**Мамандығы –** 051 301 – «жалпы медицина»

**Кафедра –** №2акушерліс іс және гинекология

**1.7. АКУШЕРИЯ ЖӘНЕ ГИНЕКОЛОГИЯ ПӘНІ БОЙЫНША БІЛІМ-ТӘЖІРИБЕЛІК ДАҒДЫЛАРДЫ ҚОРЫТЫНДЫ БАҒАЛАУ ҮШІН ҚОЛДАНЫЛАТЫН БАҚЫЛАУ-ӨЛШЕГІШ ҚҰРАЛДАРЫ**

**Курс:** 5 (бесінші)

**Пән:** акушерлік іс және гинекология

Құрастырушы: №2акушерлік іс және гинекология кафедрасының меңгерушісі,

м.ғ.д. Қалиева Л.Ғ.

**Алматы 2011жыл.**

Акушерия және гинекология пәні бойынша білім-тәжірибелік дағдыларды қорытынды бағалау үшін қолданылатын бақылау-өлшегіш құралдары кафедра меңгерушісі Л.Ғ. Қалиева құрастырған. Типтік бағдарлама Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау Министрінің қызметін атқарушының 2010 жылының 17 қыркүйекте шыққан №731бұйрығымен бекітілген 051301 – «Жалпы медицина» мамандығы бойынша 2006 жылғы Мемлекеттік жалпы міндетті білім стандартына сәйкес құрастырылған.

Акушерия және гинекология пәні бойынша білім-тәжірибелік дағдыларды қорытынды бағалау үшін қолданылатын бақылау-өлшегіш құралдары №2 акушерия және гинекология кафедрасының отырысында талқыланды

«22» сәуір 2011 ж., № 18 хаттама

Кафедра меңгерушісі, м.ғ.д. Л.Ғ. Қалиева

ГЛОССАРИЙ

17-ОПК - 17-оксипрогестерон капронаты

АГС -адреногениталдық синдром

АИВ -адам иммунтапшылық вирусы

ЖІС -жатырішілік сірпе

ВМС Т Си-380 А -сірпенің мыс сымының диаметрі 0,3мм

ЖТД -жалпы тәжірибелік дәрігер

ЖГВ -жәй герпес вирусы

ҚКЕ -қалалық клиникалық емхана

ЖДҚ -жатырдан дисфункционалдық қанкету

ДМПА -депо-медроксипрогестерон ацетаты

ЕХС -еркіндің хирургиялық стерилизация

ОГТ -орынбасушы гормоналдық терапия

ЖЖТА -жыныс жолдарымен таралатын аурулар

ЖИА -жүректің ишемиялық ауруы

ИФЗ -иммуноферменттік зерттеу

ҚАК -қосарланған ауыз арқылы қабылдайтын контрацептивтер

ЛГ -лютеин ынталандырушы гормон

ҚР ДМ -Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау Министерлігі

ҚАЖ-Х -қалықаралық аурулар жіктеуі (10-шы қайта қарау)

ПТР -полимераздық тізбе реакциясы

АИТС -адамның иммун тапшылық синдромы

ЖТЖ -жүрек тамыр жүйесі

ФДТ -функционалдық диагностикалық тестілері

УДЗ -ультрадыбыстық зерттеу

ФГ -фолликул ынталандырушы гормон

АХГ -адамның хориогоникалық гормоны

ЦМВ -цитомеголовирус

ТПК -таза прогестиндік контрацептив

ТАПК -таза ауыз арқылы қабылдайтын прогестиндік контрацептив

ЭЭГ -электроэнцефалография

**ТЕСТІЛЕР және СҰРАҚТАР**

1. **ші сабақ. Жүктілік және босанғаннан кейін әйелді амбулаторлық жүргізу**

**Сұрақтар**

1. Жүкті әйел консультацияға бірінші рет келгенде қандай зерттеулер жүргізілу керек?
2. Қандай жағдайда жүкті әйелді жоғарғы қауіп-қатер тобына тіркеу керек?
3. Жүктіліктің қай мерзімінде әйелге декреттік демалыс беріледі?
4. Жүктілікті анықтау әдістері
5. Жүктіліктің ерте мерзімінде анықтайтын лабораторлық зерттеу әдістері
6. Нәрестенің жағдайын анықтайтын зерттеу әдістерін атаңыз
7. Қандай жағдайда келесі диагноздар қойылады:
   1. Созылмалы гипертензия
   2. Жүктілікпен байланысты гипертензия
   3. Жүктілікпен байланысты ісіну
   4. Жеңіл дәрежелік преэклампсия
   5. Ауыр дәрежелік преэклампсия
8. Жүктілік кезіндегі қанкетудің этиологиясы
9. Босанғаннан кейінгі кезеңдегі қанетудің этиологиясы
10. Жүктіліктің үзілу қаупінің қандай түрінде науқасты стационарға жатқызу керек? Қандай стационарға?
11. Босанғаннан кейін әйел қашан перзентханадан шығарылады?
12. Босанып перзентханадан үйіне шыққан әйелге гинеколог қашан келеді?
13. Босанып шыққан әйелді жоспарлық тексеру деген не? Ол қашан жүргізіледі?
14. Босанғаннан кейін әйелге кеңес қалай жүргу керек? Пациентпен қандай сұрақтарды талқылау керек?
15. Әйел босанғаннан кейінгі мерзімі қалыпсыз жүргенінің қандай белгілері бар?
16. Босанағаннан кейінгі қабыну процесстерді қалай анықтау керек? ЖТД тактикасы?
17. Әйелдің емізіктерінде сызаттар пайда болған жағдайда не істеу керек? Маститті алдын алу әдістері.
18. Босанғаннан кейінгі қанкетудің алдын алу салалары.

**Тестілер**

1. Экстрагениталді патологиясы жоқ, жүктілігі физиологиялық жағдайда өткен жағдайда әйел консультацияға неше рет келу керек:
   1. 4 рет
   2. +7 рет
   3. 10 рет
   4. 12 рет
   5. Өзін бақылап жүрген акушер-гинеколог шешеді
2. Әйелдің соңғы етеккірі 5 наурыз 2010 жылы болды. Тексерілуге әйелдер консультациясына 15 мамыр 2010 жылы келді. Босану мезгілін анықтаңыз:
   1. 5 желтоқсан 2010 жыл
   2. +12 желтоқсан 2010 жыл
   3. 15 желтоқсан 2010 жыл
   4. 15 желтоқсан 2011 жыл
   5. 12 желтоқсан 2011 жыл
3. Әйел 2 апта бойы етеккірің кідіруі, тәңертеңгілікте жүрек айну, ішінің төменіндегі ауыру сезіміне (көбіне сол жағында) шағымданады. Дәрігер әдейі гинекологиялық зерттеу жүргізіп, УДЗ-дан кейін «Үдемелі жатырдан тыс жүктілік» деген диагноз қойды. Диагнозы дәлелдеу үшін қандай қосымша зерттеу жүргізу керек:
   1. Екінші рет УДЗ жүргізу
   2. Бірнеше рет УДЗ жүргізу
   3. АХГ тексеру
   4. +АХГ деңгейінің өзгерісін анықтау
   5. Стационарға диагностикалық лапароскопияға бағыттау
4. Жорданиа тәсілі бойынша нәрестенің болжам салмағын (Мn) өлшеңіз (ІШ – іш шеңбері, ЖТБ – жатыр түбінің биіктігі, Р- анасының бойы (см.), М – ананың салмағы (кг.), п = 12, К = 155):
   1. M*n*= (ІШ + ЖТБ + Р +М)∙10
   2. + M*n*= ІШ ∙ ЖТБ
   3. M*n*=(ЖТБ – п) ∙ К
5. Даун ауруын анықтайтын УДЗ мәліметтері:
   1. Ұрық басының шеңбер өлшемі жоғары болады
   2. Ұрықта асцит байқалады
   3. +Ұрықтың желкесіндегі терісінің қалыңдығы үлкееді
   4. Ұрықтың желкесіндегі терісінің қалыңдығы жұқарады
   5. Ұрық басының шеңбер өлшемі төмен болады
6. Әйелде 7-ші жүктілік, босануы 6-шы болады. 3-ші жүктілігі 16-17апталғында өзіндік түсікпен аяқталды. Қалған жүктіліктері мезгіліне жетіліп физиологиялық босанумен аяқталды. Соңғы баласын 2 жыл бұрын босанды, асқыну болған жоқ. Әйел Алматы қаласының тұрғыны, ол қай мекемеде босану керек:
   1. Тұрған мекенжайындағы перзентханада
   2. +Перинаталдық орталығында
   3. Акушерия, гинекология және перинатология ғылыми орталығында
   4. Кафедраның клиникалық базасы ретінде саналатын перзентханада
   5. Әйелдің қалаған перзентханасында
7. Босанғаннан 7 күн өткесін әйел дене қызуы 380С, әлсіздік, жөтелуіне шағымданып гинекологқа келді. Сүт бездері жұмсақ, емізіктерінде сызаттар байқалмайды. Өкпесінің төменгі аймақтарында тыныс әлсізденген, бірен-сараң сырыл естіледі. Іші жұмсақ, төменгі аймақтарын пальпациялағанда сезімталдық байқалады. Лохиялары – қан аралас, орташа мөлшерде. Дәрігердің тактикасы:
   1. Поликлиникада зерттеу: жалпы қан анализі, өкпенің рентгенографиясы, қақырығын 3 рет бактериоскопиялық зерттеу
   2. Антибактериалық терапия
   3. Клиникалық аурухананың терапевтикалық бөлімшесіне жатқызу
   4. +Перзентханаға жатқызу
   5. Фтизиатрдың тексеруі қажет
8. Әйел 20 жаста. Жағдай ауыр, адинамия. Дене қызуы 40-410 С, қалтырау. Лимфобездері ұлғайған. Сүт бездері қызарып, қатайып, көлемі үлкейген. Диагноз:
   1. Іріңді мастит
   2. Лактостаз
   3. Сероздық мастит
   4. Инфильтративтік мастит
   5. +Флегманоздық мастит
9. Босанғаннан кейінгі әйелдің жатыр түбінің биіктігі кіндіктен 3 көлденен саусаққа төмен. Лохиялары – қанды-серозды. Әйелдің босанғанына неше күн болды:
   1. 1-2
   2. +3-4
   3. 5-6
   4. 6-7
   5. 7-8
10. Қасаға сүйектерінің ажырауында дәрігердің тактикасы қандай:
    1. +Кіші жамбасты қатты таңып, төсек режимін сақтау керек
    2. Оперативті ем
    3. Симптоматикалық терапия
    4. Антибактериалді терапия
    5. Инфузионды терапия

