

ВСЕРОССИЙСКАЯ ОЛИМПИАДА ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ  
«ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ И ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО»

*Выберите один правильный ответ*

- 1. Анатомически узким принято считать всякий таз, у которого по сравнению с нормальным:**
  - А. Все размеры уменьшены на 0,5 – 1 см.
  - Б. Хотя бы один размер уменьшен на 0,5 – 1 см.
  - В. Все размеры уменьшены на 1,5 – 2 см.
  - Г. Хотя бы один размер уменьшен на 1,5 – 2 см.
  
- 2. Таз может считаться анатомически узким, если величина наружной конъюгаты менее:**
  - А. 20 см.
  - Б. 19,5 см.
  - В. 19 см.
  - Г. 18,5 см.
  
- 3. Таз может считаться анатомически узким, если размер истинной конъюгаты менее:**
  - А. 12 см.
  - Б. 11,5 см.
  - В. 11 см.
  - Г. 10,5 см.
  
- 4. Таз может считаться поперечносуженным, если поперечный размер входа в малый таз составляет:**
  - А. Менее 13,5 до 13 см.
  - Б. Менее 13 до 12,5 см.
  - В. Менее 12,5 до 12 см.
  - Г. Менее 12 до 11,5 см.
  
- 5. Частота анатомически узкого таза составляет:**
  - А. 10 – 8%.
  - Б. 7 – 6%.
  - В. 5 – 4%.
  - Г. 3 – 2%.
  
- 6. Особенности биомеханизма родов при поперечносуженном тазе состоят в следующем:**
  - А. Обязательным является косое асинклитическое вставление головки плода.
  - Б. Может быть высокое прямое стояние головки плода.
  - В. Головка плода не может пройти все плоскости малого таза без своего внутреннего поворота.
  - Г. Первым моментом биомеханизма является дополнительное умеренное разгибание головки плода.
  
- 7. При следующих размерах: D.sp – 24 см, D.cr – 27 см, D.tr – 30 см, C.ext – 18 см – таз следует отнести:**
  - А. К плоскоррахитическому.
  - Б. К простому плоскому.
  - В. К поперечносуженному.
  - Г. К общеравномерносуженному.
  
- 8. При следующих размерах: D.sp – 26 см, D.cr – 27 см, D.tr – 31 см, C.ext – 17,5 см – таз следует отнести:**
  - А. К плоскоррахитическому.
  - Б. К простому плоскому.
  - В. К поперечносуженному.
  - Г. К общеравномерносуженному.
  
- 9. Указанные особенности биомеханизма родов: длительное стояние головки плода стреловидным швом в поперечном размере входа в малый таз, некоторое разгибание головки плода во входе в малый таз, асинклитическое вставление головки плода (чаще заднетеменной асинклитизм) – характерны для следующей формы анатомически узкого таза:**

- А. Простой плоский.
- Б. Плоскорихитический.
- В. Общеравномерносуженный.
- Г. Поперечносуженный.

**10. Для общеравномерносуженного таза характерно:**

- А. Уменьшение только прямого размера входа в малый таз.
- Б. Одинаковое уменьшение всех размеров малого таза.
- В. Удлинение крестца.
- Г. Уменьшение только прямого размера выхода в малый таз.

**11. Уплотнение верхнего треугольника пояснично-крестцового ромба характерно для следующей формы анатомически узкого таза:**

- А. Поперечносуженного.
- Б. Простого плоского.
- В. Плоскорихитического.
- Г. Общеравномерносуженного.

**12. Для биомеханизма родов в переднеголовном предлежании характерны следующие основные особенности:**

- А. Головка плода проходит плоскости малого таза своим средним косым размером.
- Б. Внутренний поворот головки плода совершается при переходе из широкой части полости малого таза в узкую.
- В. Ведущая точка на головке плода расположена между большим и малым родничками.
- Г. Характерным является задний вид.

**13. Простой плоский таз характеризуется:**

- А. Уменьшением всех прямых размеров полости малого таза.
- Б. Увеличением высоты таза.
- В. Уменьшением поперечного размера пояснично-крестцового ромба.
- Г. Увеличением всех поперечных размеров полости малого таза.

**14. Указанные особенности биомеханизма родов: долгое стояние головки плода стреловидным швом в косом размере во входе в малый таз, выраженное сгибание головки плода, строго синклитическое вставление головки плода – характерны для следующей формы анатомически узкого таза:**

- А. Общеравномерносуженного.
- Б. Общесуженного плоского.
- В. Простого плоского.
- Г. Поперечносуженного.

