
Faux lupina	Волчья пасть
Atresia oesophagi	Атрезия пищевода
Stenosis oesophagi	Сужение пищевода
Pylorostenosis	Пилоростеноз, сужение привратника желудка
Pylorospasmus	Пилороспазм, спазм привратника желудка
Atresia ani	Отсутствие заднего прохода
Atresia anorectalis	Атрезия прямой кишки и заднего прохода
Hernia diaphragmalis congenita	Врожденная диафрагмальная грыжа
Hernia umbilicalis	Пупочная грыжа
Hernia lineae albae	Грыжа белой линии живота
Hernia inguinalis	Паховая грыжа

4.2.7. ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ (инвазивные методы)

Amniocentesis	Амниоцентез
Amniocentesis vaginalis	Амниоцентез влагалищный
Amniocentesis transabdominalis	Амниоцентез трансабдоминальный
Amniocentesis transcervicalis	Амниоцентез трансцервикальный
Placentocentesis	Плацентоцентез
Kordocentesis	Кордоцентез
Chorionbiopsia	Биопсия хориона
Foetoscopia	Фетоскопия

4.3. ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО

Abortus artificialis	Искусственный аборт
Separatio et extractio placentae manualis	Ручное отделение и выделение плаценты
Examinatio uteri manualis	Ручное обследование матки
Repositio funiculi umbilicalis	Вправление выпавшей пуповины
Versio obstetrica classica in pedem	Акушерский поворот классический
Versio foetus externa	Поворот плода наружный
Extractio foetus pedibus praevis	Извлечение плода за ножки

Продолжение таблицы

Extractio foetus clunibus praevis	Извлечение плода при ягодичных предлежаниях
Deductio pedis	Профилактическое низведение ножки
Forceps obstetrica	Акушерские щипцы
Forceps minor	Щипцы выходные
Forceps media	Щипцы полостные
Applicatio forcipis obstetricae	Операция наложения акушерских щипцов
Applicatio forcipis portae inferioris pelvis	Операция наложения выходных щипцов
Applicatio forcipis cavi pelvis	Операция наложения полостных щипцов
Applicatio forcipis altae	Операция наложения высоких щипцов
Applicatio forcipis atypicae	Операция наложения атипичных щипцов
Amniotomia	Амниотомия, вскрытие плодного пузыря
Abrasio cavi uteri	Выскабливание полости матки
Perineotomia mediana	Перинеотомия срединная
Perineorrhaphia	Сшивание промежности
Episiotomia	Эпизиотомия
Episiorrhaphia	Ушивание промежности
Embryotomia	Эмбриотомия, оперативное рассечение тела мертвого плода во время родов
Perforatio capitis	Перфорация (прободение) головки плода
Craniotomia	Краниотомия
Excerebratio	Эксцеребрация (удаление) мозга
Cranioclasia	Краниоклазия – извлечение плода с перфорированной головкой
Decapitatio	Декапитация, отделение головки от туловища в области шейных позвонков
Spondylotomia	Спондилотомия, рассечение плода посередине позвоночника
Evisceratio	Эвисцерация, удаление внутренностей плода
Cleidotomia	Клейдотомия – рассечение ключицы плода
Sectio caesarea	Кесарево сечение
Sectio caesarea magna	Кесарево сечение большое

Окончание таблицы

Sectio caesarea minor	Кесарево сечение малое
Sectio caesarea abdominalis	Кесарево сечение абдоминальное
Sectio caesarea classica	Кесарево сечение классическое (корпоральное)
Sectio caesarea isthmicocorporalis	Кесарево сечение истмико- корпоральное
Sectio caesarea retrovesicalis	Кесарево сечение ретровезикальное
Sectio caesarea extraperitonealis	Кесарево сечение внебрюшинное
Sectio caesarea vaginalis	Кесарево сечение влагалищное
Amputatio uteri supravaginalis	Надвлагалищная ампутация матки
Extirpatio uteri	Экстирпация, удаление матки



II. Ситуационные задачи по акушерству

1. РАННИЙ ТОКСИКОЗ БЕРЕМЕННЫХ И ГЕСТОЗ



Задача № 1

В женскую консультацию обратилась пациентка 23 лет. Жалобы на задержку менструации на два месяца, тошноту, рвоту до 6–7 раз в сутки, слабость, снижение работоспособности. В анамнезе abortus artificialis.

Объективно: рост 166 см, вес 54 кг. Кожа сухая, чистая, бледная. Пульс 86 ударов в минуту, АД 95/60 мм ртутного столба. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены.

Per vaginam: влагалище нерожавшей, шейка матки цилиндрическая, зев закрыт. Матка увеличена до 7–8 недель беременности, тестоватой консистенции, безболезненная. Придатки матки не увеличены. В зеркалах: шейка матки визуально не изменена. Бели молочного цвета.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ЗАБОЛЕВАНИЯ, С КОТОРЫМИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ EMESIS GRAVIDARUM

- 1) гепатит
- 2) пищевая токсикоинфекция
- 3) гастрит
- 4) желчнокаменная болезнь

2. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ EMESIS GRAVIDARUM

- 1) воздействие на центральную нервную систему
- 2) устранение обезвоживания
- 3) применение десенсибилизирующих средств
- 4) наблюдение без лечения

3. ВОПРОС О ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ EMESIS GRAVIDARUM СТАВИТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ СЛУЧАЯХ

- 1) нарастание ацетона в моче
- 2) желтушное окрашивание склер и кожи
- 3) непрекращающаяся рвота
- 4) согласие пациентки



Задача № 2

На учете в женской консультации находится первобеременная 21 года. Graviditas 36 недель. Консультацию посещает регулярно. В течение последних 7 дней отмечает жажду, отеки ног. К концу дня отеки значительные, утром уменьшаются, но не исчезают.

Объективно: рост 162 см, вес 76 кг. Прибавка веса за 10 дней 1200 граммов. АД 110/70, 115/70 мм ртутного столба, пульс 76 ударов в минуту. На передней брюшной стенке у беременной женщины остаётся «след» от акушерского стетоскопа. На голенях умеренные отеки.

Матка вне тонуса, соответствует сроку гестации. Situs longitudinalis, praesentatio capitis, visus anterior, positio prima. Сердцебиение плода выслушивается слева ниже пупка, 136 ударов в минуту, ритмичное.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА ГЕСТОЗА В ДАННОМ СЛУЧАЕ

- 1) nephropathia gravidarum
- 2) hydrops gravidarum I gr
- 3) hydrops gravidarum II gr
- 4) praeeclampsia

2. ПО СТАНДАРТУ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

- 1) белковую бессолевую диету
- 2) разгрузочные дни
- 3) растительные мочегонные средства
- 4) петлевые диуретики

3. БЕРЕМЕННУЮ НЕОБХОДИМО ГОСПИТАЛИЗИРОВАТЬ ПРИ

- 1) нарастании отеков на фоне лечения
- 2) повышении АД
- 3) необходимости проведения инфузионной онко-осмотерапии
- 4) ухудшении зрения



Задача № 3

В дородовое отделение поступила первобеременная 17 лет с жалобами на жажду, плохой сон, отеки ног в течение 1–2 недель. Graviditas 34–35 недель

Объективно: рост 158 см, вес 70 кг. Пульс 74 удара в минуту, АД 140/90, 140/85 мм ртутного столба. Головной боли нет, зрение ясное. На голенях у беременной имеются отеки. Анализ мочи: белка нет, единичные лейкоциты в поле зрения, клетки плоского эпителия.

Матка увеличена соответственно сроку гестации. Situs longitudinalis, praesentatio capitis, visus anterior, positio secunda. Сердцебиение плода выслушивается справа ниже пупка, ритмичное, 136 ударов в минуту.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ГЕСТОЗА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ВЫРАЖЕННОСТИ СЛЕДУЮЩИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

- 1) hydrops gravidarum
- 2) hypertensia
- 3) proteinuria
- 4) hypotrophia foeti

2. ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БЕРЕМЕННОЙ С ГЕСТОЗОМ В ДАННОМ СЛУЧАЕ

- 1) третий триместр беременности
- 2) юный возраст беременной
- 3) наличие субъективных симптомов гестоза
- 4) длительность гестоза

3. ЛЕЧЕНИЕ ГЕСТОЗА ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) лечебно-охранительный режим
- 2) гипотензивную терапию по индивидуальному подбору
- 3) диету, богатую полноценными белками
- 4) диуретические средства



Задача № 4

В родильный дом машиной «скорой помощи» доставлена беременная 25 лет. Graviditas 35 недель. Жалобы на жажду, плохой сон, в течение двух дней беспокоит головная боль, тошнота. Ухудшение состояния наступило 2 недели назад. От предложенной врачом женской консультации госпитализации женщина отказалась в связи с переездом на другую квартиру.

Объективно: рост 163 см, вес 78 кг. Кожа чистая, бледная, отмечается одутловатость лица. Пульс 96 ударов в минуту, АД 160/110, 175/120 мм ртутного столба. На передней брюшной стенке и голенях у беременной отмечаются умеренные отеки. В моче белок 1,65 г/л.

Матка соответствует сроку 33–34 недели. Situs longitudinalis, praesentatio capitis, visus anterior, positio prima. Сердцебиение плода ритмичное, приглушено, 144–150 ударов в минуту.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ПРЕЭКЛАМПСИЮ ОТ ТЯЖЁЛОЙ ФОРМЫ НЕФРОПАТИИ ОТЛИЧАЕТ

- 1) уровень гипертензии
- 2) выраженность отеков
- 3) появление общемозговой симптоматики
- 4) степень протеинурии

2. ГИПОТЕНЗИВНЫЕ СРЕДСТВА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

- 1) селективные β - адреноблокаторы
- 2) α -2 адреномиметики
- 3) блокаторы медленных кальциевых каналов
- 4) α - и β - адреноблокаторы

3. ТАКТИКА, ПРИМЕНЯЕМАЯ ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЁЛОЙ ФОРМЫ ГЕСТОЗА

- 1) досрочное родоразрешение
- 2) увеличение количества препаратов
- 3) увеличение дозы применяемых препаратов
- 4) пролонгирование беременности до срока родов



Задача № 5

В родильный дом доставлена первобеременная 20 лет с жалобами на плохой сон, жажду, головную боль, мелькание «мушек» перед глазами. Несколько раз была рвота. Graviditas 36–37 недель.

Объективно: рост 166 см, вес 83 кг. Кожа несколько бледная, одутловатость лица, отеки ног, передней брюшной стенки. Пульс 92 удара в минуту, АД 175/115, 180/110 мм ртутного столба. Матка увеличена соответственно сроку гестации, при пальпации приходит в тонус. Положение, плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 132 удара в минуту.

Произведено исследование per vaginam: влагалище нерожавшей, шейка матки отклонена кзади, длиной до 2 см, плотной консистенции, зев закрыт. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается. После влагалищного исследования развился приступ судорог с потерей сознания.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА В ДАННОМ СЛУЧАЕ

- 1) *stimulatio uteri*
- 2) *applicatio forcepis obstetricae*
- 3) *vacuum-extractio*
- 4) *sectio caesarea*

2. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИМЕНЯЮТСЯ

- 1) диуретики
- 2) глюкокортикоиды
- 3) люмбальная пункция
- 4) ИВЛ

3. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ

- 1) отек легких
- 2) отслойка сетчатки
- 3) некроз печени
- 4) острая почечная недостаточность



Задача № 6

В родильном блоке находится первородящая 21 года. Роды начались в ожидаемый срок, продолжаются 10 часов. Схватки сильные, через 2–3 минуты, по 45 секунд. К схваткам присоединяются потуги. Беспокоит головная боль.

Объективно: рост 160 см, вес 78 кг. На передней брюшной стенке и голенях умеренные отеки. АД 160/120, 170/120 мм ртутного столба. Пульс 90 ударов в минуту. Положение плода продольное, предлежит головка, в полости малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 150 ударов в минуту, слева ниже пупка.

Per vaginam: открытие маточного зева полное, предлежит головка, расположена в плоскости узкой части малого таза, sutura sagittalis в правом косом размере, fonticulus parvus спереди.