**2-ші сабақ. ТЖД жұмысында кездесетін әйел жыныс мүшелерінің қабыну аурулары**

**Сұрақтар**

1. Әйел жыныс мүшелерінің қабыну аурулар санының өсу себебі.
2. Әйел жыныс мүшелерінің төменгі бөлігінің ауруларын анықтау әдістері
3. Әйел жыныс мүшелерінің жоғарғы бөлігінің ауруларын анықтау әдістері. Минималді лабораторлық зерттеу скринингі.
4. Қандай экстрагениталдық ауруларының симптомдары жыныс ағзаларының ауруына ұқсас болады.
5. Жыныс жолдары арқылы таралатын аурулар.
6. Алдын алу мониторингі деген не?
7. Жыныс мүшелер аурулары бойынша шығарылған ҚР ДМ протоколдары.
8. Қыз бала және жасөспірім кезеңінде болған жыныс мүшелері қабыну ауруларының ерекшеліктері
9. Бактериоскопияға жағынды алуын көрсетіңіз

**Тестілер**

1. Төменгі көрсетілген тізімнен жыныс мүшелерінің жоғарғы бөлігінің қабыну ауруларының жиі кездесетін этиологиясын атаңыз:
   1. стафилококтар
   2. стрептококтар
   3. +гонококтар
   4. гарднерелдер
   5. гемофилді таяқшалары
2. 20 жастағы пациенттің анамнезін анықтағаннан кейін сіз жатырдың қосалқыларының жедел қабынуына күмәндандыңыз. Осы жағдайда жүргізетін іс-әрекетіңіз:
   1. +Уретра, цервикал каналы және қынаптан бактериоскопияға жағынды алу
   2. Цервикал каналынан цитологиялық зерттеуге жағынды алу
   3. Ультрадыбыстық зерттеу жүргізу
   4. Антибактериалдық терапияны бастау
   5. Лапароскопия жүргізу
3. Аборттан кейін 30 жасар әйелдің етеккірі аз мөлшерде келетін болды. Гистероскопия кезінде атрофиялық эндометрий анықталды. Сіздің диагнозыңыз:
   1. +Созылмалы эндометрит
   2. Ашерман синдромы
   3. эндометрит
   4. Эндометридің қатерлі ісігі ықтимал
   5. Плацентарлы полип
4. Трихомониаздың клиникалық белгілері:
   1. +Қынаптан көпіршіген бөлінділер, сыртқы жыныс мүшелерінің қышуы
   2. Ішінің төменгі бөлігінің ауыруы
   3. Етеккір циклінің бұзылуы
   4. Жағынды түрдегі қанды бөлінділер
   5. Қынаптық гиперемиясы
5. Әйелдер консультациясына 29 жастағы науқастың шағымдары: іштің төменгі бөлігіндегі қатты ауыру сезім, жыныс жолдарында бөлінділер көбеюі. Осы симптомдар 3 апта бұрын пайда болды. Айнамен зерттеу мәліметтері: қынап және жатыр мойынының шырышты қабатының түсі қалыпты, бөлінділері шырышты, орташа мөлшерде. ЖІС-тің мұртшалары көрініп тұр. PV: жатыр мойыны цилиндр тәрізді, еренуі жабық. Жатыр кіші жамбастың ортасында орналасқан, қозғалмалы, көлемі қалыпты, пальпациялағанда сезімтал. Екі жағындағы қосалқылары қалыңдаған, қозғағанда айқын ауырады. Болжам диагноз:
   1. +ЖІС фонындағы екі жақты сальпингоофорит, эндометрит
   2. ЖІС фонындағы екі жақты сальпингит, эндометрит
   3. ЖІС фонындағы эндометрит
   4. ЖІС фонындағы екі жақты аднексит
   5. ЖІС фонындағы пельвиоперитонит
6. Науқасты тексергенде келесі өзгерістер байқалды: қынап бөлінділерінің рН 4,5 жоғары, шырышты қабатының гиперемиясы, аминді тест -оң, микроскопиялық зерттеу кезінде жағындыдан "кілттік жасушалар" байқалды. Диагноз:
   1. +бактериалді вагиноз
   2. Бейспецификалық вагинит
   3. кандидозды вагинит
   4. трихомонадты кольпит
   5. Қынапқа түскен бөтен заттан болған вагинит
7. 25 жастағы тұрмыс құрмаған әйелдің шағымдары: жыныс жолдарынан аз мөлшерде бөлінділер, жыныстық қатынастан кейін – қанды бөлінділер, оң жақ қабырға доғасының астындағы аймақтағы ауыру сезім, жалпы әлсіздік. Бір айдан бері жаңа жыныстық серіктесімен тұрады. 2 жыл бұрын бір жүктілік болған – аборт жасалған. Гинекологиялық тексеру мәліметтері: қынаптық бөлінділері шырышты, цервикал канал бөлінділері – ірің тәрізді. Жатыр мойынында көлемі кішкентай эктопиясы байқалады. Бимануалді зерттеу: жатыр мойыны ауыру сезімді. Жатыр қосалқылары, оң жақ қабырғаларының асты пальпация кезінде ауырады. Болжам диагноз:
   1. Жатыр қосалқыларының бейспецификалық қабынуы
   2. Трихомониаз
   3. +Хламидиоз, гонорея
   4. Цитомегаловирус, жай ұшық вирусы
   5. Туберкулездік сальпингит, эндометрит
8. АИВ инфицирленген науқастың жыныс жолдарынан іріңді бөлінділер бөлініп, ішінің төменгі бөлігі ауырып, дене қызуы субфебрилді көтерілді. Науқасты тексергеннен кейін клиникалық диагноз қойылды: Екі жақты жеделдеу бейспецификалық сальпингоофорит. Осы науқасты қай мекемеде емдеу керек:
   1. + Қалалық клиникалық аурухананың гинекологиялық бөлімінде
   2. ЖИТС орталығында
   3. Тері ауру және венерологиялық диспансерде
   4. Инфекциялық ауруханада
   5. Қалалық клиникалық аурухананың хирургиялық бөлімінде
9. Пациентка ауруханада жедел сальпингоофорит себебімен қабынуға қарсы ем алып шығып, поликлиникалық гинекологқа келді. Поликлиникалық дәрігердің тактикасы:
   1. 1 айдан кейін рецивке қарсы ем тағайындау
   2. Антибактериалдық емді 10 күнге дейін жалғастыру
   3. Сіңірлетін , физиоем тағайындау
   4. Екі рет етеккір келген кездерде рецидивке қарсы ем тағайындау
   5. +Үш рет етеккін келген кездерде рецидивке қарсы ем тағайындау
10. Науқасты қынаптық тексеру кезінде жатырдың артқы маңайында түзіліс пальпацияланды. Анамнезінен: ауырғанына 1 ай болды – аборттан кейін дене қызуы көтеріліп, қалтырау байқалады. Дәрігерге қаралған жоқ. Соңғы аптада ауыру сезім тік ішегінде пайда болды. Диагноз:
    1. Созылмалы сальпингит
    2. Жатырдан тыс жүктілік
    3. +Параметрит
    4. Ұрық жұмыртқасының қалдықтары
    5. Созылмалы аднексит

**3 сабақ. Әйелдің әр жасында кездесетін етеккір циклінің бұзылыстары. ЖТД тактикасы.**

**Сұрақтар**

1. Етеккір цикл бұзылуларының түрлері «жітеуі»?
2. Гонадалар дисгенезиясы деген не? Жыныс дамуының болмауы?
3. Жыныс дамуының кідіруі деп қандай жағдайда айтамыз?
4. Ерте жыныстық даму деп қандай жағдайда айтамыз?
5. Қандай аурулар етеккір циклінің бұзылуына себебші болуы мүмкін?
6. Дисфункционалдық жатырдан қанкетудің маңызын түсіндірініңіз
7. Ювенилді жатырдан қанкету кезіндегі ЖТД тактикасы
8. Постменопауза кезінде дәрігер қандай тактиканы қолданады?
9. Дисфукционалдық қанкету себебімен емделіп стационардан шыққан науқасты ЖТД қалай жүргізеді?
10. Климактерикалық бұзылыстардың түрлері? ЖТД тактикасы. Орынбасушы гормоналдық терапияға көрсетімдер.
11. Бимануалды тексеру әдісін көрстеіңіз

**Тестілер:**

1. Қалыпты етеккір циклінің ұзақтығы:
   1. +21-35 күн
   2. 28-30 күн
   3. 19-28 күн
   4. 26-35 күн
   5. 22-36 күн
2. Меноррагия деген:
   1. Ациклдық жатырдан қан кету
   2. +Циклдық жатырдан қан кету
   3. Ауыру сезімді, көп мөлшерде келетін етеккір
   4. Етеккір циклінің қысқа болуы
   5. Етеккір циклінің ұзаруы
3. Метроррагия деген:
   1. Етеккір ритмінің өзгеруі
   2. Етеккір кезінде көп қан кету
   3. Етеккірдің мөлшері көп болуы
   4. +Ациклдік жатырдан қан кету
   5. Етеккір сирек келуі
4. Гиперменорея деген:
   1. Етеккір циклінің ұзаруы
   2. +Етеккірдің ретті, көп мөлшерде келуі
   3. Етеккірдің ұзақ болуы
   4. Екі етеккір арасында келген қанды бөлінділер
   5. 2 ай кідіріп келген етеккір
5. Ювенил жасында дисфункционалды жатырдан қан кетудің жиі кезедсетін себебі:
   1. Гиполютенизм
   2. Фолликулдар персистенциясы
   3. +Фолликулдардың атрезиясы
   4. Гиперпролактинемия
   5. Қан ұюы жұмысының бұзылуы
6. Пременопауза кезеңінде дисфункционалдық жатырдан қанкетуді тоқтататын негізгі әдіс:
   1. Синтетикалық эстроген-гестагендік препараттар
   2. Қан тоқтататын және жатыр бұлшықеттерін жиырылтатын дәрі-дәрмектер
   3. Андрогендер
   4. 17-оксипрогестерон капронатын (17ОПК) үздіксіз енгізу
   5. +Цервикал канал және жатыр қуысын бөлек диагностикалық қыру
7. 38 жастағы науқас әйелдер консультациясына етеккір циклі метроррагия типті бұзылып келді. Дәрігердің тактикасы:
   1. Гормоналдық гемостаз жүргізу
   2. +Гинекологиялық бөлімшеге диагностикалық қыру жүргізу мақсатымен жолдама беру
   3. Науқастың гормондар деңгейлерін анықтау
   4. Антибактериалдық терапия
   5. Симптоматикалық ем
8. 18 жасар қыз бала гинекологиялық бөлімшесіне келесі шағымдармен түсті: басы айналады, 2 аптадан бері жыныс жолдарынан қанды бөлінділер байқалады. Етеккірі 16 жасынан, ретсіз, көп мөлшерде, ауыру сезімді. Жыныстық қатынаста болмаған. Объективті: тері жабындысы боз, Hb-85г/л, Ht-26%. Гинекологиялық зерттеу жүргізгенде өзгеріс байқалмайды. УДЗ – эндометридің функционалді қабаты - 0.4 см. Дәрігерлік тактика:
   1. + Гормоналдық гемостаз
   2. Жатыр қуысын қыру
   3. Артқы күмбез арқылы құрсақ қуысын пункциялау
   4. Медикаментозды гемостаз
   5. Гистероскопия
9. 60 жастағы әйелде 7 жыл менопауза кезінде жыныс жолдарынан қанды бөлінділер байқалды. Айнамен тексеру мәліметтері:қынап және жатыр мойынының шырышты қабаты таза, цервикал каналынан аз мөлшерде қанды бөлінділер байқалады. Қынаптық тексеру: Жатыр мойыны, денесінің консистенциясы қалыпты, көлемдері ұлғаймаған. Жатыр қосалқылар аймақтары бос, пальпацияланбайды. Кіші жамбаста инфильтрат жоқ, Дәрігердің тактикасы:
   1. Гормонотерапия
   2. +Цервикал каналы және жатыр қуысын бөлек диагностикалық қыру
   3. Гемостатикалық терапия
   4. Қабынуға қарсы терапия
   5. Бақылау
10. 42 жастағы науқасқа дисфункционалды жатырдан қанктеу себебінен хирургиялық гемостаз жүргізілді. Гистологиялық зерттеу мәліметі: эндометрий гиперплазиясы. Әрі қарай қандай ем тағайындау керек:
    1. Эстрогендер
    2. ҚАК
    3. +Гестагендер
    4. Дексаметазон
    5. Утеротониктер