**15. Степень сужения таза определяется по уменьшению размера:**

- А. Анатомической конъюгаты.
- Б. Истинной конъюгаты.
- В. Горизонтальной диагонали пояснично-крестцового ромба.
- Г. Высоты стояния дна матки.

**16. Уменьшение размера истинной конъюгаты до 10 см позволяет отнести таз к степени сужения:**

- А. I.
- Б. II.
- В. III.
- Г. IV.

**17. Размер истинной конъюгаты 8,5 см позволяет отнести таз к степени сужения:**

- А. I.
- Б. II.
- В. III.
- Г. IV.

**18. В прогнозе родов при анатомически узком тазе наибольшее значение имеет:**

- А. Высота стояния дна матки.
- Б. Окружность живота.
- В. Размер истинной конъюгаты.

Г. Размеры ромба Михаэлиса.

**19. Клинически узкий таз – это:**

- А. Одна из форм анатомически узкого таза.
- Б. Отсутствие продвижения головки плода при слабости родовой деятельности.
- В. Несоответствие головки плода и таза матери, выявленное во время беременности.
- Г. Несоответствие головки плода и таза матери, выявленное во время родов.

**20. Основными причинами возникновения клинически узкого таза являются:**

- А. Переднетеменной асинклитизм.
- Б. Отсутствие дородовой подготовки пациентки и наличие крупного плода.
- В. Анатомическое сужение таза и наличие крупного плода.
- Г. Чрезмерно сильная родовая деятельность.

**21. Роды при I степени клинически узкого таза (относительное несоответствие) характеризуются следующим:**

- А. Биомеханизм родов не соответствует форме таза.
- Б. Длительность родового акта дольше обычного.
- В. Симптом Вастенарезко положительный.
- Г. Рано появляются признаки угрожающего разрыва матки.

**22. III степень клинически узкого таза (абсолютное несоответствие) характеризуется следующими признаками:**

- А. Биомеханизм родов соответствует форме узкого таза.
- Б. Признак Вастена отрицательный.
- В. Отсутствует способность головки плода к конфигурации.
- Г. Роды через естественные родовые пути возможны.

**23. Потуги при головке, прижатой к входу в малый таз, и отошедших околоплодных водах свидетельствуют:**

- А. Об окончании первого периода родов.
- Б. О начавшемся разрыве матки.
- В. О клинически узком тазе.
- Г. Об ущемлении передней губы шейки матки.

**24. При диагностике клинически узкого таза II степени во втором периоде родов и живом плоде наиболее правильным является выбор следующего способа родоразрешения (при наличии условий):**

- А. Внутривенная капельная стимуляция окситоцином для усиления потуг и естественного родоразрешения.
- Б. Наложение акушерских щипцов.
- В. Вакуум-экстракция плода.
- Г. Операция кесарева сечения.

**25. При диагностике клинически узкого таза III степени в первом периоде родов и живом плоде наиболее правильна следующая акушерская тактика:**

- А. Внутривенная капельная стимуляция окситоцином.
- Б. Применение приема Кристеллера или бинта Вербова.
- В. Проведение наружного поворота плода на тазовый конец.
- Г. Проведение операции кесарева сечения.

**26. Признак Вастена можно оценить при всех перечисленных условиях, кроме:**

- А. Излития околоплодных вод.
- Б. Прижатой к входу в малый таз головки плода.
- В. Открытия шейки матки на 8 – 10 см.
- Г. Целого плодного пузыря.

**27. Положительный симптом Вастена свидетельствует:**

- А. Об угрозе разрыва матки.
- Б. О наличии крупного плода.
- В. О развитии слабости родовой деятельности.
- Г. О крайней степени несоответствия головки плода и таза матери.

**28. При заднетеменном асинклитическом вставлении головки доношенного некрупного плода следует применить:**

- А. Операцию кесарева сечения.
- Б. Родостимуляцию окситоцином на фоне спазмолитиков.
- В. Акушерские щипцы.
- Г. Вакуум-экстракцию плода.

**29. Функциональную оценку таза следует проводить:**

- А. В I периоде родов.
- Б. Во II периоде родов.
- В. После излития околоплодных вод.
- Г. Период родов значения не имеет.