Во время одной из потуг появились фибриллярные подергивания лица, рук, затем клонические и тонические судороги, потеря сознания. Из рта выделяется пена с примесью крови.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАЗВИТИИ СУДОРОГ И КОМЫ

- 1) охранительный режим
- 2) повернуть голову роженицы в сторону
- 3) использовать языкодержатель или шпатель
- 4) аспирация содержимого полости рта

2. ПРИЧИНЫ СМЕРТИ РОЖЕНИЦЫ ПРИ ЭКЛАМПСИИ

- 1) кровоизлияние в мозг
- 2) почечная недостаточность
- 3) дыхательная недостаточность
- 4) печеночная недостаточность

3. АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА В ДАННОМ СЛУЧАЕ

- 1) sectio caesarea
- 2) applicatio forcipis obstetricae
- 3) vacuum-extractio
- 4) craniotomia

2. АНОМАЛИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Задача № 7



В родильном зале находится первородящая 23 лет. Graviditas 40 нед. Partus maturus. Схватки начались 14 ч. назад, темп развития родовой деятельности медленный. Околоплодные воды излились 4 ч. назад, светлые.

Через 12 часов от начала родов роженице был дан медикаментозный сон. После пробуждения схватки через 5–6 мин. по 30 сек., слабые. При исследовании per vaginam обнаружено открытие маточного зева 7–8 см. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз.

С целью усиления родовой деятельности начато внутривенное капельное введение окситоцина, Через 1 ч. от начала стимуляции начались потуги через 2–3 мин. по 45 сек. Сердцебиение плода приглушено, 110 ударов в минуту, ритмичное.

Повторное исследование per vaginam: открытие шейки матки полное, предлежит головка, расположена в плоскости выхода малого таза, sutura sagittalis в прямом размере, fonticulus parvus спереди у лона. Плодного пузыря нет.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. НАРУШЕНИЕ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ИМЕЮЩЕЕ МЕСТО В ДАННОМ СЛУЧАЕ

- 1) слабость родовой деятельности
- 2) дискоординация родовой деятельности
- 3) чрезмерно сильная родовая деятельность
- 4) другие виды нарушения родовой деятельности

2. НЕОБХОДИМО ПРЕДПРИНЯТЬ СЛЕДУЮЩЕЕ

- 1) sectio caesarea
- 2) applicatio forcipis portae inferioris pelvis
- 3) vacuum-extractio
- 4) stimulatio uteri

3. УСЛОВИЯ, КОТОРЫЕ ТРЕБУЮТСЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ НАЛОЖЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ

- 1) полное раскрытие маточного зева
- 2) живой плод
- 3) соответствие размеров таза роженицы и головки плода
- 4) отсутствие плодного пузыря



Задача № 8

У первородящей 30 лет 6 ч. назад в ожидаемый срок начались роды. Схватки через 2–5 мин. по 35–40 сек., во время схваток сильные боли, больше в поясничной области. Поведение беспокойное. Беременность четвертая, в анамнезе три операции *abortus artificialis* с последующим бесплодием. В последнюю неделю плохо спала, беспокоили нерегулярные боли в поясничной области и внизу живота. Объективно: А/Д 130/80, 125/80 мм ртутного столба. Пульс 84 удара в минуту. Размеры таза нормальные. Матка при пальпации безболезненная, вне схватки полностью не расслабляется. *Situs longitudinalis, praesentatio capitis, visus anterior, positio prima*. Сердцебиение плода 150 ударов в минуту, ритмичное. Предполагаемая масса плода 3100 граммов. *Per vaginam*: влагалище нерожавшей, шейка матки укорочена до 0,5 см, края ее плотные, плохо растяжимы. Раскрытие маточного зева 3 см. Плодный пузырь цел, плоский. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. *Conjugata diagonalis* 12,5 см.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. НАРУШЕНИЕ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДАННОЙ РОЖЕНИЦЫ

- 1) *dolores debiles primaria*
- 2) *dolores debiles secundaria*
- 3) *dyscoordinatio uteri*
- 4) *hyperdynamia uteri*

2. В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДИСКООРДИНИРОВАННОЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И СЛАБОСТИ РОДОВЫХ СИЛ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) тщательное наблюдение за схватками
- 2) гистерография
- 3) ведение партограммы
- 4) фетальный кардиомонитор

3. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ РОДОВ, ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНАЯ В ДАННОМ СЛУЧАЕ

- 1) вскрытие плоского плодного пузыря
- 2) обезболивание родов
- 3) спазмолитики
- 4) кесарево сечение

Задача № 9



У роженицы 19 лет схватки начались 10 ч. назад. Беременность доношенная. В анамнезе самопроизвольный аборт в 9 недель беременности. Схватки через 5–6 мин. по 30 сек., слабые. Роженица утомлена, дремлет между схватками.

Объективно: рост 163 см, вес 65 кг. Размеры таза нормальные. АД 110/70, 115/70 мм ртутного столба. Situs longitudinalis, praesentatio capitis, visus anterior, positio prima. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту. Предполагаемая масса плода 3400 граммов.

Per vaginam: влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, края мягкие, растяжимые, открытие 4 см. Плодный пузырь цел. Головка прижата ко входу в малый таз, sutura sagittalis в правом косом размере таза, fonticulus parvus слева спереди. Мыс не достигается.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. НАЗОВИТЕ ОСЛОЖНЕНИЕ РОДОВ, КОТОРОЕ ИМЕЕТ МЕСТО В ДАННОМ СЛУЧАЕ

- 1) первичная слабость родовых сил (затяжная латентная фаза)
- 2) вторичная слабость родовых сил
- 3) нормальная родовая деятельность
- 4) дискоординированная родовая деятельность

2. КОНСЕРВАТИВНОЕ ВЕДЕНИЕ РОДОВ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) медикаментозный сон-отдых
- 2) амниотомия
- 3) утеротонические средства
- 4) спазмолитики

3. ВОЗМОЖНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

- 1) неэффективность стимуляции родовых сил
- 2) признаки гипоксии плода
- 3) затяжная фаза замедления
- 4) нормализация родовой деятельности и отсутствие признаков гипоксии плода

3. УЗКИЙ ТАЗ



Задача № 10

У роженицы 22 лет регулярная родовая деятельность в течение 7 ч., беременность доношенная. Схватки через 4 мин. по 35 сек. средней силы. Недавно отошли светлые воды.

Объективно: рост 164 см, вес 63 кг. АД 115/70, 120/75 мм ртутного столба. Размеры таза: dist. spinarum 24 см, dist. cristarum 26 см, dist. trochanterica 28 см, conjugata externa 19 см. Индекс Соловьева 1,5.

ВСДМ 35 см, ОЖ 92 см. Положение плода продольное. Предлежит головка малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное ритмичное, 136 ударов в минуту. Признак Вастена отрицательный.

Per vaginam: влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, края ее тонкие, мягкие, открытие зева 8 см. Плодного пузыря нет. Предлежит головка малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Подтекают светлые воды. Мыс не достигается.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ОСОБЕННОСТИ ПЕРВОГО МОМЕНТА БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ У ЖЕНЩИН С УЗКИМ ТАЗОМ, РАЗМЕРЫ КОТОРОГО ПРЕДСТАВЛЕНЫ В ЗАДАЧЕ

- 1) максимальное сгибание головки
- 2) выраженная конфигурация головки
- 3) длительное стояние головки в плоскости входа в малый таз
- 4) расположение стреловидного шва в косом размере плоскости входа в малый таз

2. СТЕПЕНЬ СУЖЕНИЯ ТАЗА У ДАННОЙ РОЖЕНИЦЫ

- 1) I степень
- 2) II степень
- 3) III степень
- 4) IV степень

3. ОПЕРАЦИЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПРИ СУЖЕНИИ ТАЗА I СТЕПЕНИ ЦЕЛЕСООБРАЗНА

- 1) при сочетании I степени с крупным плодом
- 2) при сочетании I степени с тазовым предлежанием
- 3) при сочетании I степени с аномалией родовой деятельности
- 4) при гипоксии плода

Задача № 11



Плановая госпитализация в дородовое отделение беременной 32 лет. Graviditas 38 недель. В анамнезе: *partus praematurus* в 35 недель, масса плода 2300 граммов, ребенок жив. Вторые роды в срок, плод массой 3500 граммов извлечен мертвым с помощью операции *craniotomia*. Настоящая беременность третья, протекала удовлетворительно.

Объективно: рост 150 см, вес 58 кг. АД 110/70, 115/70 мм ртутного столба. Размеры таза: 24–26–28–17,5 см. Индекс Соловьева 1,6. ВСДМ 36 см, ОЖ 100 см. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту.

Per vaginam: влагалище рожавшей, шейка матки плотная, длиной 2 см, отклонена кзади, зев закрыт. Предлежит головка, расположена над входом в малый таз. Мыс достигается, *conjugata diagonalis* 10 см.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ФОРМА СУЖЕНИЯ ТАЗА У ДАННОЙ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ

- 1) *pelvis plana simplex*
- 2) *pelvis aequabiliter justo minor*
- 3) *pelvis plana rachitica*
- 4) *pelvis transversoangusta*

2. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В ДАННОМ СЛУЧАЕ

- 1) анатомически узкий таз
- 2) осложненный мертворождением акушерский анамнез
- 3) желание женщины иметь живого и здорового ребенка
- 4) масса плода 3600 граммов

3. ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННОЙ К ОПЕРАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) комплексная оценка состояния плода
- 2) осмотр анестезиологом
- 3) консультация терапевта
- 4) лабораторная диагностика

4. НЕВЫНАШИВАНИЕ И ПЕРЕНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ



Задача № 12

В женскую консультацию обратилась пациентка 25 лет. Жалобы на задержку менструации в течение двух месяцев, тянущие боли внизу живота и поясничной области. В анамнезе abortus spontaneus в 7 недель беременности. Менструации с 15 лет по 2–3 дня, через 26 дней, болезненные. Соматически здорова.

Объективно: рост 168 см, вес 59 кг, АД 100/60, 105/65 мм ртутного столба.

Per vaginam: влагалище узкое, длинное. Шейка матки конической формы, плотная, зев закрыт. Матка соответствует сроку 7–8 недель беременности, тонус матки повышен. Придатки матки не пальпируются. Выделения из влагалища слизистые, белого цвета.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ

- 1) УЗИ органов малого таза
- 2) определение концентрации ХГЧ в сыворотке крови
- 3) кольпоцитологическое исследование с подсчетом кариопикнотического индекса
- 4) обследование на инфекцию

2. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ДАННОМ СЛУЧАЕ

- 1) гормонотерапия прогестероном
- 2) транексамовая кислота
- 3) спазмолитики
- 4) β -адреномиметики

3. ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО

- 1) выскабливание полости матки
- 2) направить материал (абортус) на кариотипирование
- 3) провести профилактику воспалительного процесса
- 4) выжидание и наблюдение



Задача № 13

В родовое отделение поступила беременная 34 лет. В анамнезе partus maturus плодом массой 4200 граммов, затем два abortus spontaneus в 18 и 20 недель беременности. Жалоб при поступлении не предъявляет. Соматически здорова.

Объективно: рост 163 см, вес 65 кг. АД 120/80, 115/80 мм ртутного столба. Матка соответствует сроку 14 недель беременности, тонус матки не повышен.

Per vaginam: влагалище рожавшей женщины, шейка матки длиной 1 см расположена в центре малого таза. Наружный зев размягчен, открытие 1,5 см. Внутренний зев шейки матки плотной консистенции, закрыт. Выделения светлые, в умеренном количестве.

Общий анализ крови и мочи без патологических изменений. Микроскопия мазка из влагалища: лейкоциты 8–10 в поле зрения, клетки плоского эпителия, палочки.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ПРИЧИНА УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ В ДАННОМ СЛУЧАЕ

- 1) психогенные факторы
- 2) соматические заболевания
- 3) истмико-цервикальная недостаточность
- 4) эндокринная патология беременной

2. ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) отсутствием схваткообразных болей
- 2) нормальным тонусом матки
- 3) характерными изменениями со стороны шейки матки
- 4) наличием схваткообразных болей

3. ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ИЦН ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) хирургическая коррекция
- 2) спазмолитические средства
- 3) токолитики
- 4) антибактериальная терапия

Задача № 14



В предродовой палате находится беременная 28 лет. Graviditas 34 недели. В анамнезе partus maturus и abortus artificialis. Настоящая беременность осложнилась угрозой прерывания, проводилось лечение. В последние дни ощущала тяжесть внизу живота. Около 10 часов назад начали подтекать околоплодные воды, 2 часа назад появились слабые схватки через 6–7 минут по 30 секунд.