**№4 Сабақ. Жанұя жоспарлау мәселесі жөнінде кеңес беру.**

**Сұрақтар**

1. «Репродуктивтік денсаулық», «Жанұяны жоспарлау», «Репродуктивтік құқық», «Репродуктивтік жүйке» деген не?
2. Жанұяны жоспарлау мәселелері бойынша кеңес беру прициптері
3. Контрацептцияның қандай түрлері бар. Контрацепцияға көрсетім, қарсы көрсетімдер.
4. Гормоналдық контрацептив қабылдап жүрген пациентті бақылау прициптері
5. Жасөспірім, босанғаннан әйелдер және соматикалық аурулары бар әйелдерге контрацепция жүргізу ерекшеліктері
6. «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы Қазақстан Республикасыныі кодексі. 3 –бап. 5-ші бөлім: 88-бап. Азаматтардың құқықтары.17-тарауында» қандай мәселелер талқыланады

**Тестілер:**

1. Консультирование деген:
   1. +Психологиялық және медициналық қолдаудың бір түрі
   2. Құқықтық ықпал жасаудың түрі
   3. Пациентпен нұсқаулық түрінде қарым-қатынас жасау
   4. Пациентті беріп отырған бағдарламаны толығымен түсіндірмеу
   5. Медициналық қолдаудың түрі
2. Репродуктивтің құқық деген:
   1. +Балалардың саны, арасындағы жасы, босандың мезгілі бойынша жұбайлардың және жеке тұлғалардың тегін шешімге келуі
   2. Босану жиілігі кемінде 1 жыл болу
   3. Ақысыз медициналық көмекке қол жеткізу
   4. Қосымша айлық табысқа қол жеткізу
   5. Тұрғын үй алуға мүмкіншілік болу
3. Студент қыз, тұрмыста жоқ, контрацептив жөнінде кеңес алуға келді. Жыныстық қатынас айына 2-3 рет болады, серіктестері бірнеше. Жүктілік болған жоқ. Контрацептив тағайындаңыз:
   1. регулон
   2. +презерватив
   3. ригевидон
   4. триквилар
   5. ЖІС
4. Күйеуі бар студент 25 жаста, бір баласы бар. Аяқ тамырларының созылмалы тромбофлебиті бар. Контрацептив тағайындаңыз:
   1. монофазды гормоналдық контрацепция
   2. хирургиялық стерилизация
   3. +ЖІС
   4. екіфазалық гормоналдық контрацепция
   5. үш фазалық гормоналдық контрацепция
5. АИД инфицирленген әйелге контрацептив жөнінде кеңес бергенде, қандай сұрақтарға көңіл аударасыз:
   1. Тек контрацептивті тағайындайсыз
   2. Контрацептивтердің түрлерінімен таныстырасыз, ал әйел контрацептивті өзі таңдайды
   3. Жыныстық қатынаста болмау керектігін айтасыз
   4. +Контрацептивтің түрлерімен таныстырасыз, әйелдің ден саулығын тексересіз, содан кейін ең тиімді контрацептив тағайындайсыз
   5. Хирургиялық стерилизация жүргізесіз
6. Жедел контрацепция қолдану тәртібі бойынша таблеткаларды 2 рет қабылдау керек: біріншісін - 72 сағаттан кешікпей, екіншісін - 12 сағаттан кейін. «Стандартты дозалы» ҚАК-ты дұрыс тағайындаңыз:
   1. 1-ші рет - 4 таблетка, 2-ші рет – тағы 2 таблетка
   2. +1- ші рет - 2 таблетка, 2- ші рет – еще 2 таблетка
   3. 1- ші рет - 2 таблетка, 2- ші рет – еще 4 таблетка
   4. 1- ші рет - 4 таблетка, 2- ші рет – еще 4 таблетка
   5. 1- ші рет - 1 таблетка, 2- ші рет – еще 1 таблетка
7. Медициналық аборттан кейін әйел ДМПА (Депо-медроксипрогестерона ацетат) атты инъекциялық контрацептив қолданғысы келетінін айтты. Бірінші инъекция қашан енгізілу керек:
   1. +Аборт жасалған кұні немесе 7 күннің аралығында
   2. Аборт жасалу алдында
   3. Аборттан 10 күн өткен соң
   4. Аборттан кейін 1 ай өткен соң
   5. Аборттан 6 апта өткен соң
8. Босанған әйел нәрестесіне өз сүтінен басқа қосымша тамақ береді. Дәрігер ДМПА (Депо-медроксипрогестерона ацетат) контрацептивін тағайындағысы келеді. Дәрігердің тактикасы дұрыс па? Дұрыс болса бірінші инъекцияны қашан жасау керек:
   1. +2 айдан кейін
   2. 6 аптадан кейін
   3. 1 жылдан кейін
   4. Басқа гормоналдық контрацептив тағайындау керек
   5. Құрамында гормондары жоқ контрацептив тағайындау керек
9. 25жастағы әйелдге босану әрекетінің әлсіздігі себебімен кесар тілігі операциясы жасалды. Операция кезінде жатырдың екіеселенуі анықталды (жатырдың туа біткен ақауы). Босанғаннан кейін пациентке контрацептивтің қандай түрін тағайындауға болмайды:
   1. +ЖІС
   2. презерватив
   3. ҚАК
   4. Ауыз арқылы қабылдайтын таза прогестиндер
   5. Спермицидтер
10. ЖІС-ке қарсы көрсетім:
    1. Артериалдық гипертензия
    2. +Сальпингоофорит
    3. Ревматизм
    4. Қант диабеті
    5. Варикоз ауруы