**30. Если анатомически узкий таз сочетается с переднетеменным асинклитическим вставлением головки плода, то роды надо вести:**

- А. С применением стимуляции окситоцином.
- Б. С применением наркотических анальгетиков.
- В. В зависимости от формы анатомически узкого таза.
- Г. В зависимости от роста роженицы.

**31. Отрицательный признак Вастена свидетельствует:**

- А. О полном соответствии головки плода и таза матери.
- Б. Ни о чем не свидетельствует.
- В. О наличии некрупного плода.
- Г. О правильном вставлении головки плода.

**32. Если анатомически узкий таз сочетается с заднетеменным асинклитическим вставлением головки плода, то роды следует вести:**

- А. Консервативно.
- Б. В зависимости от формы анатомически узкого таза.
- В. В зависимости от массы тела плода.
- Г. Только путем кесарева сечения.

**33. При анатомически узком тазе II степени и живом плоде вопрос о родостимуляции решается, как правило, следующим образом:**

- А. Проводится всегда.
- Б. Не проводится.
- В. В зависимости от артериального давления роженицы.
- Г. В зависимости от предлежания плода.

**34. Для выбора тактики ведения родов при узком тазе важнее всего определить:**

- А. Размеры плода.
- Б. Росто-весовые показатели женщины.
- В. Форму анатомически узкого таза и степень сужения таза.
- Г. Размеры ромба Михаэлиса.

**35. Запущенное поперечное положение плода – это такая акушерская ситуация, при которой имеет место:**

- А. Наличие предлежащей ручки плода при его поперечном положении.
- Б. Выпадение ручки плода и вколачивание в таз плечика плода.
- В. Наличие целого плодного пузыря при поперечном положении плода в I периоде родов.
- Г. Поперечное положение плода, возникшее в I периоде родов.

**36. При запущенном поперечном положении живого доношенного плода, хорошем его состоянии и отсутствии признаков инфекции у матери наиболее правильным будет проведение:**

- А. Комбинированного акушерского поворота плода на головку с последующей его экстракцией.
- Б. Наружного акушерского поворота плода на головку.
- В. Родостимуляции окситоцином в надежде на самопроизвольный поворот плода.
- Г. Операции кесарева сечения.

**37. При проведении первого этапа операции комбинированного акушерского поворота (при поперечном положении плода и полном открытии маточного зева) большое значение имеет следующее:**

- А. Вводится та рука, которой лучше всего владеет акушер-гинеколог.

- Б. Вводится рука акушера-гинеколога, разноименная позиции плода.
- В. Вводится рука акушера-гинеколога, одноименная позиции плода.
- Г. Комбинированный акушерский поворот производится при помощи акушерских щипцов.

**38. При проведении второго этапа операции (при поперечном положении плода, его переднем виде и полном открытии маточного зева) обычно:**

- А. Захватывают вышележащую ножку плода.
- Б. Захватывают нижележащую ножку плода.
- В. Выбор ножки плода значения не имеет.
- Г. Выбор ножки плода зависит от его массы.

**39. После комбинированного акушерского поворота плода (при полном открытии маточного зева) контрольное ручное обследование полости матки производят:**

- А. Обязательно.
- Б. Только в случае подозрения на неполный разрыв матки.
- В. Только в случае начала кровотечения.
- Г. Только в случае наличия крупного плода.

**40. Особенностью биомеханизма родов при плоском тазе является:**

- А. Некоторое сгибание головки плода во входе в малый таз.
- Б. Внутренний поворот головки плода совершается на тазовом дне.
- В. По окончании внутреннего поворота головки плод находится, как правило, в переднем виде.
- Г. Отмечается высокое прямое стояние головки плода.

**41. В биомеханизме родов при переднеголовном предлежании ведущей точкой является:**

- А. Малый родничок.
- Б. Середина между большим и малым родничками.
- В. Большой родничок.
- Г. Середина лобного шва.

**42. В биомеханизме родов при переднеголовном предлежании плода точками фиксации, как правило, являются:**

- А. Верхняя челюсть и затылочный бугор.
- Б. Надпереносье и затылочный бугор.
- В. Нижняя челюсть и затылочный бугор.
- Г. Подбородок и затылочный бугор.

**43. Головка плода в родах при переднеголовном предлежании прорезывается окружностью, соответствующей:**

- А. Малому косому размеру.
- Б. Большому косому размеру.
- В. Прямому размеру.
- Г. Вертикальному размеру.