Объективно: состояние удовлетворительное, А/Д 110/70, 120/80 мм ртутного столба. Пульс 76 ударов в минуту, температура тела 36,7°C. Матка соответствует сроку гестации, положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение ясное ритмичное, 136 ударов в минуту.

Per vaginam: влагалище рожавшей, шейка матки в центре малого таза, укорочена до 0,5 см, мягкая, открытие зева 3 см. Плодного пузыря нет, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается. Подтекают светлые воды.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. РЕКОМЕНДАЦИИ ПРИ ВЕДЕНИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

- 1) постоянное кардиомониторное наблюдение плода
- 2) профилактика гипоксии плода каждые 2 часа
- 3) при рождении должен присутствовать неонатолог
- 4) перинеотомия или эпизиотомия

2. К ПРИЗНАКАМ НЕДОНОШЕННОСТИ ПЛОДА ОТНОСЯТСЯ

- 1) масса новорожденного 2500 граммов
- 2) масса новорожденного менее 2500 граммов
- 3) рост менее 45 см
- 4) пупочное кольцо расположено ближе к лону

3. ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) клинический контроль
- 2) перкуссионный вибрационный массаж грудной клетки
- 3) экзогенный сурфактант
- 4) рентгенологический контроль легких



Задача № 15

В дородовое отделение 20 ноября поступила первобеременная 24 лет. Последняя менструация 29 января, первый пошевел плода 19 июня. Встала на учет в женской консультации 2 апреля, был определен срок беременности 8–9 недель.

Жалобы на нерегулярные ноющие боли внизу живота и поясничной области в течение 10 дней, ухудшение шевеления плода. Объективно: рост 164 см, вес 73 кг. АД 115/80, 120/80 мм ртутного столба. Отеков нет.

Размеры таза: 25–28–31–20 см. ВСДМ 39 см, ОЖ 103 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное 132 удара в минуту. Проведена кардиотахография плода: 6 баллов по шкале Фишера.

Per vaginam: влагалище нерожавшей, шейка матки отклонена кзади, длиной 2, 5 см, плотная, зев закрыт. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Conjugata diagonalis 12, 5 см.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ЗАПОЗДАЛЫХ РОДАХ

- 1) hypoxia foetus intranatalis
- 2) dolores debiles
- 3) cephalopelvic disproportion
- 4) kephalohaematoma

2. АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА В ДАННОМ СЛУЧАЕ

- 1) пролонгирование беременности до начала спонтанных схваток
- 2) лечение внутриутробной гипоксии плода
- 3) кесарево сечение
- 4) подготовка к родам и родовозбуждение

3. ПРИЗНАКИ ПЕРЕНОШЕННОСТИ У НОВОРОЖДЕННОГО

- 1) повышенная плотность костей черепа
- 2) «баннные» ладони и стопы
- 3) узость швов и родничков
- 4) отсутствие первородной смазки

5. ТАЗОВЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА



Задача № 16

В родильный дом поступила первородящая 34 лет. Жалобы на короткие нерегулярные боли внизу живота в течение 10 часов. Беременность протекала удовлетворительно. Соматически здорова. Graviditas 40 недель.

Объективно: рост 164 см, вес 67 кг. АД 120/80, 115/80 мм ртутного столба. Пульс 78 ударов в минуту. Размеры таза: 25–28–31–21 см. Высота стояния дна матки 39 см, окружность живота 98 см. Situs longitudinalis, praesentatio pelvis, positio prima, visus anterior. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту, прослушивается выше пупка. Per vaginam: влагалище нерожавшей, шейка матки укорочена, мягкая, наружный зев пропускает кончик пальца, плодный пузырь цел. Предлежат ягодицы. Мыс не достигается. Деформаций таза нет.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ПРИ РОДАХ В ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ ВОЗМОЖНО

- 1) преждевременное излитие околоплодных вод
- 2) выпадение пуповины
- 3) гипоксия плода
- 4) запрокидывание ручек плода

2. ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ВЫСОКУЮ СТЕПЕНЬ РИСКА РОДОВ

- 1) тазовое предлежание
- 2) первородящая старше 30 лет
- 3) предполагаемая масса плода более 3600 граммов
- 4) патологический прелиминарный период

3. АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА, ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНАЯ В ДАННОМ СЛУЧАЕ,

- 1) sectio caesarea abdominalis
- 2) amniotomia
- 3) partus per vias naturales
- 4) stimulatio uteri



Задача № 17

В родильном блоке находится роженица 20 лет. Роды начались 10 часов назад. Схватки через 3–4 минуты по 35–40 секунд, переходят в потуги. Роды первые, срочные.

Объективно: рост 158 см, вес 73 кг. АД 110/70, 120/70 мм ртутного столба. Размеры таза: 26–28–30–21 см. Индекс Соловьева 1,5. Предполагаемая масса плода 3200 граммов. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Воды излились 6 часов назад.

Per vaginam: открытие зева полное, плодного пузыря нет. Ягодицы плода в узкой части полости малого таза. Distantia intertrochanterica в левом косом размере таза. Выделяется густой меконий. Через 20 минут потуги стали слабее и реже. Сердцебиение плода 170 ударов в минуту, глухое. По данным фетального кардиомонитора отмечено нарушение сердечного ритма плода.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ПОКАЗАНИЯ К НЕМЕДЛЕННОМУ РОДОРАЗРЕШЕНИЮ В ДАННОЙ СИТУАЦИИ

- 1) слабость потуг
- 2) нарушение сердечного ритма у плода
- 3) тахикардия у плода
- 4) глухость сердечных тонову плода

2. НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫЙ МЕТОД РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

- 1) *sectio caesarea*
- 2) *extractio foetus clunibus praeviis*
- 3) *stimulatio uteri*
- 4) *applicatio forcipis obstetricae*

3. ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ ИЗВЛЕЧЕНИЯ ПЛОДА ЗА ТАЗОВЫЙ КОНЕЦ

- 1) запрокидывание ручек
- 2) разгибание последующей головки
- 3) перелом ключицы
- 4) асфиксия новорожденного

6. АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ



Задача № 18

В родильный дом по экстренной помощи доставлена беременная 19 лет, Graviditas 34–35 недель. Беременность первая, с 28 недель осложнилась гестозом, от госпитализации отказывалась, последний месяц женскую консультацию не посещала. Заболела остро 2 часа назад. Появились сильные боли в животе, слабость. Позднее из влагалища начались кровянистые выделения в умеренном количестве.

Объективно: состояние средней тяжести. В сознании. Кожа бледная, отеки ног. АД 100/50, 100/60 мм ртутного столба. Пульс 104 удара в минуту. Матка соответствует сроку беременности, напряжена, не расслабляется. Части плода определяются с трудом. Сердцебиение плода глухое, 115 ударов в минуту.

Per vaginam: влагалище нерожавшей, шейка матки сформирована, зев закрыт. Предлежит головка, расположена над входом в малый таз. Выделения кровянистые, умеренные.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ПРИЧИНА, В СВЯЗИ С КОТОРОЙ БЕРЕМЕННАЯ С ДАННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОПАДАЕТ В ГРУППУ РИСКА МАССИВНОГО АКУШЕРСКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

- 1) недоношенность
- 2) коагулопатия
- 3) болевой синдром
- 4) гипоксия плода

2. ШОКОВЫЙ ИНДЕКС

- 1) отношение систолического давления к пульсу
- 2) отношение диастолического давления к пульсу
- 3) отношение пульса к систолическому давлению
- 4) отношение пульса к диастолическому давлению

3. ЗАДАЧА ЛЕЧЕНИЯ

- 1) инфузионная терапия
- 2) гемотрансфузия
- 3) экстренное кесарево сечение
- 4) коррекция нарушений в системе гемостаза



Задача № 19

В родильное отделение экстренно доставлена беременная 23 лет с обильным кровотечением из половых путей. Беременность третья, в анамнезе 2 искусственных аборта. Graviditas 33 недели. Кровотечение началось 1,5 часа назад, ночью. Вначале оно было незначительным, затем усилилось.

Объективно: кожа бледная. Пульс 106 ударов в минуту. АД 90/60, 80/60 мм ртутного столба. Матка в обычном тонусе, соответствует сроку гестации. Положение плода продольное, предлежит головка, расположена высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное, 130 ударов в минуту. Околоплодные воды не отходили.

С целью выявления причины акушерского кровотечения в позднем сроке беременности проведено ультразвуковое исследование, при котором обнаружено, что плацента полностью перекрывает внутренний зев цервикального канала.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. СИТУАЦИЯ, ИМЕЮЩАЯ МЕСТО В ДАННОМ СЛУЧАЕ,

- 1) placenta praevia lateralis
- 2) placenta praevia marginalis
- 3) placenta praevia totalis
- 4) ablatio placentae praematura

2. АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА

- 1) базовые реанимационные мероприятия
- 2) введение бетаметазона
- 3) экстренное кесарево сечение
- 4) сурфактант для новорожденного

3. МЕРОПРИЯТИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ СВЕСТИ К МИНИМУМУ ПОТЕРЮ ТЕПЛА У НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО,

- 1) кувез
- 2) сухие пеленки
- 3) контролируемый источник лучистого тепла
- 4) чепчик на головку новорожденного



Задача № 20

В родильный дом поступила повторно-родящая 27 лет. Graviditas 40 недель. Partus maturus. Роды начались в срок, вместе со схватками из влагалища появились умеренные кровянистые выделения.

Объективно: состояние удовлетворительное. АД 115/80, 110/70 мм ртутного столба. Пульс 78 ударов в минуту. Матка соответствует сроку доношенной беременности. Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в малый таз. Сердцебиение ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту. Воды не отходили. Схватки через 5 минут по 30 секунд, средней силы.

С целью выявления причины влагалищного кровотечения срочно проведено УЗИ, обнаружены признаки placenta praevia partialis. При исследовании per vaginam: влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, мягкая, открытие зева 5 см. Плодный пузырь цел. Слева и сзади определяется мягкая губчатая ткань. Предлежит головка над входом в малый таз. Conjugata diagonalis 13 см.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. РАЦИОНАЛЬНАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ВЛАГАЛИЩНЫХ РОДОВ У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ

- 1) вскрытие плодного пузыря
- 2) стимуляция окситоцином после вскрытия плодного пузыря
- 3) мониторинг состояния роженицы
- 4) непрерывный мониторинг состояния плода

2. КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО

- 1) при продолжающемся после амниотомии кровотечении
- 2) при наличии признаков гипоксии плода
- 3) при симптомах геморрагического шока у матери
- 4) при остановке кровотечения после амниотомии

3. МЕТОД ВЫБОРА ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ ПРЕДЛЕЖАЩЕЙ ПЛАЦЕНТЫ НА ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКЕ МАТКИ

- 1) Sectio Caesarea retrovesicalis
- 2) Sectio Caesarea corporalis
- 3) Sectio Caesarea isthmicocorporalis
- 4) не имеет значения; какой вариант выберет хирург



Задача № 21

Молодая женщина состоит на учете в женской консультации по поводу graviditas 8 недель (по дате последней менструации). Предъявляет жалобы на кровянистые выделения из половых путей в умеренном количестве и слабые боли внизу живота.