**РУБЕЖДІ БАҚЫЛАУ.**

1. Жүктіліктің қандай мерзімінде әйелге босануға дейінгі декреттік демалыс беріледі:
   1. 28-29 апта
   2. +30-31 апта
   3. 32-33 апта
   4. 26-27 апта
   5. 27-28 апта
2. Әйелдің соңғы етеккірі 5 наурыз 2010 жылы болды. Тексерілуге әйелдер консультациясына 15 мамыр 2010 жылы келді. Босану мезгілін анықтаңыз:
   1. 5 жетоқсан 2010 жыл
   2. +12 желтоқсан 2010 жыл
   3. 15 желтоқсан 2010 жыл
   4. 15 желтоқсан 2011 жыл
   5. 12 желтоқсан 2011 жыл
3. Даун ауруын анықтау үшін қандай скрининг әдісін қолдану керек. Төменгі тізімнен көрсетіңіз:
   1. Жүктіліктің ерте мерзімінде АХГ деңгейін анықтау
   2. +Жүктіліктің ерте мерзімінде УДЗ жүргізу
   3. Жүктіліктің 19-20 аптасында УДЗ жүргізу
   4. Хорион биопсиясы
   5. Кордография
4. Әйел 20 жаста. Осы бірінші жүктілігі. Әелдер консультациясына келгенде келесі диагноз қойылды: Жүктілікітің 37 аптасы. Преэклампсияның жеңіл дәрежесі. Жүкті әйел қандай перзентханаға жатқызылу керек. Әйел Алматы қаласының тұрғыны:
   1. 1-ші деңгейлік перзентханаға
   2. +2-ші деңгейлік перзентзанаға
   3. Акушерия, гинекология және перинатологиялық ғылыми орталығына (3-ші деңгей)
   4. Перинаталдық орталығына (3-ші деңгей)
   5. Әйелдің қалған перзентханасына
5. Қайта жүктілікті әйелдің осы жүктілігінің 28 аптасында балтыр және ішінде ісік пайда болды. АҚҚ – 160/110 мм с.б., 170/110 мм с.б., зәрінде 3,0г/л протеинурия. Әйелдер консультациясындағы дәрігердің тактикасы:
   1. Антигипертензивті терапия жүргізу
   2. + Магнезияның бастаушы дозасын енгізіп, перзентханаға жеткізу
   3. Диуретик тағайындау
   4. Магензиалді терапия жүргізіп емдеу
   5. Күндізгі стационарда емдеу
6. Босанғаннан кейінгі маститтің негізгі этиологиясы:
   1. +алтынттәрізді стафилококк
   2. гемолитикалық стрептококк
   3. ішек таяқшалары
   4. вирустық инфекция
   5. анаэробтық инфекция
7. Босанғаннан 12 күннен кейін әйелдің дене қызуы 380С көтеріліп, қалтырау, сүт бездірінде ауыру сезім байқалды. НАуқасты тексергенде сүт безінді көлемі 2х3 см ауыру сезімді түзіліс пальпацияланды. Түзілістің маңындағы тері қабаты қызарып кеткен. Диагноз:
   1. іріңді мастит
   2. лактостаз
   3. сероздық мастит
   4. +инфильтративтік мастит
   5. флегмоноздық мастит
8. Босанғаннан кейінгі қабыну ауруларының этиологиясын анықтау үшін бактериологиялық зерттеуге материалды қай жерден алу керек:
   1. ірің (болған кезде)
   2. көк тамыр қаны
   3. +жатыр ішінен алынған бөлінділер
   4. сүт бездерінен шыққан сүт немесе бөлінділер
   5. зәр
9. Әйел перзентханадан босанғаннан 3 күннен кейін үйіне шығарылды. Жатыр түбі қай жерде орналасу керек:
   1. +Кіндіктен 5-6 см төмен
   2. Кіндіктен 7-8 см төмен
   3. Кіндіктен 3 см төмен
   4. Қасағаның бойында
   5. Қасағадан төмен
10. Жаңа туған нәресте салмағы ХАЖ – 10 қаралымы бойынша 1000,0 гр. Oсы баланың салмағы қандай деп есептеледі:
11. Кішкентай салмақ
12. +Өте кішкентай салмақ
13. Өте төтенше кішкентай салмақ
14. Жай кішкентай салмақ
15. Сын кішкентай салмақ
16. Альфа-фетопротеин деңгейі қандай ауыруында жоғарлайды:
17. Ұрықтың дамуы дұрыс болғанда
18. +Ұрық жүйке трубкасының қалыптасуы дұрыс болмаса
19. Ұрық бүйрегінің қалыптасуы дұрыс болмаса
20. Ұрық жатырының қалыптасуы дұрыс болмаса
21. Үрық Даун ауруына шалдықса
22. Ұрық жүйке трубкасы дұрыс қалыптасу үшін әйелге жүктіліктің 12 аптасына дейін қандай препарат тағайындау керек:
23. Минералді-витамин кешені
24. Жақсы тамақтану
25. +Фолий қышқылын
26. Йод препараттарын
27. Ұйқы және демалу режимін сақтау
28. Нәрестеде кефалогематома болған жағдайда, қандай асқыну болуы мүмкін:
    1. +инфекциялық
    2. анемия
    3. ешқандай қауіп жоқ
    4. тыныс алу бұзылыстары
    5. гипогликемия
29. Босанғаннан кейін эндометрий структурасы толығымен өз қалыпына қашан келеді:
30. 10-15 күннен кейін
31. 2-3 аптадан кейін
32. 4-5 аптадан кейін
33. +6-8 аптадан кейін
34. 9-10 аптадан кейін
35. Әйелге ЖІС енгізілген. Әйел етеккірі келіп кеткеннен кейін ЖІС-тің мұрташаларын өзі қолымен тексеріп таба алмай қалған жағдайда не істеуі керек:
    1. Абыржымау керек, кейде ЖІС мұрташалары жатыр қуысына кіріп кетеді
    2. Келесі етеккірі келіп кеткенде ЖІС мұртшаларының бар-жоғын тағы тексеру керек
    3. Күнде тексеріп тұру керек, ЖІС мұрташалары қайтадан қалыпына келеді
    4. + Дереу дәрігерге тексерілу керек, ЖІС өздігінен түсіп қалуы ықтимал
    5. Әйелдің өзі ЖІС мұртшаларын тексере алуы мүмкін емес
36. Ең нәтижелі контрацептив әдісі:
    1. Норплант
    2. ЖІС
    3. ҚАК
    4. +Ерікті хируригялық стерилизация
    5. Спермицидтер
37. Ерікті хирургиялық стерилизация келесі әйелдерге жүргізілу керек:
38. Бала керек-керекеместігін өзіне әлі толық шешпеген
39. Балалары жоқ әйелдер
40. +Жүктілік әйелдің денсаулығына қауіпті болған жағдайда
41. Кұйеуі осы контрацептив әдісін қолдаған жағдайда
42. 2 және одан көп балалары болса
43. Еvra контрацептив деген не:
    1. қосарланған ауыз арқылы кабылдайтын контрацептив
    2. қосарланған инъекциялық контрацептив
    3. таза прогестин
    4. +қосарланған контрацептивтік пластырь
    5. қосарланған қынаптық сақина
44. Босанғаннан кейін баласын емізіп жүрген әйел контрацептив ретінде таза пероарлдық прогестин қабылдайды. Дәрігерге жыныс жолдарынан аз мөлшерде ретсіз келетін қанды бөлінділерге шағымданып келді. Әйелге қандай кеңес бересіз:
    1. +Осындай жағдай бала емізіп жүрген кезеде болуы мүмкін. Бұл қалыпты жағдай.
    2. Бұл овуляцияның белгісі болуы мүмкін, сондықтан жүктіліктің бар-жоғын анықтау керек
    3. Құрамында гормондары жоқ контрацептивті қолдану керек
    4. Әйелге контрацептив қабылдауын тоқтатып зерттеу жүргізу керек
    5. Қанкетудің себебін анықтағанша контрацептивті қабылдай беру керек
45. Әйел контрацептив қабылдағаннан 2 сағат өткенне кейін құсты. Әрі қарай әйел не істеу керек:
    1. құсқаннан кейін контрацептивтің бір дозасын және кешке қарай тағы бір дозасын қабылдау керек
    2. құсақаннан кейін тағы бір дозасын қабылдауына болады
    3. +келесі күні екі дозасын қабылдау керек
    4. контрацептив қабылдауын тоқтату керек
    5. дәрігерге келуі керек
46. Әйел жыныстық сақтанылмаған қатынаста болды. Жүктілікті болдырмау үшін шұғыл контрацепция қолданды. Әрі қарай әйел қосарланған ауыз арқылы қабылдайтын төмен дозалық контрацептивті (ҚАК) қолданғысы келетінін айтты. Шұғыл контрацепция қабылдағаннан кейін ҚАК-тің бірінші дозасын қашан қабылдау керек:
    1. +келесі күні
    2. 5 күннен кейін
    3. бірінші 7 күннің аралығында
    4. келесі етеккірі келгеннен кейін
    5. 21 күннен кейін
47. ТCu-380A – құрамында мыс бар жатырішілік серіппе. Оны неше жылдан кейін алу керек:
    1. 3
    2. 5
    3. 7
    4. 8
    5. +10
48. 36 жастағы В есімді әйелде босанғаннан кейін аяқтарының тромбофлебит бар екені анықталып, флебэктомия операциясы жүргізілді. Операциядан кейінгі мерзімі қалыпты өтті. Контрацепция тағайындаңыз:
    1. ҚАК
    2. +ЖІС
    3. Импланттар
    4. Таза прогестиндік контрацептив таблеткалары
    5. Контрацептив қолдануға болмайды
49. 25 жастағы К есімді әйел кесар тілігі арқылы босанды (босану әрекетінің әлсіздігі себебімен). Операция кезінде жатыр аномалиясы анықталды (екімүйізді жатыр). Қандай контрацептив қолдауға БОЛМАЙДЫ:
    1. +ЖІС
    2. презерватив
    3. ҚАК
    4. таза ауыз арқылы қабылдайтын прогестиндік контрацептив
    5. Спермицид
50. ҚАК қарсы көрсетім:
    1. сальпингоофорит
    2. +қант диабеті
    3. мастопатия
    4. жатыр мойынының эрозиясы
    5. 18 тен жас әйелдер
51. Шұғыл контрацептивтік таблеткаларды жыныстық қатынастан кейін қашан қабылдау керек:
    1. +1- күні
    2. 2 -күні
    3. 3 -күні
    4. 4 -күні
    5. 5 -күні
52. Әйел 6 апта бұрын босанды. Нәрестеге ана сүтімен қатар қосымша тамақ береді. Таза прогестиндік контрацептивті қашан қабылдауға болады:
    1. +босанғаннан 4 аптадан кейін
    2. босанғаннан 5 аптадан кейін
    3. босанғаннан 6 аптадан кейін
    4. босанғаннан 8 аптадан кейін
    5. босанғаннан 12 аптадан кейін
53. Әйел 6 апта бұрын босанды. Нәрестені емізеді. Қосымша тамақ бермейді. Таза прогестиндік контрацептивті қашан қабылдауға болады:
    1. босанғаннан 4 аптадан кейін
    2. босанғаннан 6 аптадан кейін
    3. босанғаннан 2 айдан кейін
    4. босанғаннан 4 айдан кейін
    5. +босанғаннан 6 айдан кейін
54. Менопауза жасына жақындаған дені сау әйел қандай контрацептив қолдануы керек:
    1. +Таза прогестин
    2. ҚАК
    3. ЖІС
    4. Имплант
    5. Контрацептивтің қандай түі болмасын