**44. В биомеханизме родов при лобном предлежании ведущей точкой является:**

- А. Середина лобного шва.
- Б. Корень носа.
- В. Большой родничок.
- Г. Малый родничок.

**45. При лобном предлежании доношенного плода родоразрешение проводят:**

- А. Путем наложения вакуум-экстрактора на головку плода.
- Б. С помощью атипичных акушерских щипцов.
- В. Путем кесарева сечения.
- Г. Через естественные родовые пути с применением родостимуляции окситоцином или простагландинами.

**46. Роды через естественные родовые пути при лобном предлежании доношенного плода:**

- А. Возможны.
- Б. Невозможны.
- В. Требуют индивидуального подхода.
- Г. Зависят от массы плода.

**47. При каком биомеханизме родов головка проходит полость малого таза своим большим косым размером:**

- А. При заднем виде затылочного предлежания.
- Б. При переднеголовном предлежании.
- В. При лобном предлежании.
- Г. При лицевом предлежании.

**48. При наружном акушерском исследовании о поперечном положении плода свидетельствует:**

- А. Окружность живота более 100 см.
- Б. Высота дна матки свыше 39 см.
- В. Уменьшение вертикального размера пояснично-крестцового ромба.
- Г. Отсутствие предлежащей части, определяемой третьим приемом Леопольда.

**49. Клинически узкий таз – это:**

- А. Остановка родов из-за утомления роженицы.
- Б. Упорная слабость родовой деятельности.
- В. Дискоординация родовой деятельности.
- Г. Несоразмерность размеров головки плода и таза женщины, возникающая в первом периоде родов.

**50. При клинически узком тазе I степени несоответствия имеет место:**

- А. Положительный симптом Вастена.
- Б. Заднетеменной асинклитизм.
- В. Потуги при высоко стоящей головке.
- Г. Положительный симптом Пискачека.

**51. При абсолютном несоответствии головки плода и таза женщины имеет место:**

- А. Потуги при высоко стоящей предлежащей части.
- Б. Кровотечение из половых путей.
- В. Замедленное продвижение плода в полости малого таза.
- Г. Прекращение мочеиспускания.

**52. При влагалищном исследовании роженицы определяется гладкая поверхность, пересеченная швом. С одной стороны к шву примыкают надпереносье и надбровные дуги, с другой – передний угол большого родничка. В этом случае имеет место следующий вид предлежания плода:**

- А. Затылочное.
- Б. Переднеголовное.
- В. Лобное.
- Г. Лицевое.

**53. Если при наружном акушерском исследовании размер головки плода, измеренный тазомером, превышает 12 см, следует заподозрить:**

- А. Крупный плод.
- Б. Гидроцефалию плода.
- В. Лобное предлежание плода.
- Г. Высокое прямое стояние головки.

**54. Следующий биомеханизм родов: сгибание головки плода во входе в малый таз, внутренний поворот головки в полости малого таза, затылком кпереди, разгибание головки – характерен для предлежания:**

- А. Переднеголового.
- Б. Лобного.
- В. Затылочного, передний вид.
- Г. Затылочного, задний вид.

**55. При каком биомеханизме родов головка проходит полость малого таза своим вертикальным размером:**

- А. Задний вид затылочного предлежания.
- Б. Переднеголовное предлежание.
- В. Лобное предлежание.
- Г. Лицевое предлежание.

**56. При заднем асинклитизме стреловидный шов расположен:**

- А. Ближе к лону.
- Б. Ближе к мысу.

В. Строго по оси таза.

Г. Параллельно прямому размеру плоскости входа в малый таз.

**57. В биомеханизме родов при лицевом предлежании плода ведущей точкой является:**

А. Подъязычная кость.

Б. Подбородок.

В. Нос.

Г. Верхняя челюсть.

**58. В биомеханизме родов при лицевом предлежании плода точкой фиксации, как правило, является:**

А. Подъязычная кость.

Б. Верхняя челюсть.

В. Подзатылочная ямка.

Г. Надпереносье.

**59. В этиологии тазового предлежания, вероятнее всего, имеет значение следующее:**

А. Гестационный сахарный диабет.

Б. Переношенная беременность.

В. Предлежание плаценты.

Г. Рубец на матке после операции кесарева сечения.

**60. Частота тазового предлежания обычно составляет:**

А. 4 – 5%.

Б. 6 – 7%.

В. 8 – 9%.

Г. 12 – 13%.