При исследовании per vaginam обнаружено увеличение матки до 11 недель беременности, что не соответствует сроку гестации. Срочно произведено ультразвуковое исследование органов малого таза: вместо признаков нормальной беременности обнаружена картина так называемой «снежной бури». Кроме того, яичники превращены в кисты диаметром 7–8 см с перегородками.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. НЕОБХОДИМЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДАННОМ СЛУЧАЕ

- 1) определение концентрации хорионического гонадотропина в сыворотке крови
- 2) рентгенография легких
- 3) лечебно-диагностическое выскабливание полости матки
- 4) морфологический анализ материала, полученного из полости матки

2. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ, НЕ ОСТАВЛЯЮЩИЙ СОМНЕНИЙ В ДИАГНОЗЕ

- 1) положительный тест на ХГЧ
- 2) обнаружение лютеиновых кист яичников
- 3) отсутствие плода в матке
- 4) обнаружение пузырьков с жидкостью в содержимом полости матки

3. ДЛЯ ЛЮТЕИНОВЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ ПРИ MOLA HYDATIDOSA ХАРАКТЕРНО

- 1) возникновение в результате гиперстимуляции яичников эндогенным ХГЧ
- 2) изменения происходят в обоих яичниках
- 3) исчезновение после удаления mola hydatidosa
- 4) нет необходимости удалять хирургическим способом



Задача № 22

В родильном зале находится роженица 21 года. Беременность вторая, роды первые.

В анамнезе abortus spontaneus в 16 недель с выскабливанием полости матки. Рост 161 см, вес 73 кг. Соматически здорова. Через 10 часов от начала схваток родился живой доно-

шенный мальчик весом 3300 г. Через 10 минут после рождения ребенка признаков отделения последа нет, из влагалища умеренные кровянистые выделения. Кровопотеря 150 мл. А/Д 110/70, 115/70 мм ртутного столба, пульс 78 ударов в минуту. Через 20 минут кровотечение продолжается в прежнем темпе. Признаков отделения последа нет. Кровопотеря 350 мл.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА

- 1) hypotonia uteri
- 2) placenta adhaerens partialis
- 3) placenta adhaerens totalis
- 4) placenta accreta totalis

2. РАСПОЗНАВАНИЕ ФОРМЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ВОЗМОЖНО

- 1) при наружном обследовании матки
- 2) по отсутствию признака Шредера
- 3) по отсутствию признака Альфельда
- 4) во время операции ручного отделения плаценты

3. РАЦИОНАЛЬНОЕ ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА ПРЕДПОЛАГАЕТ (КЛАССИЧЕСКОЕ АКУШЕРСТВО)

- 1) наблюдение за признаками отделения плаценты
- 2) своевременное применение способов выжимания последа
- 3) попытка ручного отделения плаценты без наркоза
- 4) потягивание за пуповину при неотделившейся плаценте



Задача № 23

В родильном блоке находится родильница 32 лет. Беременность и роды четвертые. Родовая деятельность развивалась удовлетворительно, и через 9 часов родилась живая девочка массой 4450 граммов. С целью профилактики кровотечения в момент пререзывания

головки введен внутривенно раствор метилэргометрина.

Через 15 минут самостоятельно отделился и выделился послед, целый. Кровопотеря 250 мл. Через 20 минут из половых путей началось кровотечение. Матка мягкая, при наружном массаже выделилось около 300 мл жидкой крови и сгустков. Матка стала несколько плотнее, затем снова расслабилась. Состояние удовлетворительное, пульс 96 ударов в минуту, АД 110/60, 110/65 мм ртутного столба. Кровопотеря 550 мл.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. В ДАННОМ СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМО

- 1) провести ревизию полости матки
- 2) повторить наружный массаж матки
- 3) внутривенное капельное введение окситоцина
- 4) повторить введение метилэргометрина

2. АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИНЯТЫХ МЕР И КРОВОПОТЕРЕ 800 МЛ И БОЛЕЕ

- 1) лапаротомия (перевязка повздошных артерий)
- 2) лапаротомия (наложение гемостатического шва на матку)
- 3) лапаротомия (перевязка маточных сосудов)
- 4) лапаротомия (удаление матки)

3. С ЦЕЛЬЮ ВОЗМЕЩЕНИЯ КРОВОПОТЕРИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1) эритроцитарная масса
- 2) свежезамороженная плазма
- 3) коллоидные растворы
- 4) кристаллоидные растворы

7. РОДОВОЙ ТРАВМАТИЗМ



Задача № 24

У роженицы 33 лет схватки через 2–3 мин. по 50 сек., сильные. Graviditas 40 недель. Partus maturus. Роды начались 4 ч. назад, одновременно излились воды. Беременность шестая, в анамнезе partus maturus et abortus artificialis .

Объективно: рост 152 см, вес 65 кг. АД 130/80, 125/80 мм ртутного столба. Пульс 90 ударов в минуту. Размеры таза: 27,5–28—30–18 см. ВСДМ 38 см. ОЖ 105 см. Индекс Соловьева 1,6. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 144 удара в минуту. Признак Вастена вровень. Во время схватки роженица беспокойна, кричит. Пальпация нижнего сегмента болезненна.

Per vaginam: влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, открытие маточного зева 9 см. Передняя губа шейки матки отечна. Головка плода прижата ко входу в малый таз, sutura sagittalis в поперечном размере плоскости входа в малый таз, отклонен кпереди. Conjugata diagonalis 11 см.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ФОРМА СУЖЕНИЯ ТАЗА У РОЖЕНИЦЫ

- 1) pelvis plana simplex
- 2) pelvis aequabiliter justo minor
- 3) pelvis transversoangusta.
- 4) pelvis plana rachitica

2. ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ РОДОВОГО ТРАВМАТИЗМА У РОЖЕНИЦЫ

- 1) задний асинклитизм
- 2) аборты в анамнезе
- 3) анатомическое сужение таза
- 4) клиническое несоответствие размеров головки плода и таза роженицы

3. РАЦИОНАЛЬНЫЙ СПОСОБ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

- 1) операция краниотомия
- 2) операция наложения акушерских щипцов
- 3) экстренное кесарево сечение
- 4) операция наложения вакуум-экстрактора



Задача № 25

Через 30 минут после начала второго периода родов у повторнородящей появились кровянистые выделения из половых путей. АД 120/65 мм ртутного столба. Схватки через 2–3 минуты по 50–55 секунд. Матка вне схватки плохо расслабляется, болезненна при пальпации в нижнем сегменте. Размеры таза 25–28–31–18 см. Признак Вастена «вровень». Сердцебиение плода глухое, 150–160 ударов в минуту. Попытка произвести катетеризацию мочевого пузыря женщины не удалась из-за механического препятствия.

При исследовании *per vaginam*: открытие шейки матки полное, отёк передней губы шейки матки; головка плода прижата ко входу в малый таз, на головке большая родовая опухоль. *Sutura sagittalis* отклонён кпереди, достигаются *fonticulus magnus et parvus*, расположенные на одном уровне.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК НАЧАЛА ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ

- 1) появление потуг
- 2) излитие околоплодных вод
- 3) полное открытие маточного зева
- 4) вставление головки плода во вход в малый таз

2. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ В ДИАГНОСТИКЕ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА

- 1) отсутствие поступательного движения головки плода, стоящей во входе в малый таз, при наличии хорошей родовой деятельности
- 2) признак Вастена «вровень»
- 3) задержка мочеиспускания
- 4) отек шейки матки

3. ПРИ ЗАДНЕМ АСИНКЛИТИЗМЕ

- 1) стреловидный шов отклонен кзади
- 2) стреловидный шов на одинаковом удалении от крестца и симфиза
- 3) стреловидный шов отклонен кпереди
- 4) возникает клиническое несоответствие размеров головки плода и размеров таза роженицы



Задача № 26

Повторнородящая 32 лет поступила в родильный дом с доношенной беременностью в первом периоде родов. Данная беременность четвертая, две предыдущие закончились *abortus artificialis*, третья – *sectio caesarea* по поводу *placenta praevia*.

Внезапно у роженицы появились сильные боли в животе, слабость, АД снизилось до 80/50 мм ртутного столба, пульс 120 ударов в минуту. Из влагалища появились умеренные кровянистые выделения. Родовая деятельность прекратилась. Сердцебиение плода не прослушивается, головка плода сместилась вверх, отчетливо пальпируются мелкие части плода.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ОСЛОЖНЕНИЕ В РОДАХ В ДАННОМ СЛУЧАЕ

- 1) *placenta praevia*
- 2) *ruptura uteri completa*
- 3) *ablatio placentae praematura*
- 4) *embolia*

2. ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ РОЖЕНИЦЕ

- 1) противошоковая терапия
- 2) глубокий интубационный наркоз
- 3) лапаротомия
- 4) перидуральная анестезия

3. ВОЗМОЖНЫЙ ОБЪЁМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

- 1) ушивание разрыва
- 2) субтотальная гистерэктомия
- 3) тотальная гистерэктомия
- 4) перевязка повздошных артерий (с одной или с обеих сторон)

8. ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ



Задача № 27

В родильном отделении находится повторнобеременная 21 года. Graviditas 27 недель. Жалобы на головокружение, слабость, утомляемость. Первые роды 1,5 года назад осложнились задержкой частей плаценты и кровотечением в раннем послеродовом периоде. Производилась операция *revisio cavi uteri manualis*. Ребенка кормила грудью до 8 месяцев.

Объективно: рост 163 см, вес 56 кг. Кожа бледная. Пульс 90 ударов в минуту, ритмичный. АД 95/60, 100/60 мм ртутного столба. ЭКГ – синусовая тахикардия.

Матка вне тонуса, соответствует сроку гестации. *Situs foetus longitudinalis, praesentatio capitis, visus anterior, position secunda*. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту.

Анализ крови: Нв – 82 г/л, эр. – 3,5 Т/л, л – 5,2 Г/л, э – 2%, с – 74%, п/я – 3%, л – 18%, м – 3%, ретикулоциты – 14%, анизопокилоцитоз, гипохромия эритроцитов. Общий анализ мочи без патологических изменений.

1. Поставьте диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. В ДАННОМ СЛУЧАЕ ИМЕЕТ МЕСТО

- 1) гиперхромная анемия
- 2) гипохромная анемия умеренная
- 3) гипохромная анемия тяжелая
- 4) гипохромная анемия очень тяжёлая

2. ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ

- 1) коррекция дефицита фолатов
- 2) коррекция дефицита железа
- 3) лечебное питание для восполнения дефицита белка
- 4) профилактика и лечение плацентарной недостаточности

3. ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ АНЕМИИ

- 1) гестоз
- 2) невынашивание
- 3) первичная родовая слабость
- 4) внутриутробная гипоксия плода



Задача № 28

В родовом отделении находится пациентка 23 лет, Graviditas 38–39 недель. В анамнезе одни роды. В связи с заболеванием сердца 3 года назад ей была произведена операция митральной комиссуротомии с хорошим исходом. За 6 месяцев до настоящей беременности перенесла обострение ревмокардита.

Жалобы при поступлении на одышку и сердцебиение.

Объективно: рост 160 см, вес 63,5 кг. Кожные покровы нормальной окраски, акроцианоз, небольшие отеки ног. Пульс в покое: 96 ударов в минуту, единичные экстрасистолы. АД 100/70, 110/70 мм ртутного столба, ЧДД 21 в минуту. Тоны сердца приглушены, на верхушке и в точке Боткина систолический и диастолический шум, акцент II тона на легочной артерии. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах влажные хрипы в незначительном количестве. Печень пальпировать не удается из-за высокого стояния матки. Проводимая кардиальная терапия в течение недели не улучшила состояния: сохраняется одышка при ходьбе, сердцебиение.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. СТАДИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ХСН) У БЕРЕМЕННОЙ

- 1) I стадия
- 2) III стадия
- 3) II Б стадия
- 4) II А стадия

2. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ У БЕРЕМЕННЫХ С РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА,

- 1) бициллин-5
- 2) сердечные гликозиды
- 3) мочегонные препараты
- 4) пенициллин

3. РАЦИОНАЛЬНАЯ ТАКТИКА В ДАННОМ СЛУЧАЕ

- 1) экстренное кесарево сечение
- 2) пролонгирование беременности до 40 недель
- 3) плановое кесарево сечение
- 4) программированные роды



Задача № 29

В родовом отделении находится беременная 29 лет, Graviditas 28 недель. В анамнезе 1 роды, 1 искусственный аборт. Часто болела ангинами, в 11 лет произведена тонзиллэктомия. В школе была освобождена от уроков физкультуры. Жалобы на утомляемость, сердцебиение, боли в сердце.

Объективно: рост 158 см, вес 60 кг. Кожные покровы нормальной окраски, отеков нет. Пульс в покое 90 ударов в минуту, ритмичный, АД 100/60, 110/65 мм ртутного столба.