55. Жасөспірім қыз қандай контрацептив әдісін қолдану керек:
56. Таза прогестиндер
57. ҚАК
58. ЖІС
59. Имплант
60. +Қандай түрі болмасын қолдануға болады
61. 60 жастағы әйелде 7 жыл менопауза кезінде жыныс жолдарынан қанды бөлінділер байқалды. Айнамен тексеру мәліметтері:қынап және жатыр мойынының шырышты қабаты таза, цервикал каналынан аз мөлшерде қанды бөлінділер байқалады. Қынаптық тексеру: Жатыр мойыны, денесінің консистенциясы қалыпты, көлемдері ұлғаймаған. Жатыр қосалқылар аймақтары бос, пальпацияланбайды. Кіші жамбаста инфильтрат жоқ, Дәрігердің тактикасы:
62. Гормонотерапия
63. +Цервикал каналы және жатыр қуысын бөлек диагностикалық қыру
64. Гемостатикалық терапия
65. Қабынуға қарсы терапия
66. Бақылау
67. Репродуктивтік жастағы дисфункционалдық жатырдан қанкетуді қандай аурумен шатастыруға болады:
    1. үдемелі жүктілік
    2. +басталған өзіндік түсік
    3. жатыр миомасы
    4. эндометриоз
    5. цервикал каналының полипі
68. 34 жастағы науқас, етеккір циклі овуляторлы, бірақ етеккірге 1-2-3 күн қалғанда тот басқан-қанды түсті бөлінділер байқалады. Етеккір бұзылысының түрі:
    1. метроррагия
    2. +меноррагия
    3. қалыпты етеккір циклі
    4. гипоменорея
    5. дисменорея
69. ДЖҚ себебінен 32 жастағы науқастың жатыр қуысы қырылды. Гистологиялық зерттеу мәліметі – безді-кистозды гиперплазия. Дәрігердің тактикасы:
70. +Гормонотерапия жүргізу
71. Оперативті ем жүргізу
72. Бақылау
73. Иммундық жүйесін жөндейтін терапия
74. Сан-курортты терапия
75. Климактерикалық қанкету негізі келесі патологиялық жағдаймен байланысты:
    1. психикалық қатты толғаныс
    2. тамақтану бұзылыстары
    3. + гипоталамустағы қайта инволюциялық құрылымдар процесі
    4. соматикалық аурулар
    5. қант диабеті
76. Қыз баланың жасы 16-да. Оның етеккірі сирек және ауыру сезімді. Бала кезінен созылмалы тонзиллитпен ауырады. Менархе 15 жасынан, етеккірі ауырып келеді. Екіншілік жыныстық белгілері дұрыс дамымаған. Сыртқы жыныстық мүшелері гипопластикалық. УДЗ мәліметтері – жатыры кішкентай, көлемі 10-11 жастағы жатыр көлеміне сай. Аналық бездері қалыпты дамыеған, фолликулдар саны көп. Осы симптомдар қандай патологияға тән:
77. Адреногениталдық синдром
78. Гонадалар дисгенезиясының таза түрі
79. Гонадалар дисгенезиясының әдеттегі түрі
80. +Орталық генезді жыныстық дамуының кідіруі
81. Аналық бездер генезді жыныстық дамуының кідіруі
82. «Ерте жыныстық дамуы» деп айтуға болады, егер...:
83. Екіншілік жыныстық белгілер қыз балада 10 жастан ерте байқалса
84. Екіншілік жыныстық белгілер қыз балада 5 жастан ерте байқалса
85. + Екіншілік жыныстық белгілер қыз балада 8 жастан ерте байқалса
86. Екіншілік жыныстық белгілер қыз балада 12 жастан ерте байқалса
87. Қыз баланың етеккірі 10 жастан ерте келсе
88. 5 жастар қыз балада екіншілік жыныстық белгілері және жыныстық жолдарынан қанды бөлінділер байқалды. Трансабдоминалдық УДЗ мәліметтері:Жатыр денесі және оң жақ қосалқылары қалыпты. Сол жақ аналық безінде көлемі 5х4 см тығыз ісік анықталды.Диагноз:
    1. Орталық генездік ерте жыныстық даму
    2. Туа біткен адреногениталдық синдром
    3. +Эстрогенөндіруші аналық без ісігі
    4. Андрогенөндіруші аналық без ісігі
    5. Аналық бездің фолликулярлық кистасы
89. Төменгі көрсетілген аурулардың қайсында цитогенетикалық зерттеу жүргізу керек:
    1. Изосексуал типті мерзімінен бұрын жыныстық даму
    2. Гетеросексуал типті мерзімінен бұрын жыныстық даму
    3. +Жыныстық дамудың болмауы
    4. Жыныстық даму кідіруінің церебралдық түрі
    5. Жыныстық даму кідіруінің ана бездік түрі
90. Біріншілік Ана бездік аменорея қандай аурудың зардабы:
    1. +гонадалар дизгенезиясының
    2. аналық бездер жұмысы түгесілу синдромының
    3. бала кезінде гипоталамус жұмысының бұзылуы
    4. жатыр қуысын қыруының
    5. екі жақты аналық бездер цистаденомэктомияның
91. Біріншілік аналық бездік аменореясының генезін анықтау үшін қандай зерттеу жүргізілу керек:
    1. + кариотипирование
    2. гормондар денгейін анықтау
    3. функционалдық диагностикалық тестілер
    4. гистероскопия
    5. кольпоскопия
92. Климактерикалық синдромы пайда болуының негізгі себебі:
    1. +эстрогендер дефициті
    2. гиперэстрогения
    3. гиперкортицизм
    4. пролактинемия
    5. ановуляция
93. Климактерикалық синдром ең нәтижелі емі:
    1. психопрофилактикалық сөйлесу
    2. фитотерапи\
    3. санаторлық ем
    4. +орынбасушы гормоналдық терапия
    5. витаминотерапия
94. Жыныстық даму кідіруінің себебі аналық бездерінің бұзылысы болса қалай емдеу керек:
    1. +орынбасушы гормонотерапия
    2. кортикостероидтық терапия
    3. жоғарғы дозалық ҚАК
    4. витаминотерапия, физикалық жаттығу
    5. белсенді биологиялық қосымшалар
95. Кеш мезгілдегі климактериялық бұзылыстар:
96. Урогениталді
97. Вазомоторлық
98. +Зат алмаушылық
99. Етеккір жұмысының бұзылыстары
100. Ыстық құйылуы
101. 37жастағы әйелге миома себебімен лапаротомия қынапүстілік жатыр ампутациясы жасалды. Операциядан кейін «ыстық құйылу» тәулігіне 20 рет байқалады. Осы кастрациялық синдромының емін көрсетіңіз:
     1. эстрогендер
     2. гестагендер
     3. +эстроген-гестагендік орынбасушы терапия
     4. фитопрепараттар
     5. витаминдер кешені
102. Кольпит деген қандай ағзаның қабынуы:
103. эндоиметридің
104. Жатыр түтіктерінің шырышты қабатының
105. +Қынап шырышты қабатының
106. Сыртқы жыныс мүшелерінің
107. Жатыр қосалқыларының
108. Бактериалдық вагинозға тән емес:
     1. Жыныс жолдарынан жағымсыз иісті бөлінділердің бөлінуі
     2. Қынап бөлінділерінде патологиялық ағзалардың жоқтығы
     3. +Қынап бөлінділерінде сүтқышқылды бактериялардың саны қалыпты болуы
     4. Қынапта қабыну белгілерінің болмауы
     5. Қынап бөлінділерінің рН 6-7-ден жоғары
109. Трихомонадты инфекцияның жиі мекендейтін жері:
     1. Жатыр түтіктері
     2. Жатыр
     3. +Қынап
     4. Тік ішек
     5. Уретра
110. Науқасты тексергенде келесі өзгерістер байқалды: қынап бөлінділерінің рН 4,5 жоғары, шырышты қабатының гиперемиясы, аминді тест -оң, микрокопиялық зерттеу кезінде жағындыдан "кілтті жасушалар" байқалды. Диагноз:
111. +бактериалді вагиноз
112. бейспецификалық вагинит
113. кандидозды вагинит
114. трихомонадты кольпит
115. қынапқа түскен бөтен заттан болған вагинит
116. Трихомонадты вульвовагиниттің емін таңдаңыз:
117. Клотримазол
118. + Метронидазол
119. Гино-травоген, Гино-певарил
120. Фазижин
121. Дифлюкан
122. Қыз балалар вульвовагинитінің жиі кездесетін зардабы:
     1. Етеккір циклінің бұзылуы
     2. Жатыр қосалқыларының қабынуы
     3. +Жабысқақ процестері дамиды (кіші және үлкен ернеулерінің бір біріне жабысуы)
     4. Цервицит
     5. Перитонит
123. Қыз балада қабынудың қандай түрі жиі кезедеседі:
124. +Сыртқы жыныс мүшелерінің қабынуы
125. Ішкі жыныс мүшелерінің қабынуы
126. Жатыр ісіктері
127. Жыныс мүшелерінің ақаулары
128. Аналық без ісіктері
129. Сальпингит (оофорит, эндометрит) этиологиясын дәлілдеу үшін қандай зерттеу жүргізу керек:
130. Цервикал каналының бөлінділерін бактериологиялық егу
131. Қабыну ошағынан алған жағындыны бактериоскопиялық зерттеу
132. +Қабыну ошағынан алған материалды бактериологиялық егу
133. Цервикал каналынан алынған жағындыны бактериоскопиялық зеттеу
134. Науқастың қанын ИФА, ПТР, серологиялық зерттеу
135. Адам папиллома вирусына қарсы вакцинацияны неше жастан жүргізу керек:
136. 8
137. +10
138. 12
139. 14
140. 16
141. Хламидиозға қарсы ем тағайындаңыз:
142. Пенициллиндер
143. Мерапенемдар
144. +Фторхинолондар
145. Нитрофурандар
146. Цефалоспориндер
147. Жыныс мүшелері вирусына қарсы ем тағайындаңыз:
148. +Ацикловир
149. Орунгал
150. Амоксиклав
151. Ампицилин
152. Вальторен
153. Вульвовагинитке шалдыққан 2 жасар қыз балаға ем тағайындаңыз. Вульвовагинит бейспецификалық:
     1. +Антисептикалық ертіндерге отырғызу, құрамында антибиотиктер бар жақпа жағу
     2. Таблетка түрінде антибиотиктерді ішу, жергілікті ем ретінде – антисептикалық ерітіндерге отырғызу
     3. Антибиотиктерді инъекция түрінде еңгізу
     4. Тек антисептикалық ерітіндіге отырғызу
     5. Тек құрамында антибиотиктері бар жақпа жағу
154. Туберкулездік эндометрит кезіндегі науқастың шағымдары:
155. +Бедеулік, гипо\аменорея
156. Дисменорея, диспаурения
157. Гиперполименорея
158. Ішітің төменгі бөлігіндегі қатты ауыру сезім
159. Қынапта көп мөлшерде іріңді бөлінділер болады
160. Қабынудың қандай түрінде кіші жамбастың УДЗ мәліметтерінің нәтижесі зор:
     1. Вагинит
     2. Эндометрит
     3. Цервицит
     4. +Тубоовариалді түзілістер
     5. Сальпингит

**ЖҮКТІЛЕРДІ АМБУЛАТОРЛЫҚ ЖАҒДАЙДА ЖҮРГІЗУ**

1. Әйел 2 апта бойы етеккірің кідіруі, тәңертеңгілікте жүрек айну, ішінің төменіндегі ауыру сезіміне (көбіне сол жағында) шағымданады. Дәрігер әдейі гинекологиялық зерттеу жүргізіп, УДЗ-дан кейін «Үдемелі жатырдан тыс жүктілік» деген диагноз қойды. Диагнозы дәлелдеу үшін қандай қосымша зерттеу жүргізу керек:
   1. Екінші рет УДЗ жүргізу
   2. Бірнеше рет УДЗ жүргізу
   3. АХГ тексеру
   4. +АХГ деңгейінің өзгерісін анықтау
   5. Стационарға диагностикалық лапароскопияға бағыттау
2. Леопольда-Левицкидің 3-ші әдісі қандай мақсатпен жүргізіледі:
   1. Жатыр түбінің деңгейін және нәрестенің ірі мүшелерін анықтау үшін
   2. +Нәрестенің кіші жамбасқа орналасқан мүшесін анықтау үшін
   3. Нәрестенің жатқан түрін, арқасының және ұсақ мүшелерінің орналасуын анықтау үшін
   4. Нәрестенің кіші жамбасқа қараған мүшесінің орналасу деңгейін анықтау
   5. Нәрестенің болжам салмағын анықтау үшін
3. Даун ауруын анықтау үшін қандай скрининг әдісін қолдану керек. Төменгі тізімнен көрсетіңіз:
   1. Жүктіліктің ерте мерзімінде АХГ деңгейін анықтау
   2. +Жүктіліктің ерте мерзімінде УДЗ жүргізу
   3. Жүктіліктің 19-20 аптасында УДЗ жүргізу
   4. Хорион биопсиясы
   5. Кордография
4. Соловьев индексі деген не:
   1. +Кәрі жіліктің біліктік буын шеңберінің өлшемі
   2. Тобық буын шеңберінің өлшемі
   3. Шонданай сүйектің бұдырларынан қасаға буынының жоғарғы жиегіне дейінгі өлшем
   4. Екі шонданай сүйектердің бұдырларының арасының өлшемі
   5. Жамбастың шеңбер өлшемі
5. Әйел 20 жаста. Осы бірінші жүктілігі. Әелдер консультациясына келгенде келесі диагноз қойылды: Жүктілікітің 37 аптасы. Преэклампсияның жеңіл дәрежесі. Жүкті әйел қандай перзентханаға жатқызылу керек. Әйел Алматы қаласының тұрғыны:
   1. 1-ші деңгейлік перзентханаға
   2. +2-ші деңгейлік перзентзанаға
   3. Акушерия, гинекология және перинатологиялық ғылыми орталығына (3-ші деңгей)
   4. Перинаталдық орталығына (3-ші деңгей)
   5. Әйелдің қалған перзентханасына
6. Михаэлис ромбының тік және көлденең ұзындығы:
   1. 10х10см
   2. +11х11 см
   3. 12х12 см
   4. 13х13 см
   5. 14х14см
7. «Орташа дәрежедегі анемия» деген диагноз жүкті әйелге қандай жағадайда қойылады:
   1. 110 г\л төмен
   2. 100 г\л төмен
   3. + 90 г\л төмен
   4. 80 г\л төмен
   5. 75 г\л төмен
8. Жүктіліктің 9 – 10 аптасында әйел келесі шағымдармен дәрігерге келді: сүйектер, бел, бұлшықеттерінің ауыруы. Ауыру себебінен жүрісі өзгерді, қасаға сүйектері ауыра бастады, парестезия байқалды. Сіздің диагнозыңыз:
   1. Радикулит
   2. Симфизит
   3. + Жүктілер остеопатиясы
   4. Қалыпты жағдай
   5. Жүктіліктің үзілуіне қауіпті жағдай
9. Қайта жүктілікті әйелдің осы жүктілігінің 28 аптасында балтыр және ішінде ісік пайда болды. АҚҚ – 160/110 мм с.б., 170/110 мм с.б., зәрінде 3,0г/л протеинурия. Диагноз:
   1. Бүйрек ауру фонындағы артериалді гипертензия
   2. Преэклампсияның жеңіл дәрежесі
   3. Гипертония ауруының фонындаға преэклампсияның ауыр дәрежесі
   4. + Преэклампсияның ауыр дәрежесі
   5. Гестациялық гипертензия
10. Қайта жүктілікті әйелдің осы жүктілігінің 28 аптасында балтыр және ішінде ісік пайда болды. АҚҚ – 160/110 мм с.б., 170/110 мм с.б., зәрінде 3,0г/л протеинурия. Әйелдер консультациясындағы дәрігердің тактикасы:
    1. Антигипертензивті терапия жүргізу
    2. + Жедел жәрдем көрсететін көлікпен перзентханаға жеткізу
    3. Диуретик тағайындау
    4. Магензиалді терапия жүргізіп емдеу
    5. Күндізгі стационарда емдеу
11. Жүктіліктің 24 аптасында әйелдің эпигастрий аймағында ауру сезім байқалды. Әйелді тексергенде жүктіліктің 31-32 аптасы анықталды, АҚҚ 150\100 мм с.б. екі жағында, зәрі лай, балтырларында ісік байқалады. Диагноз:
    1. Жүктіліктің 31-32 аптасы. Гестациялық гипертензия.
    2. Жүктіліктің 31-32 аптасы. Преэклампсияның жеңіл дәрежесі
    3. Жүктіліктің 31-32 аптасы. Пиелонефрит фонында болған артериалді гипертония
    4. + Жүктіліктің 31-32 аптасы. Преэклампсияның ауыр дәрежесі
    5. . Жүктіліктің 31-32 аптасы. Эклампсия.
12. Эклампсияның негізгі белгілері:
    1. АҚҚ көтерілуі
    2. Ісіктер
    3. АҚҚ көтерілуі + ісік
    4. Протеинурия
    5. + АҚҚ көтерілуі + протеинурия
13. Ауыр преэклампсияның белгілері:
    1. +АҚҚ ≥160/110 мм.б.с. + протеинурия ›3,0 г/л
    2. АҚҚ ≥160/110 мм.б.с.
    3. Протеинурия ›3,0 г/л
    4. АҚҚ ›140/90 мм.рт.ст. + протеинурия 1,0 г/л
    5. Біркелкі ісіктер +протеинурия 1,0 г/л
14. Преэклампсияның жеңіл дәрежесінің белгілері:
    1. + АҚҚ 140/90 мм.с.б. + протеинурия 0,3 г/л
    2. АҚҚ 140/90 мм.с.б. + протеинурия 3,0 г/л көп
    3. Протеинурия 3,0г\л
    4. АҚҚ 140/90 мм.с.б. + протеинурия 1,0 г/л
    5. АД 140/90 мм.с.б. + біркелкі ісіктер
15. Альфа-фетопротеин деңгейі қандай ауыруында жоғарлайды:
    1. Ұрықтың дамуы дұрыс болғанда
    2. +үрық жүйке трубкасының қалыптасуы дұрыс болмаса
    3. Ұрық бүйрегінің қалыптасуы дұрыс болмаса
    4. Ұрық жатырының қалыптасуы дұрыс болмаса
    5. Үрық Даун ауруына шалдықса
16. Ұрық жүйке трубкасы дұрыс қалыптасу үшін әйелге жүктіліктің 12 аптасына дейін қандай препарат тағайындау керек:
    1. Минералді-витамин кешені
    2. Жақсы тамақтану
    3. +Фолий қышқылын
    4. Йод препараттарын
    5. Ұйқы және демалу режимін сақтау
17. Физиологиялық жүріп жатқан жүктілік кезінде әйелге УДЗ-ны неше рет тағайындау керек:
    1. 2 рет
    2. +3 рет
    3. 4 рет
    4. 6 рет
    5. 10 ретке дейін
18. Әйледің жүктілік мерзімі 38-39 апта. Іш шеңбері – 99 см, Жатыр денесінің биіктігі – 36см. Жорданиа бойынша нәрестенің болжам салмағын көрсетіңіз:
    1. 3375,0 гр
    2. 4000,0 гр
    3. +3564, 0 гр
    4. 3200,0 гр
    5. 3000,0 гр
19. Гинеколог дәрігерге мерзімі 9-10 апталық жүктілігі бар әйел келді. Әйел инфекциялық ауруханадан қызылшаның ауыр дәрежесімен ауырып емделіп шықты. Дәрігердің тактикасы:
    1. Жүктілікті жалғастыруға болады
    2. Гормонотерапияны тағайындап диспансерлің бақылау керек
    3. Витаминотерапия жүргізу керек
    4. + Жүктілікті үзу керек
    5. Дене шынықтыратын шаралар жүргізу керек
20. Әйелдің жасы 42. Осы жүктілік – бірінші. 10 жыл бедеуліктен кейін жүкті болды. Жүктіліктің мерзімі 39-40 апта. Осы әйел қай мекемеде босану керек:
    1. Мекенжайының қасындағы перзентханада (1-ші деңгей)
    2. Перинаталдық орталығында (3-ші деңгей)
    3. Әйел қалаған перзентханада
    4. Ұлттық ана және нәрестенің денін сақта орталығында (3-ші деңгей)
    5. 2-ші деңгейлік перзентханада (аудандық орталық)
21. Ауыл тұрғынының жасы 23-те. Босануы - екінші. Жүктілік қалыпты өтіп жатыр. Бірінші баласын 3 жыл бұрын асқынусыз босанды. Пациент қай мекемеде босану керек:
    1. Мекенжайының қасындағы перзентханада (1-ші деңгей)
    2. Перинаталдық орталығында (3-ші деңгей)
    3. +Әйел қалаған перзентханада
    4. Ұлттық ана және нәрестенің денін сақта орталығында (3-ші деңгей)
    5. 2-ші деңгейлік перзентханада (аудандық орталық)
22. 16 жастағы бірінші босанушы ауыл тұрғыны. Жүктілік мерзімі 39-40 апталық, асқынусыз өтті. Пациент қай мекемеде босану керек:
    1. Мекенжайының қасындағы перзентханада (1-ші деңгей)
    2. Перинаталдық орталығында (3-ші деңгей)
    3. Әйел қалаған перзентханада
    4. Ұлттық ана және нәрестенің денін сақта орталығында (3-ші деңгей)
    5. +2-ші деңгейлік перзентханада (аудандық орталық)
23. Қаіпсіз аналық бағдарламасына ЖАТПАЙДЫ:
    1. таза суға қол жеткізу
    2. босану кезінде көмек көрсете алатын дайындалған медициналық жүмыскерлердің баршылығы
    3. босануды қабылдау кезінде таза ортамен қамтамасыз ету
    4. + жүктілік және босану кезінде медикаментоздық қамтамасыз ету
    5. арнайы көмекке пациенттің қолын жеткізу
24. Әйел 40 жаста. Анамнезінде – 8 босану. Жүктілік және босану кезінде асқыну байқалмады. Осы жүктілік және босануы 9-шы. Пациент қандай мекемеде босану керек:
    1. Мекенжайының қасындағы перзентханада (1-ші деңгей)
    2. +Перинаталдық орталығында (3-ші деңгей)
    3. Әйел қалаған перзентханада
    4. Ұлттық ана және нәрестенің денін сақта орталығында (3-ші деңгей)
    5. 2-ші деңгейлік перзентханада (аудандық орталық)
25. Төменгі тізімнен допплерометрия және кардиотокография жүргізілетін жағдайды көрсетіңіз:
    1. Егіз нәрестелік
    2. Үштік нәрестелер
    3. +Құрсақ ішілік нәресте дамуының кідіруі
    4. Ірі нәресте
    5. Туа біткен жүрек ақауы
26. Жатыр жыртылуы бойынша қауіп-қатер тобына кім жатады:
    1. көпсулығымен асқынған жүкті әйел
    2. + кесар тілігінен кейін тыртығы бар жүкті әйел
    3. босану әрекетінің әлсіздігі болған босанушы
    4. босану әрекетінің тым күштілігі болған босанушы
    5. Жатыр мойынын хирургиялық коррекция жасаған босануша
27. Нәрестенің ақауларын антенаталдық анықтау үшін бірінші УДЗ қашан жүргізу қажет (ДДҰ нұсқауы):
    1. жүктіліктің мерзімене қарау маңызды емес
    2. 6 аптадан кейін
    3. 10-11 апта аралығында
    4. 2-13 аптадан кейін
    5. + 14 аптадан кейін
28. ҚР ДМ стандарты бойынша жүкті болған кезде әйел консультацияға кемінде неше рет келу керек:
    1. 1 рет
    2. 6 рет
    3. 12 рет
    4. +7 рет
    5. 9 рет
29. Медико-генетикалық тексеруге жүберу үшін әйелдің анамнезінде жүктіліктің қай мерзімінде өзіндік түсік болуы керек:
    1. + 5-6 апталық кезінде болған түсік
    2. 10-12 апталық кезінде болған түсік
    3. 14-16 апталық кезінде болған түсік
    4. 18-22 апталық кезінде болған түсік
    5. 24-25 апталық кезінде болған түсік