Матка в нормотонусе, соответствует сроку гестации. Situs foetus longitudinalis, praesentatio capitis, visus anterior, positio, secunda. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Проведена консультация терапевта и кардиолога, заключение: Ревматическая болезнь сердца. Сложный митральный порок сердца, ХСН I стадии, с признаками активности ревматического процесса.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ОСНОВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ НОРМАЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) увеличение сердечного выброса
- 2) увеличение объема циркулирующей крови
- 3) снижение периферического сосудистого сопротивления
- 4) обратимые изменения на ЭКГ

2. ВЕДЕНИЕ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) подготовка к досрочному родоразрешению
- 2) пролонгирование беременности и лечение
- 3) экстренное кесарево сечение
- 4) программированные роды

3. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОЙ

- 1) курс лечения пенициллином 5 дней
- 2) бициллин-5 каждые 20 дней
- 3) ацетилсалициловая кислота
- 4) десенсибилизирующая терапия



Задача № 30

В родовом отделении находится первобеременная 25 лет. Graviditas 35 недель. Жалобы на жажду, одышку, отеки ног, частое мочеиспускание. В анамнезе корь, ангина, грипп. Находится на учете у эндокринолога в течение 4 лет по поводу ИЗСД. Только диетотерапия оказалась неэффективной. Ежедневно вводит инсулин.

Объективно: рост 165 см, вес 92 кг. Отеки ног, передней брюшной стенки. Размеры таза нормальные. АД 120/80, 115/70 мм ртутного столба. Высота стояния дна матки 44 см, окружность живота 106 см. Situs longitudinalis, praesentatio capitis, visus anterior, positio prima. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту, слева ниже пупка.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. КРИТЕРИИ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ ОТНЕСТИ ДАННУЮ БЕРЕМЕННУЮ К КЛАССУ «В» (КЛАССИФИКАЦИЯ УАЙТА),

- 1) начало заболевания в возрасте старше 20 лет
- 2) назначение инсулина было необходимо еще до беременности
- 3) длительность заболевания менее 10 лет
- 4) отсутствие хронической артериальной гипертензии

2. ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ С ДИАБЕТОМ

- 1) профилактика пиелонефрита
- 2) профилактика гестоза
- 3) коррекция сахара крови на уровне нормогликемии
- 4) информационная поддержка беременной

3. ПЛАН РОДРАЗРЕШЕНИЯ В ДАННОМ СЛУЧАЕ

- 1) роды через естественные родовые пути в 37 недель беременности
- 2) роды через естественные родовые пути в 40 недель беременности
- 3) экстренное кесарево сечение
- 4) плановое кесарево сечение в 37 недель беременности



Задача № 31

В санпропускнике родильного дома находится беременная 28 лет. Graviditas 27 недель. Жалобы на слабость, головную боль, боли в поясничной области справа, повышение температуры тела, озноб. До настоящего времени беременность протекала без осложнений. Считала себя здоровой.

Объективно: рост 160 см, вес 58 кг. Кожа чистая, бледная, горячая. Температура 38° С, пульс 92 удара в минуту, АД 120/80, 120/85 мм ртутного столба. Справа в поясничной области при поколачивании определяется болезненность. Мочеиспускание безболезненное. Анализ мочи: моча соломенно-жёлтого цвета, мутная, удельный вес 1017, белок 0,066 г/л, лейкоциты сплошь в поле зрения. Живот мягкий, матка в нормальном тоне, соответствует сроку 27 недель беременности. Situs longitudinalis, praesentatio capitis, visus anterior, positio prima. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 ударов в минуту.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. СТЕПЕНЬ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ

- 1) неосложненное течение пиелонефрита, возникшего во время беременности (1 степень)
- 2) хронический пиелонефрит, развившийся до наступления беременности (2 степень)
- 3) пиелонефрит, протекающий с артериальной гипертензией или азотемией (3 степень)
- 4) ситуация неясна

2. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРИ ДАННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ

- 1) анализ мочи по Нечипоренко
- 2) бактериологическое исследование мочи
- 3) ультразвуковое исследование почек
- 4) микроскопия нецентрифугированной мочи

3. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПИЕЛОНЕФРИТОМ

- 1) partus praematurus
- 2) hypotrophia foetus
- 3) nephropathia
- 4) anemia



Задача № 32

В родовом отделении находится пациентка 24 лет. Graviditas 33 недели. В детстве перенесла скарлатину, корь, часто болеет ангинами. На учете у терапевта не состоит.

Объективно: рост 164 см, вес 61 кг. Кожа бледная, пастозность лица, небольшие отеки ног. Пульс 86 ударов в минуту. АД 130/90, 140/90 мм ртутного столба. Матка увеличена соответственно 31–32 неделям беременности. Situs longitudinalis, praesentatio capitis, visus anterior, positio prima. Сердцебиение плода ясное ритмичное, 130 ударов в минуту.

При обследовании обнаружены изменения в анализах мочи: белок 2,65 г/л; микроскопия осадка мочи: лейкоциты 6–8 в поле зрения, эритроциты до 10 в поле зрения, гиалиновые и зернистые цилиндры, клетки почечного эпителия. Анализ мочи по Нечипоренко: л – 2600, эр – 25100. Анализ мочи по Зимницкому: суточный диурез 1100 мл, дневной 420 мл, ночной 680 мл. Колебания удельного веса 1007–1012.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ЗАБОЛЕВАНИЕ ПОЧЕК, ИМЕЮЩЕЕСЯ У ПАЦИЕНТКИ,

- 1) гломерулонефрит, латентная форма
- 2) пиелонефрит
- 3) гломерулонефрит, отечно-нефротическая форма
- 4) гломерулонефрит, смешанная форма

2. ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ДИАГНОЗ

- 1) протеинурия
- 2) гематурия
- 3) изостенурия
- 4) цилиндрурия

3. ПЛАН ВЕДЕНИЯ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ

- 1) пролонгирование беременности и лечение гломерулонефрита
- 2) экстренное кесарево сечение
- 3) плановое кесарево сечение
- 4) родовозбуждение

9. ЭМБОЛИЯ ОКОЛОПЛОДНЫМИ ВОДАМИ



Задача № 33

В родильном блоке находится роженица 28 лет. Graviditas 40 недель. Partus maturus. Родовая деятельность продолжается 11 ч., излитие околоплодных вод произошло 2 ч. назад. Схватки сильные, через 2–3 мин. по 50 сек., резко болезненные. Поведение роженицы беспокойное.

Объективно: АД 130/90, 140/90 мм ртутного столба, пульс 96 ударов в минуту. Матка во время схватки плотная, вне схватки почти не расслабляется. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, 150 ударов в минуту.

Per vaginam: влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, края ее плотные, открытие маточного зева 5 см. Во время схватки тонус шейки матки увеличивается. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз в правом косом размере, малый родничок слева у симфиза. Подтекают светлые воды.

Внезапно состояние роженицы резко ухудшилось: озноб, одышка, цианоз, АД 80/40, 70/40 мм ртутного столба. Пульс 130 ударов в минуту, нитевидный. Сердцебиение плода не выслушивается.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРОВОДИТСЯ

- 1) с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты
- 2) с разрывом матки
- 3) с эмболией околоплодными водами
- 4) предлежанием плаценты

2. ЭКСТРЕННАЯ ТЕРАПИЯ НАЧИНАЕТСЯ СО СЛЕДУЮЩИХ МЕРОПРИЯТИЙ

- 1) введение раствора промедола, димедрола, диазепама
- 2) введение глюкокортикоидов
- 3) адекватная оксигенация, ИВЛ
- 4) экстренное родоразрешение

3. СПОСОБ РОДРАЗРЕШЕНИЯ В ДАННОМ СЛУЧАЕ

- 1) applicatio forcipes obstetricae
- 2) sectio caesarea
- 3) stimulatio uteri
- 4) partus per vias naturales

10. МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Задача № 34



В предродовой палате находится роженица 22 лет. Graviditas 40 нед. Partus maturus. Роды начались 4 ч. назад. Схватки через 4–5 мин., средней силы, регулярные. Околоплодные воды целы.

Объективно: рост 164 см, вес. 86 кг. А/Д 115/70 120/70 мм ртутного столба. Пульс 80 ударов в минуту. Размеры таза: 25–28–31–20 см. ВДМ 41 см, окружность живота 106 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Величина головки не соответствует большому объему матки. В дне матки пальпируются 2 крупных части плода: слева – округлая баллотирующая плотная, справа – более мягкая, не баллотирующая. Сердцебиение выслушивается слева выше пупка 136 ударов в минуту, ритмичное, а также справа ниже пупка 140 ударов в минуту, ритмичное.

Per vaginam: влагалище нерожавшей, шейка сглажена, мягкая, открытие зева 6 см. Плодный пузырь цел, во время схватки напрягается. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, sutura sagittalis в левом косом размере таза, fonticulus parvus справа у симфиза. Мыс не достигается.

1. Поставьте диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ ДВОЙНЕЙ

- 1) несвоевременное излитие вод
- 2) слабость схваток и потуг
- 3) кровотечение в раннем послеродовом периоде
- 4) гипоксия второго плода после рождения первого

2. ВЕДЕНИЕ ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ ДВОЙНЕЙ

- 1) введение окситоцина внутривенно
- 2) после рождения первого плода следует вскрыть плодный пузырь второго плода
- 3) необходимо присутствие двух акушерок
- 4) необходимо присутствие двух неонатологов

3. ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) катетеризация мочевого пузыря
- 2) пузырь со льдом на низ живота
- 3) наружно-внутренний массаж матки
- 4) введение утеротонических средств

11. ГИПОКСИЯ ПЛОДА И АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЕННОГО



Задача № 35

На прием к врачу женской консультации пришла первобеременная 19 лет. Graviditas 32 недели. Жалобы на слабость, головокружение, утомляемость.

Объективно: рост 166 см, вес. 54 кг. Кожа чистая, АД 90/55, 95/60 мм ртутного столба. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Матка по величине соответствует сроку 30 недель. Situs longitudinalis, praesentatio pelvis, visus anterior, positio prima. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 134 удара в 1 минуту.

Проведено УЗ-исследование: в матке один плод в ягодичном предлежании, плацента расположена по задней стенке матки, I–II степени зрелости, толщиной 30 мм, нормоводие. Плод по размеру головки и бедра соответствует сроку 32 недели, по окружности груди 30 недель беременности. При КТГ плода отмечается снижение амплитуды вариабельности сердечного ритма, отсутствие акцелераций.

1. Поставьте диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ВОЗМОЖНАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ГИПОКСИИ ПЛОДА В ДАННОМ СЛУЧАЕ

- 1) расположение плаценты по задней стенке матки
- 2) артериальная гипотензия
- 3) внутриутробная инфекция плода
- 4) тазовое предлежание плода

2. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) рациональная диета
- 2) полноценный сон
- 3) госпитализация в критические сроки и подготовка к родоразрешению
- 4) фитотерапия (несколько курсов)

3. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

- 1) антиагреганты
- 2) препараты, обладающие вазоактивным действием
- 3) антиоксиданты
- 4) витамины



Задача № 36

Первородящая 25 лет поступила в родильное отделение с диагнозом Graviditas 40 недель. Partus maturus. Через 12 часов от начала родовой деятельности роженица родила доношенного мальчика массой 3600 граммов с оценкой по шкале Апгар 6 баллов через 1 минуту и 8 баллов через 5 минут после рождения. Кожные покровы цианотичные, мышечный тонус снижен, крик громкий после отсасывания слизи, частота сердечных сокращений 150 ударов в минуту, частота дыхания 40 ударов в минуту.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ШКАЛЫ АПГАР ПОЗВОЛЯЕТ

- 1) оценить состояние новорожденного
- 2) установить показания к проведению реанимационных мероприятий
- 3) определить эффективность реанимационных мероприятий
- 4) планировать объем помощи после реанимации

2. АКТИВИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР НОВОРОЖДЕННОГО ОКАЗЫВАЮТ

- 1) гипоксемия
- 2) гиперкапния
- 3) тактильные раздражения
- 4) понижение температуры окружающей среды после рождения плода

3. МЕРОПРИЯТИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ В ДАННОМ СЛУЧАЕ,

- 1) отсасывание слизи из верхних дыхательных путей
- 2) лучистое тепло
- 3) искусственная вентиляция легких
- 4) динамическое наблюдение

12. ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЁННОГО



Задача № 37

Роды у пациентки 32 лет. Первая беременность закончилась срочными родами без осложнений, вторая — искусственным абортом, третья — родами в 38 недель, ребенок умер на седьмые сутки от желтухи.