**БОСАНҒАННАН КЕЙІНГІ ӘЙЕЛДІ АМБУЛАТОРЛЫҚ ЖҮРГІЗУ**

1. Босанғаннан кейінгі маститтің негізгі этиологиясы:
   1. +алтынттәрізді стафилококк
   2. гемолитикалық стрептококк
   3. ішек таяқшалары
   4. вирустық инфекция
   5. анаэробтық инфекция
2. Дәрігер нәрестені тексергенде көзінің ісінуін, қызарғанын және аз мөлшер серозды-іріңді бөлінделерін байқады. Конъюнктивиттің этиологиясын анықтау үшін қандай зерттеу жүргізу керек:
   1. Жалпы қан зерттеуі
   2. Жалпы зәр зерттеуі
   3. копрограмма
   4. нәжісін бактериологиялық зерттеу
   5. +көз бөлінділерін бактериологиялық зерттеу
3. Босанып перзентханадан үйіне шыққан нәрестені тексергенде дәрігер кіндігінің айналасындағы гиперемия және аз мөлшердегі серозды-іріңді бөлінділеріне көңіл аударды. Нәрестенің жалпы жағдайы қанағанаттарлық. Болжамалы диагноаз:
4. Баланопостит
5. Конъюктивит
6. Отит
7. Кіндіктің жарығы
8. +Омфалит
9. Әйел 20 жаста. Жағдай ауыр, адинамия. Дене қызуы 40-410 С, қалтырау. Лимфобездері ұлғайған. Сүт бездері қызарып, қатайып, көлемі үлкейген. Диагноз:
   1. Іріңді мастит
   2. Лактостаз
   3. Сероздық мастит
   4. Инфильтративтік мастит
   5. +Флегманоздық мастит
10. Босанғаннан кейін контрацептция қажет екені белгілі. Төменгі көрсетілген пікірлердің қайсысы дұрыс:
    1. контрацепцияның етеккір келмей қажеттілігі жоқ
    2. ана нәрестені емізіп жүрсе контрацепцияның қажеттілігі жоқ
    3. + кейбір әйелдерге босанғаннан кейін контрацепция дереу керек
    4. кесар тілігі жасалғаннан кейін бір айдан кейін контрацепция керек
    5. кесар тілігі жасалғаннан кейін бір жылға дейін контрацепцияның қажеттілігі жоқ
11. Жатыр түбінің биіктілігі кіндіктен 3 көлденен саусақ төмен. Лохиялары серозды-қанды. Босанғаннан кейін неше тәулік өтті деп ойлайсыз:
    1. 1-2
    2. + 3-4
    3. 5-6
    4. 6-7
    5. 7-8
12. Аралықтың жыртылуы себебімен жібек жіптер салынған. Жібтерді неше тәуліктен кейін алу керек:
    1. 4-ші
    2. 7- ші
    3. 8- ші
    4. +5– ші
    5. 2- ші
13. Босанғаннан кейін жатыр өзінің қалыпты мөлшеріне қашан келеді:
    1. + 8 апта
    2. 10 апта
    3. 16 апта
    4. 20 апта
    5. 22 апта
14. Лохия деген:
    1. қынап бөлінділері
    2. +босанғаннан кейінгі жатыр жарасының бөлінділері
    3. қалыпты орналасқан плацента мерзімінен бұрын бөлінгеннен кейінгі жатырдан шығатын қанды бөлінділері
    4. эндометритке шалдыққан жатырдың бөлінділері
15. «Босанғаннан кейінгі мерзім» терминінің маңызы:
    1. + босанғаннан кейінгі 2 ай мерзімі
    2. нәрестені емізуден шығарғанға дейінгі мерзім
    3. босанғаннан кейінгі аменорея мерзімі
    4. босанғаннан кейінгі бірінші ай
    5. босанғаннан кейінгі екі апта мерзімі
16. Лактостазды емдеу әдісі:
    1. +нәрестені жиі емізу
    2. дегидратациялық терапия жүргізу
    3. жергілікті гипотермия жасау
    4. латацияны гормоналдық дәрі-дәрмектермен басу
    5. антибактериалдық терапия
17. Босанғаннан кейінгі мастит болуына қауіп-қатер тобына қандай пациенттер жатады:
    1. +анамнезінде мастит болған
    2. мастопатиясы бар пациенттер
    3. босанғаннан кейін эндометритке шалдыққан пациенттер
    4. кесар тілігі арқылы босанған пациенттер
    5. экстрагениталдық аурулары бар пациенттер
18. Босанғаннан кейінгі қабыну ауруларының этиологиясын анықтау үшін бактериологиялық зерттеуге материалды қай жерден алу керек:
    1. ірің (болған кезде)
    2. көк тамыр қаны
    3. +жатыр ішінен алынған бөлінділер
    4. сүт бездерінен шыққан сүт немесе бөлінділер
    5. зәр
19. «Төмен салмақты нәресте» деген шешімге қандай көрсетіміне қарап келеміз:
    1. +туған кездегі салмағы
    2. гестациялық жасы
    3. туған кездегі салмағы және гестациялық жасы
    4. туған кездегі терісіндегі жағымы
    5. туған кездегі бойы
20. Нәрестеде кефалогематома болған жағдайда, қандай асқыну болуы мүмкін:
    1. +инфекциялық
    2. анемия
    3. ешқандай қауіп жоқ
    4. тыныс алу бұзылыстары
    5. гипогликемия
21. Босанғаннан кейін эндометрий структурасы толығымен өз қалыпына қашан келеді:
    1. 10-15 күннен кейін
    2. 2-3 аптадан кейін
    3. 4-5 аптадан кейін
    4. +6-8 аптадан кейін
    5. 9-10 аптадан кейін
22. Қасаға сүйектері ажырап кеткендегі дәрігердің тактикасы қандай:
    1. +төсек тартып жату, кіші жамбасты қысып байлап тастау
    2. Оперативтік емдеу
    3. Симптоматикалық ем тағайындау
    4. Антибактериалдық терапия
    5. Инфузиондық терапия
23. Жаңа туған нәресте салмағы ХАЖ – 10 қаралымы бойынша 1000,0 гр. Oсы баланың салмағы қандай деп есептеледі:
    1. Кішкентай салмақ
    2. +Өте кішкентай салмақ
    3. Өте төтенше кішкентай салмақ
    4. Жай кішкентай салмақ
    5. Сын кішкентай салмақ
24. Кішкентай салмақпен туған нәресте емінің нәтижелі болып, перзентханадан шығаруға болатынын қалай білеміз:
    1. +Салмағының өсуі
    2. Лабораторлық зерттеу мәліметтерінің қалыптылығы
    3. Нәресте кіндігінің қалыпты болуы
    4. Нәжісінің түсі және түрінің қалыпты болуы
    5. Конъюгациялық сарғаюының кетуі
25. Әйел перзентханадан босанғаннан 3 күннен кейін үйіне шығарылды. Лохиясын қандай болу керек:
    1. Қанды
    2. +Сукровица
    3. Серозды
    4. Шырышты
    5. Жыныс жолдарынан бөлінді болмау керек
26. Әйел перзентханадан босанғаннан 3 күннен кейін үйіне шығарылды. Жатыр түбі қай жерде орналасу керек:
    1. +Кіндіктен 5-6 см төмен
    2. Кіндіктен 7-8 см төмен
    3. Кіндіктен 3 см төмен
    4. Қасағаның бойында
    5. Қасағадан төмен
27. Босанған әйел келесі сұрақпен сізге келді: «Балам дұрыс еме алмайды, жылдам шаршап қалатын сияқты. Не істеймін?» Қандай кеңес бересіз:
    1. Бұрынғы тәртібімен емізе беру керек
    2. +Жиі емізу керек
    3. Екі емізу арасында сауып алған сүтті беру керек
    4. Қосымша сүт сатып алып беру керек
    5. Екі емізу арасында 5% глюкоза сұйықтығын беру керек
28. Босанғаннан 3 ай өткен соң әйел келесі сұрақпен сізге келді: «Жүктіліктен қалай сақтануыма болады?» Қандай кеңес бересіз:
    1. + Екі емізудің арасы 6 сағаттан аспау керек. Сол тәртіпті сақатсаңыз, 6 айға дейін контрацептивті қолданбауға да болады.
    2. Мини-пили типтес құрамында таза гестагены бар таблеткаларды қолдануға болады
    3. 3 ай сайын Депо-Провера инъекциясын жасау керек
    4. Тері астына «Норплант» имплантты енгізу керек
    5. Құрамында левоноргестрел бар «Мирена» ЖІС енгізу керек
29. АИД вирусымен инфицирленген әйел босанғаннан 2 ай өткесін келесі сұрақпен сізге келді: «Жүктіліктен қалай сақтануыма болады?» Қандай кеңес бересіз:
    1. +Презервативпен сақтану керек
    2. ЖІС енгізу керек
    3. Спермицидтармен сақтаныңыз
    4. Календарлық әдісімен сақтануға болады
    5. Қынаптық диафрагма қолданыныз (мысалы, Новоринг)
30. Босанғаннан кейін әйел сізге келесі сұрақ қойды: «Денемді қалыпына келтіру үшін физикалық шұғылданғым келеді. Жаттығуды қашан бастауға болады?»
    1. Презентханадан шыққаннан кейін
    2. Бір аптадан кейін
    3. Бір айдан кейін
    4. Босанғаннан 8 апта өткен соң
    5. Босанғаннан 5-6 ай өткен соң
31. Босанған әйелдің шағымдары: «Баланы емізгенде ішінің төменгі аймағында ауыру сезім пайда болады?» Сіздің тактикаңыз:
    1. Ауыруды сездірмейтін дәрілер тағайындау
    2. Кіші жамбасты УД зерттеу
    3. +Бұл табиғи жаратылыс
    4. Қан, зәрін жалпы лабораторлық зерттеу
    5. Әйелді перзентханаға жолдау