Во время настоящей беременности обнаружены резус-антитела в сыворотке крови в титре 1:8. При динамическом наблюдении нарастания титра антител не отмечено. В 37 недель решено провести родовозбуждение. Родовая деятельность развивалась удовлетворительно, родилась живая девочка массой 3000 граммов. Состояние ребенка удовлетворительное, кожа бледная. Оценка по шкале Апгар через 1 минуту 7 баллов, через 5 минут — 8 баллов. Билирубин в пуповинной крови 56 мкмоль/л, гемоглобин — 140 г/л.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ РОЖДЕНИИ

- 1) физиологическое
- 2) гемолитическая анемия без желтухи и водянки
- 3) гемолитическая анемия с желтухой
- 4) гемолитическая анемия с желтухой и водянкой

2. СВОЕВРЕМЕННО РЕШИТЬ ВОПРОС О ЗАМЕННОМ ПЕРЕЛИВАНИИ КРОВИ (ЗПК) ПОЗВОЛИТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- 1) почасового прироста билирубина в сыворотке крови ребенка
- 2) содержания гемоглобина в периферической крови ребенка
- 3) количества эритроцитов в крови ребенка
- 4) ретикулоцитов в крови ребенка

3. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ЗПК ДАННОМУ РЕБЕНКУ ПОТРЕБУЕТСЯ

- 1) 200 мл донорской крови
- 2) 250 мл донорской крови
- 3) 360 мл донорской крови
- 4) 480 мл донорской крови

13. СЕПТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОСЛЕ РОДОВ И АБОРТА

Задача № 38



В гинекологическое отделение по «скорой помощи» поступила больная 20 лет с жалобами на повышение температуры тела, озноб, общую слабость, боли в животе, кровянистые выделения из влагалища. Задержка менструации на 3 месяца. Половая жизнь с 18 лет, в браке не состоит. С целью прерывания беременности пациентка вводила в полость матки катетер 3 дня назад.

Объективно: состояние тяжелое, в сознании, вялая, на вопросы отвечает с трудом. Цвет кожи землисто-серый, петехии, иктеричность склер, ладоней. Температура тела 39,2°C, пульс 140 ударов в минуту, ритмичный. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот мягкий, печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, пальпируется селезенка. Моча выделяется в небольшом количестве, интенсивно-желтого цвета.

Бимануальное исследование и осмотр в зеркалах: влагалище нерожавшей, шейка матки укорочена до 2 см, наружный зев пропускает палец. Матка увеличена до 11–12 недель беременности, болезненная при пальпации, придатки матки не увеличены. Выделения умеренные, гнойного характера, с неприятным запахом.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕПТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА У БЕРЕМЕННОЙ ПАЦИЕНТКИ

- 1) endometritis puerperalis
- 2) parametritis
- 3) sepsis
- 4) thrombophlebitis

2. АДЕКВАТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ДАННОМ СЛУЧАЕ

- 1) интенсивная терапия, лапаротомия, тотальная гистерэктомия с маточными трубами
- 2) интенсивная терапия, вакуум-эксхолеация плода
- 3) интенсивная консервативная терапия
- 4) интенсивная терапия, кюретаж матки

3. ПРИЧИНЫ СМЕРТНОСТИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ВАРИАНТАХ ВНЕ- БОЛЬНИЧНОГО АБОРТА

- 1) острая печеночная недостаточность
- 2) легочная недостаточность
- 3) септический миокардит
- 4) почечная недостаточность



Задача № 39

В послеродовом отделении находится родильница 29 лет. Partus maturus 5 дней назад, осложнились ранним излитием околоплодных вод и слабостью родовых сил. Ребенок приложен к груди через 2 часа после родов, сосет активно. На третьи сутки после родов отмечено нагрубание молочных желез, затрудненное сцеживание молока.

На пятые сутки после родов появился озноб, повышение температуры тела до 38,4 С, головная боль, слабость, боль в правой молочной железе. Молочные железы в состоянии выраженного нагрубания, имеются трещины на сосках. В правой молочной железе в наружном квадранте пальпируется болезненное уплотнение, кожа над ним гиперемирована, горячая.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО МАСТИТА В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) увеличением числа гнойных форм
- 2) резистентность к лечению
- 3) тенденция к генерализации
- 4) увеличением числа стертых и атипичных форм.

2. ПРИ ГНОЙНОМ ПОСЛЕРОДОВОМ МАСТИТЕ

- 1) грудное вскармливание прекращают
- 2) антибиотики – основной компонент терапии
- 3) возможно лечение без хирургического вмешательства
- 4) показано хирургическое вмешательство

3. ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ПОДАВЛЕНИЯ ЛАКТАЦИИ

- 1) mastitis serosa
- 2) mastitis purulenta
- 3) hypogalacthia
- 4) lactostasis.



Задача № 40

В послеродовом отделении находится родильница 25 лет. Жалобы на озноб, повышение температуры тела, боли внизу живота. Роды произошли 2 дня назад, осложнение в третьем периоде родов placenta adhaerens. Проведена операция *separatio et extractio placentaе manualis*.

Объективно: состояние женщины средней тяжести, температура 38,3° С, пульс 96 ударов в минуту, ритмичный. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, незначительно болезненный в нижних отделах, дно матки на уровне пупка. Лохии кровянистые, без запаха. Молочные железы в состоянии умеренного нагрубания, при пальпации безболезненные.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. К ПЕРВОМУ ЭТАПУ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) endometritis puerperalis
- 2) parametritis
- 3) sepsis
- 4) thrombophlebitis.

2. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА ВКЛЮЧАЕТ

- 1) антибиотики широкого спектра действия
- 2) утеротонические препараты
- 3) дезинтоксикация
- 4) эстроген-гестагенные препараты (контрацептивы).

3. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО (БАЗИСНОГО) ЛЕЧЕНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) вакуум-аспирация содержимого матки
- 2) бережный кюретаж полости матки
- 3) аспирационно-промывное дренирование
- 4) гистероскопия

Задача № 41



В палате интенсивной терапии родильного дома находится пациентка 36 лет после операции *sectio cesarea*, выполненного двое суток назад в связи с наличием рубца на матке. С первых суток послеоперационного периода отмечается повышение температуры тела 37,9–38,6°C. Проводится антибактериальная, дезинтоксикационная и симптоматическая терапия.

При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 38,1°C, пульс 124 удара в минуту, АД 110/70, 110/60 мм ртутного столба, язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, мягкий, болезненный в нижних отделах, симптом Щеткина-Блюмберга слабоположительный. Перистальтика кишечника не выслушивается, газы не отходят, проводимая стимуляция кишечника малоэффективна.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ПЕРИТОНИТА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

- 1) хориоамнионит
- 2) несостоятельность швов на матке
- 3) парез кишечника
- 4) длительный безводный период до операции

2. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ «РАННЕГО ПЕРИТОНИТА» ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

- 1) лихорадка
- 2) психомоторное возбуждение
- 3) жажда
- 4) тахикардия

3. РАЦИОНАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ АКУШЕРСКОГО ПЕРИТОНИТА

- 1) *hysterectomy subtotalis cum tubae uterinae bilateralis*
- 2) *hysterectomy totalis cum tubae uterinae bilateralis*
- 3) *hysterectomy subtotalis*
- 4) *hysterectomy totalis*

14. ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Задача № 42



В женскую консультацию обратилась пациентка 26 лет. Жалобы на боли внизу живота справа в течение двух дней, слабость, головокружение и темно-коричневые выделения из половых путей после задержки менструации на 2 недели. Боли иррадиируют в прямую кишку.

Менструации с 13 лет по 5 дней, регулярные, через 28 дней, безболезненные, умеренные.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, температура 36,8° С, пульс 84 удара в минуту, АД 110/70, 105/70 мм ртутного столба. Живот мягкий, при пальпации отмечается умеренная болезненность в нижних отделах, больше справа. Симптомов раздражения брюшины не выявлено.

Per vaginam: влагалище узкое, матка несколько увеличена, смещение ее вызывает боль. Слева придатки матки не определяются. Справа от матки пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции с нечеткими контурами, болезненное, ограниченное в подвижности. Шейка матки визуально не изменена. Выделения скудные, темно-коричневого цвета.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.
 1. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВНЕМАТОЧНУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ
 - 1) экспресс-тест с мочой на ХГЧ
 - 2) определение в сыворотке крови концентрации ХГЧ
 - 3) УЗИ органов малого таза
 - 4) кульдоцентез
 2. НЕОБХОДИМОСТЬ ЭКСТРЕННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ВОЗНИКАЕТ
 - 1) при задержке менструации
 - 2) при низкой концентрации ХГЧ в сыворотке крови
 - 3) при отсутствии плодного яйца в полости матки по УЗИ
 - 4) при получении крови из брюшной полости при кульдоцентезе
 3. ОБЪЕМ ОПЕРАЦИИ, ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ В СЛУЧАЕ ОБНАРУЖЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ДИАМЕТРОМ 3 СМ В АМПУЛЯРНОМ ОТДЕЛЕ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ,
 - 1) laparoskopia, salpingokelyphoectomy
 - 2) laparoskopia, salpingotomy et kelyphoectomy
 - 3) laparotomia, resectio tubae uterinae
 - 4) laparotomia, haematomectomia peritubarium.

Задача № 43



В гинекологическое отделение по экстренной помощи поступила больная 31 года. Жалобы на боли внизу живота, больше справа, слабость, головокружение, тошноту. Заболела внезапно на работе. Отмечает задержку менструации на 10 дней.

Объективно: состояние тяжелое, резкая бледность кожных покровов, заторможенность, на вопросы отвечает с трудом. АД 80/40, 85/40 мм ртутного столба. Пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения. Температура 36,6 °С. Язык влажный. При пальпации живота имеет место симптом Куленкампа (положительный симптом Щеткина-Блюмберга при абсолютно мягком животе).

Per vaginam: влагалище рожавшей женщины, пальпация матки и ее придатков затруднена из-за резкой болезненности, задний свод влагалища «нависает». Шейка матки визуальна не изменена. Выделения темно-кровянистые, скудные.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ В ДАННОМ СЛУЧАЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) экспресс-тест с мочой на ХГЧ
- 2) выжидание и наблюдение в динамике
- 3) УЗИ органов малого таза
- 4) кульдоцентез

2. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, С КОТОРЫМИ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- 1) перфоративная язва желудка
- 2) разрыв селезенки
- 3) острый аппендицит
- 4) кишечная непроходимость

3. ОПЕРАЦИЯ ПО ПОВОДУ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ КРОВОПОТЕРИ И ШОКА

- 1) laparotomia, salpingotomia et kelyphoectomia
- 2) laparotomia, salpingokelyphoectomia
- 3) laparoscopia, salpingotomia et kelyphoectomia
- 4) laparoscopia, salpingokelyphoectomia

15. ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВПР и НЗ



Задача № 44

В женскую консультацию обратилась пациентка 24 лет. Жалобы на задержку менструации в течение 2 месяцев, тошноту, нагрубание молочных желез. В детстве перенесла корь, ветряную оспу. Беременность желанная. Женщина работает воспитательницей в детском саду. Две недели назад отметила сыпь на лице и груди, повышение температуры до 38 °С. Незадолго до этого был контакт с ребенком, больным краснухой (rubeola).

Объективно: состояние удовлетворительное, кожа чистая, несколько увеличены шейные лимфоузлы. Матка соответствует 10–11 неделям беременности, безболезненная, придатки не пальпируются. Выделения молочного цвета.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ВОЗМОЖНЫЕ ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ ПЛОДА ВИРУСОМ КРАСНУХИ

- 1) abortus spontaneus
- 2) natus mortuus
- 3) defectus foeti
- 4) partus praematurus

2. ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ПЛОДА ВИРУСОМ КРАСНУХИ В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ,

- 1) нарушение умственного развития
- 2) повреждение тканей всех зародышевых листков
- 3) катаракта, глухота, порок сердца
- 4) микроцефалия

3. В СЛУЧАЕ ОБНАРУЖЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ ВИРУСОМ КРАСНУХИ В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1) определение Ig M в сыворотке крови в динамике
- 2) определение Ig G в сыворотке крови в динамике
- 3) пролонгирование беременности
- 4) прерывание беременности



Задача № 45

У пациентки 26 лет наступила беременность после проведения программы стимуляции овуляции в связи с первичным эндокринным бесплодием.

Первые недели беременности протекали с признаками угрозы выкидыша. На 10-й неделе при ультразвуковом исследовании обнаружена картина неразвивающейся беременности. Содержание β -ХГЧ в сыворотке крови беременной ненормально низкое. Назначено искусственное прерывание замершей беременности методом dilatatio canalis cervicalis et abrasio cavii uteri. В результате проведенного кариотипирования абортуса обнаружена трисомия 13-й пары хромосом.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. НАЗВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ

- 1) синдром Дауна
- 2) синдром Тернера
- 3) синдром Эдварса
- 4) синдром Патау

2. ЗАДАЧИ, КОТОРЫЕ РЕШАЮТСЯ ПРИ РЕТРОСПЕКТИВНОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ПАЦИЕНТКИ ВРАЧОМ-ГЕНЕТИКОМ,

- 1) семейный анамнез
- 2) обследование родителей
- 3) уточнение диагноза
- 4) определение риска повторного ВПР плода

3. ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ НАЛИЧИЕМ ДОБАВОЧНОЙ ХРОМОСОМЫ В 13-Й ПАРЕ,

- 1) микроцефалия
- 2) грубые пороки развития сердца
- 3) расщепление верхней губы и неба
- 4) множественные пороки



Задача № 46

В женскую консультацию обратилась пациентка 32 лет по поводу задержки менструации на 7 дней. Выяснено, что 2 недели назад женщине произведена рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника, сделано 4 снимка.

При исследовании *per vaginam* обнаружено увеличение матки до 5 недель беременности. Экспресс-тест на ХГЧ с мочой положительный. При ультразвуковом исследовании органов малого таза в полости матки обнаружено плодное яйцо. В течение 8 лет женщина лечилась по поводу *sterilitas primaria*.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ПРОЛОНГИРОВАТЬ БЕРЕМЕННОСТЬ В ДАННОМ СЛУЧАЕ

- 1) нецелесообразно
- 2) целесообразно с пренатальной неинвазивной диагностикой плода
- 3) целесообразно после обследования матери
- 4) целесообразно с инвазивной пренатальной диагностикой плода

2. ВОЗМОЖНЫЕ ОТКЛОНЕНИЯ ОТ НОРМАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА ПОСЛЕ ОБЛУЧЕНИЯ В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) фетопатия
- 2) эмбриопатия
- 3) малая масса плода
- 4) уменьшение размеров головки плода

3. ПРАВИЛО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА

- 1) тест на беременность перед рентгенографией
- 2) УЗИ органов малого таза перед рентгенографией
- 3) «правило 10 дней»
- 4) определение дозы облучения



Задача № 47

У женщины 30 лет имеет место привычное невынашивание беременности: в анамнезе пять abortus spontaneus сроком от 6 до 8 недель. Фенотип женский.

При обследовании в медико-генетической консультации пациентке поставлен диагноз: синдром Тернера (мозаицизм 46 XX/ 45 X в соотношении 80% к 20%).

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ТЕРНЕРА

- 1) amenorrhea
- 2) sterilitas
- 3) abortus habitualis
- 4) olygomenorrhea

2. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА СИНДРОМА ТЕРНЕРА ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- 1) исследование гормонального статуса
- 2) УЗИ органов малого таза
- 3) цитогенетическое исследование
- 4) обследование на редкие инфекции

3. ПРИ СИНДРОМЕ ТЕРНЕРА В РЕДКИХ СЛУЧАЯХ ВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У РЕБЕНКА СЛЕДУЕТ ОЖИДАТЬ

- 1) кариотип 45X
- 2) мозаицизм 45X/46XX
- 3) мозаицизм 45X/46XY
- 4) множественный мозаицизм

Задача № 48



В женскую консультацию обратилась повторнобеременная пациентка 22 лет по поводу graviditas 8 недель. В анамнезе 1 роды, которые закончились рождением ребенка с синдромом Клайнфелтера (47XXY). Ребенок умер в 8-месячном возрасте от порока сердца.

Для решения вопроса о целесообразности повторной беременности родители обратились к врачу-генетику. Был определен кариотип отца (46 XY) и матери (46 XX).

Учитывая нормальный кариотип родителей, специалисты разрешили повторную беременность с выполнением методов пренатальной диагностики плода на врожденные пороки развития.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. МЕТОД ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАРИОТИПА ПЛОДА В ДАННОМ СЛУЧАЕ

- 1) chorionbiopsia
- 2) amniocentesis
- 3) hordocentesis
- 4) placentocentesis

2. ПЕРИОД ЖИЗНИ, В КОТОРОМ НАБЛЮДАЕТСЯ МАНИФЕСТАЦИЯ БОЛЕЗНИ КЛАЙНФЕЛТЕРА,

- 1) neonatoritas
- 2) infantilitas
- 3) maturitas sexualis
- 4) pubertas

3. ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ БОЛЕЗНИ КЛАЙНФЕЛТЕРА

- 1) азооспермия
- 2) малые размеры яичек
- 3) бесплодие
- 4) интерсексуальный фенотип



Задача № 49

Восемнадцатилетняя девушка обратилась в медико-генетическую консультацию. Graviditas 16 недель. Причина, по которой она решила проконсультироваться, болезнь Дауна у старшей сестры. Мать беременной женщины оказалась носителем транслокации 15/21. Для решения вопроса о целесообразности вынашивания ребенка проводился diagnosis praenatalis синдрома Дауна.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. DIAGNOSIS PRAENATALIS СИНДРОМА ДАУНА ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) ультразвуковое исследование плода
- 2) амниоцентез
- 3) исследование биохимических маркеров у беременной
- 4) плацентоцентез

2. ЦЕЛЬ АМНИОЦЕНТЕЗА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СИНДРОМ ДАУНА

- 1) культивирование клеток плода и определение кариотипа
- 2) исследование на внутриутробные инфекции
- 3) определение полового хроматина
- 4) определение содержания глюкозы в околоплодных водах

3. ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ТРАНСЛОКАЦИОННОГО ВАРИАНТА БОЛЕЗНИ ДАУНА

- 1) аутосомно-рецессивный
- 2) аутосомно-доминантный
- 3) сцепленный с X-хромосомой
- 4) сцепленный с Y-хромосомой

16. МИОМА МАТКИ

Задача № 50



В дородовой палате находится беременная 35 лет. Graviditas 38–39 недель. В анамнезе abortus artificialis и abortus spontaneus в 10 недель. Настоящая беременность осложнилась угрозой прерывания, женщина длительно находилась на стационарном лечении.

Объективно: телосложение правильное, размеры таза нормальные. Матка соответствует сроку гестации. ВСДМ 35 см, ОЖ 98 см. На передней стенке матки в теле ее и ближе ко дну определяется несколько плотных узлов различной величины, самый крупный из них 6Х6 см. Узлы безболезненные, неподвижные, округлой формы. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение ясное, ритмичное, 140 ударов в 1 минуту.

Per vaginam: влагалище нерожавшей, шейка матки сформирована, плотная, зев закрыт. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Conjugata diagonalis 13 см.

1. Поставить диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Выбрать один или несколько правильных ответов.

1. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЕ В ДАННОМ СЛУЧАЕ,

- 1) миома матки
- 2) истинная опухоль яичника
- 3) функциональная киста яичника
- 4) эндометриодная киста яичника

2. СПОСОБ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ, ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ В ИНТЕРЕСАХ ПЛОДА И МАТЕРИ,

- 1) плановое кесарево сечение
- 2) роды через естественные родовые пути
- 3) экстренное кесарево сечение при возникших в родах осложнениях
- 4) стимуляция при слабости родовых сил.

3. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ РОДОРАЗРЕШЕНИЮ У ДАННОЙ БЕРЕМЕННОЙ

- 1) поздний возраст для первых родов
- 2) наличие миоматозных узлов в матке
- 3) желание женщины иметь живого и здорового ребенка
- 4) беременность высокого риска

ОТВЕТЫ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ

- Задача № 1 Диагноз: *Graviditas 7-8 недель. Emesis gravidarum I gr.*
Ответы: 1. – 1) 2) 3) 4)
 2. – 1) 2) 3)
 3. – 1) 2) 3) 4)
- Задача № 2 Диагноз: *Graviditas 36 недель. Hydrops gravidrum II gr.*
Ответы: 1. – 3)
 2. – 1) 2) 3)
 3. – 1) 2) 3) 4)
- Задача № 3 Диагноз: *Graviditas 34-35 недель. Гестоз легкой степени тяжести. Nephropathia I gr. Юная первородящая.*
Ответы: 1. – 1) 2) 3) 4)
 2. – 1) 2) 3) 4)
 3. – 1) 2) 3)
- Задача № 4 Диагноз: *Graviditas 35 недель. Гестоз тяжелой степени. Praeclampsia. Задержка роста плода I ст.*
Ответы: 1. – 3)
 2. – 1) 2) 3) 4)
 3. – 1)
- Задача № 5 Диагноз: *Graviditas 36-37 недель. Гестоз тяжелой степени. Eclampsia. Незрелая шейка матки.*
Ответы: 1. – 4)
 2. – 1) 2) 3) 4)
 3. – 1) 2) 3) 4)
- Задача № 6 Диагноз: *Graviditas 40 недель. Partus maturus. Praesentatio capitis. Labores parturientium. . Eclampsia.*
Ответы: 1. – 1) 2) 3) 4)
 2. – 1) 2) 3) 4)
 3. – 2)
- Задача № 7 Диагноз: *Graviditas 40 недель. Partus maturus. Praesentatio capitis. Labores parturientium debiles. Stimulatio uteri. Hypoxia foetus.*
Ответы: 1. – 1)
 2. – 2)
 3. – 1) 2) 3) 4)

- Задача № 8 Диагноз: *Graviditas 40 недель. Partus maturus. Praesentatio capitis. Патологический прелиминарный период. Dys-coordinatio uteri ОАА. Возрастная первородящая.*
 Ответы: 1. – 3)
 2. – 1) 2) 3) 4)
 3. – 4)
- Задача № 9 Диагноз: *Graviditas 40 недель. Partus maturus. Praesentatio capitis. ОАА. Labores debiles primaria.*
 Ответы: 1. – 1)
 2. – 1) 2) 3) 4)
 3. – 1) 2) 3)
- Задача № 10 Диагноз: *Graviditas 40 недель. Partus maturus. Praesentatio capitis. Pelvis aequabiliter justo minor I gr.*
 Ответы: 1. – 1) 2) 3) 4)
 2. – 1)
 3. – 1) 2) 3) 4)
- Задача № 11 Диагноз: *Graviditas 38 недель. Pelvis aequabiliter justo minor II gr. Незрелая шейка матки. Отягощенный мертворождением акушерский анамнез.*
 Ответы: 1. – 2)
 2. – 1) 2) 3) 4)
 3. – 1) 2) 3) 4)
- Задача № 12 Диагноз: *Graviditas 7-8 недель. Abortus imminens. Отягощенный акушерский анамнез.*
 Ответы: 1. – 1) 3)
 2. – 1) 3)
 3. – 1) 2) 3)
- Задача № 13 Диагноз: *Graviditas 20 недель. Abortus habitualis. Insufficiencia isthmicocervicalis. Отягощенный акушерский анамнез.*
 Ответы: 1. – 3)
 2. – 1) 2) 3)
 3. – 1)
- Задача № 14 Диагноз: *Graviditas 34 недели. Partus praematurus. Praesentatio capitis. Effluvium liquoris amnii.*
 Ответы: 1. – 1) 2) 3) 4)
 2. – 2) 3) 4)
 3. – 1) 2) 3) 4)

- Задача № 15 Диагноз: *Graviditas 42-43 недели. Partus serotinus. Hypoxia foetus. Патологический прелиминарный период. Крупный плод. Незрелая шейка матки.*
 Ответы: 1. – 1) 2) 3) 4)
 2. – 2) 3)
 3. – 1) 2) 3) 4)
- Задача № 16 Диагноз: *Graviditas 40 недель. Патологический прелиминарный период. Praesentatio pelvis. Крупный плод. Первородящая в 34 года.*
 Ответы: 1. – 1) 2) 3) 4)
 2. – 1) 2) 3) 4)
 3. – 1)
- Задача № 17 Диагноз: *Graviditas 40 недель. Partus maturus. Praesentatio pelvis. Labores parturientium debiles. Hypoxia foetus acuta.*
 Ответы: 1. – 1) 2) 3) 4)
 2. – 2)
 3. – 1) 2) 3) 4)
- Задача № 18 Диагноз: *Graviditas 34-35 недель. Гестоз. Ablatio placentae praematura. Hypoxia foetus acuta. Геморрагический шок I степени.*
 Ответы: 1. – 2)
 2. – 3)
 3. – 1) 2) 3) 4)
- Задача № 19 Диагноз: *Graviditas 33 недели. Placenta praevia totalis. Геморрагический шок 2 степени. Hypoxia foetus acuta. ОАА.*
 Ответы: 1. – 3)
 2. – 1) 2) 3) 4)
 3. – 1) 2) 3) 4)
- Задача № 20 Диагноз: *Graviditas 40 недель. Partus maturus. Praesentatio capitis. Placenta praevia partialis.*
 Ответы: 1. – 1) 2) 3) 4)
 2. – 1) 2) 3)
 3. – 2)
- Задача № 21 Диагноз: *Mola hydatidosa. Cystis ovarii bilateralis*
 Ответы: 1. – 1) 2) 3) 4)
 2. – 4)
 3. – 1) 2) 3) 4)
- Задача № 22 Диагноз: *Graviditas 40 недель. Partus maturus. Placenta adhaerens seu placenta accreta partialis. ОАА.*
 Ответы: 1. – 2)
 2. – 4)
 3. – 1) 2)

- Задача № 23 Диагноз: *Graviditas 40 недель Partus maturus. Puerperium. Hypotonia uteri. Haemorrhagia.*
 Ответы: 1. – 1) 3)
 2. – 1) 2) 3) 4)
 3. – 1) 2) 3) 4)
- Задача № 24 Диагноз: *Graviditas 40 недель. Partus maturus. Pelvis plana rachitica I gr. Крупный плод. ОАА. Cephalopelvic disproportion. Ruptura uteri imminens.*
 Ответы: 1. – 4)
 2. – 1) 2) 3) 4)
 3. – 3)
- Задача № 25 Диагноз: *Graviditas 40 недель. Partus maturus. Praesentatio capitis. Pelvis plana rachitica I gr. Asinclitismus posterior. Cephalopelvic disproportion. Ruptura uteri incipiens. Hypoxia foetus.*
 Ответы: 1. – 3)
 2. – 1)
 3. – 3)
- Задача № 26 Диагноз: *Graviditas 40 недель. Partus maturus. Ruptura uteri completus. Шок 3 степени. Foetus mortuus. Отягощенный акушерский анамнез (рубец на матке).*
 Ответы: 1. – 2)
 2. – 1) 2) 3)
 3. – 1) 2) 3) 4)
- Задача № 27 Диагноз: *Graviditas 27 недель. Анемия умеренной степени тяжести. Отягощенный акушерский анамнез.*
 Ответы: 1. – 2)
 2. – 1) 2) 3) 4)
 3. – 1) 2) 3) 4)
- Задача № 28 Диагноз: *Graviditas 38-39 недель. Ревматическая болезнь сердца. Состояние после митральной комиссуротомии. Рестеноз. Сложный митральный порок. ХСН 2 А ст. ОАА.*
 Ответы: 1. – 4)
 2. – 1) 2) 3) 4)
 3. – 3)

- Задача № 29 Диагноз: *Graviditas 28 недель. Ревматическая болезнь сердца. Сложный митральный порок. Хроническая сердечная недостаточность I стадии. ОАА.*
 Ответы: 1. – 1) 2) 3) 4)
 2. – 2)
 3. – 1) 2) 3) 4)
- Задача № 30 Диагноз: *Graviditas 35 недель. Сочетанный гестоз легкой степени на фоне прегестационного сахарного диабета I типа.*
 Ответы: 1. – 1) 2) 3) 4)
 2. – 1) 2) 3) 4)
 3. – 4)
- Задача № 31 Диагноз: *Graviditas 27 недель. Pyelonephritis acuta dextra.*
 Ответы: 1. – 1)
 2. – 1) 2) 3) 4)
 3. – 1) 2) 3) 4)
- Задача № 32 Диагноз: *Graviditas 33 недели. Хронический гломерулонефрит, смешанная форма. Задержка роста плода I ст. Отягощенный акушерский анамнез.*
 Ответы: 1. – 4)
 2. – 1) 2) 3) 4)
 3. – 1)
- Задача № 33 Диагноз: *Graviditas 40 недель. Partus maturus. Dyscoordinatio uteri Embolia amniotica. Шок 3 степени. Foetus mortus. Отягощенный акушерский анамнез.*
 Ответы: 1. – 1) 2) 3)
 2. – 1) 2) 3) 4)
 3. – 2)
- Задача № 34 Диагноз: *Graviditas 40 недель. Gemini. Partus maturus, praesentatio capitis 1-го плода, praesentatio pelvis 2-го плода.*
 Ответы: 1. – 1) 2) 3) 4)
 2. – 1) 2) 3) 4)
 3. – 1) 2) 4)
- Задача № 35 Диагноз: *Graviditas 32-33 недели. Praesentatio pelvis. Hypotensia. Задержка роста плода I степени, асимметричная форма.*
 Ответы: 1. – 2)
 2. – 1) 2) 3) 4)
 3. – 1) 2) 3) 4)
- Задача № 36 Диагноз: *Asphyxia neonatorum gr I.*
 Ответы: 1. – 1) 2) 3) 4)
 2. – 1) 2) 3) 4)
 3. – 1) 2) 4)

- Задача № 37 Диагноз: *Гемолитическая болезнь новорожденного: анемия без желтухи и водянки.*
 Ответы: 1. – 2)
 2. – 1)
 3. – 4)
- Задача № 38 Диагноз: *Graviditas 11–12 недель. Внебольничный аборт. Sepsis. Отягощенный акушерский анамнез.*
 Ответы: 1. – 3)
 2. – 1)
 3. – 1) 2) 3) 4)
- Задача № 39 Диагноз: *Puerperium. Mastitis serosa.*
 Ответы: 1. – 1) 2) 3) 4)
 2. – 1) 2) 4)
 3. – 2)
- Задача № 40 Диагноз: *Puerperium. Endometritis acuta.*
 Ответы: 1. – 1)
 2. – 1) 2) 3)
 3. – 1) 2) 3) 4)
- Задача № 41 Диагноз: *Акушерский перитонит после операции sectio caesarea. Ранняя форма. Отягощенный акушерский анамнез.*
 Ответы: 1. – 1) 2) 3) 4)
 2. – 1) 2) 3) 4)
 3. – 2)
- Задача № 42 Диагноз: *Graviditas extrauterina, прервавшаяся по типу трубного аборта.*
 Ответы: 1. – 1) 2) 3) 4)
 2. – 4)
 3. – 2)
- Задача № 43 Диагноз: *Graviditas extrauterina dextra, прервавшаяся по типу разрыва трубы. Геморрагический шок 3 степени. ОАА.*
 Ответы: 1. – 1) 3) 4)
 2. – 1) 2) 3) 4)
 3. – 2)
- Задача № 44 Диагноз: *Graviditas 10–11 недель. Rubella.*
 Ответы: 1. – 1) 2) 3) 4)
 2. – 1) 2) 3) 4)
 3. – 4)
- Задача № 45 Диагноз: *Graviditas 10 недель. Missed abortion. Синдром Патая.*
 Ответы: 1. – 4)
 2. – 1) 2) 3) 4)
 3. – 4)

- Задача № 46 Диагноз: *Graviditas 5 недель. Радиационное воздействие в I триместре беременности. Отягощенный бесплодием гинекологический анамнез.*
Ответы: 1. – 1)
 2. – 1) 2) 3) 4)
 3. – 3)
- Задача № 47 Диагноз: *Abortus habitualis. Синдром Тернера, мозаицизм.*
Ответы: 1. – 1) 2) 3) 4)
 2. – 1) 2) 3)
 3. – 1) 2) 3) 4)
- Задача № 48 Диагноз: *Graviditas 8 недель. Отягощенный акушерский анамнез (синдром Клайнфельтера при первой беременности).*
Ответы: 1. – 1)
 2. – 4)
 3. – 1) 2) 3) 4)
- Задача № 49 Диагноз: *Graviditas 16 недель. Отягощенный семейный анамнез. Подозрение на болезнь Дауна у плода.*
Ответы: 1. – 1) 2) 3) 4)
 2. – 1) 3)
 3. – 2)
- Задача № 50 Диагноз: *Graviditas 38-39 недель. Миома uteri.*
Ответы: 1. – 1)
 2. – 1)
 3. – 1) 2) 3) 4)

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная

1. Акушерство: учебник для мед. вузов / под ред. Г.М. Савельевой М.: «Медицина», 2004. – 816 с.
2. Акушерство: учебник / Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б, Курцер М.А. – М.: ГЭОТАР, 2008. – 656 с.
3. Айламазян Э.К. Акушерство: учебник для мед. вузов / Э.К. Айламазян. – СПб.: Специальная литература, 2004. – 496 с.
4. Айламазян Э.К. Акушерство: учебник для студентов медицинских вузов / Э.К. Айламазян. – 6-е изд. испр. доп. – СПб: СпецЛит, 2007. – 528 с.

Дополнительная

1. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 1056 с.
2. Акушерство: национальное руководство / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1200 с. – (Серия «Национальные руководства»).
3. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии: Руководство для практикующих врачей / В.И. Кулаков, В.Н. Серов, П.Р. Абакарова, А.Г. Антонов и др. – М.: «Литтера», 2007. – 1152 с.
4. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М., «Триада-Х», 2008. – 816 с.
5. ДеЧерни, Алан Х. Акушерство и гинекология: диагностика и лечение : учебное пособие для студентов медицинских вузов : в 2-х т. : пер. с англ. / А. Х. ДеЧерни, Л. Натан ; ред. А. Н. Стрижаков. – М. : МЕДпресс-информ, 200[^] 2009. - (ГАНСЕ). Т. 1 : Акушерство. – 2008. – 776 с.

Учебное издание

Авторский коллектив:

Евтушенко Ирина Дмитриевна – *д-р мед. наук, профессор*
Куценко Ирина Георгиевна – *д-р мед. наук, профессор*
Болотова Валентина Петровна – *канд. мед. наук, доцент*
Паршина Ольга Вадимовна – *канд. мед. наук, доцент*
Рыжова Ирина Александровна – *канд. мед. наук, доцент*
Иванова Татьяна Васильевна – *канд. мед. наук, доцент*
Тихонова Наталия Викторовна – *канд. мед. наук, ассистент*
Жабина Екатерина Сергеевна – *канд. мед. наук, ассистент*
Волков Рэм Валерьевич – *канд. мед. наук, ассистент*
Попова Валентина Нефёдовна – *ассистент, зав. акуш. кли-
никой*

Под редакцией:

Евтушенко Ирины Дмитриевны, *д-ра мед. наук, профессора*

**АКУШЕРСТВО.
ЛАТИНСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ
И СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**
Учебное пособие

Редакционно-издательский отдел СибГМУ
634050, г. Томск, пр. Ленина, 107
тел. 8(382-2) 51-41-53
E-mail: bulletin@bulletin.tomsk.ru
Редактор: Е.М. Харитонова
Корректор: И.А. Зеленская

Подписано в печать 26.01.2012 г.
Формат 60x84 $\frac{1}{16}$. Бумага офсетная.
Печать ризограф. Гарнитура «Times». Печ. лист. 5,56
Тираж 250 экз. Заказ № 37

Отпечатано в лаборатории оперативной полиграфии СибГМУ
634050, Томск, ул. Московский тракт, 2