**Жанұяны жоспарлау мәселелері бойынша кеңес беру**

1. Ерікті хирургиялық стерилизация келесі әйелдерге жүргізілу керек:
   1. Бала керек-керекеместігін өзіне әлі толық шешпеген
   2. Балалары жоқ әйелдер
   3. +Жүктілік әйелдің денсаулығына қауіпті болған жағдайда
   4. Кұйеуі осы контрацептив әдісін қолдаған жағдайда
   5. 2 және одан көп балалары болса
2. Әйел медициналық аборттан кейін контрацептив ретінде инъекциялық прогестинді ДМПА (депо-медроксипрогестерон ацетаты) қолданатын болды. Бірінші инъекциясын қашан жасау керек:
   1. + сол күні немесе 7 күннен кешіктірмей
   2. аборт жасардың алдында
   3. аборттан 10 күн өткен соң
   4. аборттан бір ай өткен соң
   5. аборттан 6 апта өткен соң
3. Әйел инъекциялық прогестинді ДМПА (депо-медроксипрогестерон ацетаты) контрацептив ретінде қолданатын болды. Осы контрацептив жөнінде кеңес бердіңіз, бірінші инъекциясын жасадыңыз. Екінші рет әйел қашан келу керек:
   1. Бір айдан кейін
   2. Екі айдан кейін
   3. +Үш айдан кейін
   4. 4 айдан кейін
   5. 6 айдан кейін
4. Норплант капсуласы контрацептивтің қандай түріне жатады:
   1. + имплантант
   2. инъекциялық гестаген (ДМПА - депо-медроксипрогестерон ацетаты )
   3. спермицид
   4. Таза ауыз арқылы қабылдайтын прогестиндік контрацептив
   5. Құрамында гестаген бар ЖІС
5. Әйел ҚАК қабылдайды. Бір таблеткасын қабылдағаннан 2 сағаттан кейін құсып тастады. Кеңес беріңіз:
   1. Құсқаннан кейін бір дозасын қабылдап, кешке тағы бір таблеткасын қабылдау керек
   2. + Сол күні тағы бір таблеткасын қабылдау керек
   3. Келесі күні екі таблеткасын қабылдау керек
   4. ҚАК қабылдауын тоқтату керек
   5. Дәргерге тексерілу керек
6. Қандай жағдайда темекі шегетін әйел төмендозалы ҚАК қолдана алады:
   1. +Жасы 35-тен аспаған әйелдерге болады
   2. Жасы 35-тен асқан, бірақ күніне 10 тал темекі шегетін болса
   3. Жасы 35-тен асқан, темекіні өте көп шегетін болса да
   4. Жасы 35-тен аспаған әйелдерге қолдануға болмайды
   5. Жасы 35-тен аспаған әйел күніне 20 тал темекі шегетін болса - болмайды
7. Жасы 35-тен асқан әйел темекіні көп шегеді. Сақталмай жыныстық қатынаста болды. Контрецептив әдісін ұсыныңыз:
   1. + Жедел контрацептив ретінде ҚАК қолдану керек
   2. ЖІС
   3. Жүктілік анықталған кезде медициналық аборт жасау керек
   4. Норплант имплантантын тері астына еңгізу керек
   5. Инъекциялық прогестин тағайындау керек
8. Жедел контрацепция қолдану тәртібі бойынша таблеткаларды 2 рет қабылдау керек: біріншісін - 72 сағаттан кешікпей, екіншісін - 12 сағаттан кейін. «Стандартты дозалы» ҚАК-ты дұрыс тағайындаңыз:
   1. 1-ші рет - 4 таблетка, 2-ші рет – тағы 2 таблетка
   2. +1- ші рет - 2 таблетка, 2- ші рет – еще 2 таблетка
   3. 1- ші рет - 2 таблетка, 2- ші рет – еще 4 таблетка
   4. 1- ші рет - 4 таблетка, 2- ші рет – еще 4 таблетка
   5. 1- ші рет - 1 таблетка, 2- ші рет – еще 1 таблетка
9. Для неотложной контрацепции таблетки принимаются 2 раза: не позже чем через 72 часа после полового акта и через 12 часов - еще раз. Выберите правильный метод неотложной контрацепции Левоноргестрелом (Постинор):
   1. 1- ші рет - 4 таблетка, 2- ші рет – еще 2 таблетка
   2. 1- ші рет - 2 таблетка, 2- ші рет – еще 2 таблетка
   3. 1- ші рет - 2 таблетка, 2- ші рет – еще 4 таблетка
   4. 1- ші рет - 4 таблетка, 2- ші рет – еще 4 таблетка
   5. +1- ші рет - 1 таблетка, 2- ші рет – еще 1 таблетка
10. ЖІС-ке қарсы көрсеткіш:
    1. Артериалді гипертензия
    2. +сальпингоофорит
    3. ревматизм
    4. қант диабеті
    5. Варикоз ауруы
11. Студент қыз, тұрмыста жоқ, контрацептив жөнінде кеңес алуға келді. Жыныстық қатынас айына 2-3 рет болады, серіктестері бірнеше. Жүктілік болған жоқ. Контрацептив тағайындаңыз:
    1. регулон
    2. +презерватив
    3. ригевидон
    4. триквилар
    5. ЖІС
12. Күйеуі бар студент 25 жаста, бір баласы бар. Аяқ тамырларының созылмалы тромбофлебиті бар. Контрацептив тағайындаңыз:
    1. монофазды гормоналді контрацепция
    2. хирургиялық стерилизация
    3. +ЖІС
    4. екіфазалық гормоналді контрацепция
    5. үш фазалық гормоналді контрацепция
13. Күйеуінен ажырасқан, бір балалалы 32 жасар әйелге контрацептив тағайындаңыз. Әйелдің бір жыныстық серіктесі бар, жыныстық қатынас айына 1-2 ретболады:
    1. марвелон
    2. регулон
    3. постинор
    4. үзген жыныстық қатынас
    5. +презерватив
14. Күйеуі бар, бір балалы, қант диабетімен ауыратын әйелге контрацептив тағайындаңыз:
    1. монофазды гормоналді контрацепция
    2. хирургиялық стерилизация
    3. +ЖІС
    4. екіфазалық гормоналді контрацепция
    5. үш фазалық гормоналді контрацепция
15. АИД инфицирленген әйелге контрацептив жөнінде кеңес бергенде, қандай сұрақтарға көңіл аударасыз:
    1. Тек контрацептивті тағайындайсыз
    2. Контрацептивтердің түрлерінімен таныстырасыз, ал әйел контрацептивті өзі таңдайды
    3. Жыныстық қатынаста болмау керектігін айтасыз
    4. +контрацептивтің түрлерімен таныстырасыз, әйелдің ден саулығын тексересіз, содан кейін ең тиімді контрацептив тағайындайсыз
    5. Хирургиялық стерилизация жүргізесіз
16. Жанұяда зайыбының біреуі АИД инфицирленген. Қандай контрацептив әдісін ұсынасыз:
    1. +презерватив
    2. ҚАК
    3. Ауыз арқылы қабылдайтын таза прогестин
    4. ЖІС
    5. Еркіндік хирургиялық стерилизация
17. Жанұяда екі зайыбы да АИД инфицрленгене, дені сау балалары бар. Контрацептив тағайындаңыз:
    1. ЖІС
    2. Таза прогестиндер
    3. +ЕХС
    4. Презерватив
    5. ҚАК
18. Спермицидтердің әсері:
    1. АИД-ның трансмиссия қауіпін жоғарлатады
    2. +АИД-ның трансмиссия қауіпіне әсер етпейді
    3. АИД-ның трансмиссиясын төмендетеді
    4. АИД-ның ағымын нашарлатады
    5. Оптималді контрацепция әдісі
19. ЖІС деген:
    1. АИД инфицирленген әйелге ең тиімді контрацептив
    2. +АИД инфицирленген әйелге ең тиімсіз контрацептив
    3. Презервативтен де тиімді контрацептив
    4. АИД инфицирленген әйел қолданатын қысқа мерзімді контрацептив
    5. АИД инфицирленген әйел тек осы әдісті контрацептив ретінде қолдану керек
20. ҚАК-ты босанғаннан кейін қашан қолдануға болады:
    1. +Босанғаннан 4-6 айдан кейін
    2. Босанғаннан кейін кешікпей
    3. Босанғаннан 2 айдан кейін
    4. Қолдануға болмайды
    5. Босанғаннан 1 жылдан кейін
21. Қандай ағзаның қатерлі ісігін алдын алу үшін пероралді контрацептивті тағайындауға болады:
    1. қынаптың
    2. жатыр мойынының
    3. +эндометридің
    4. жатыр түтіктерінің
    5. тік ішектің
22. «Норплант» имплантантын дененік қай жеріне еңгізіледі:
    1. Бұлшық етке
    2. Бөксе терісінің астына
    3. Білектің бұлшықетіне
    4. +Білек терісіңін астына
    5. Қол терісінің астына
23. Гормоналді контрацептивтер әсерінің механизмі:
    1. +Овуляцияны, рилизинг-факторлар, ЛГжіне ФСГ өндіруін тежейді
    2. Эндометриде жүретін биохимиялық реакцияларды тежейді
    3. Цервикал шырышын қоюлатады
    4. Жатыр түтіктерінің перистальтикасын күшейтеді
    5. Қынап флорасының қышқылдығын жоғарлатады
24. Кеңес беру (консультирование ) деген:
    1. +Психологиялық және медициналық жәрдем беру
    2. Құқықтық қолдау түрі
    3. Пациентке нұсқау берудің түрі
    4. Пациентке бағдарлама беру
    5. Пациентті медициналық қолдау
25. АИД инфцирленген әйелге контрацептив ретінде емізу әдісін қолдануға:
    1. +қолдануға болмайды
    2. Әрқашан қолдануға болады
    3. Балалардың өлім-жітімі АИД инфекциядан емес диареядан жоғары болған экономикалық дамымаған елде қоладанады
    4. Босанғаннан 1 айдан кейін қолдануға болады
    5. Спермицидпен қоса қолдануға болады
26. АИД инфицирленген әйелдің қан анализінде байқалатын өзгерістер:
    1. 30 күн бойы анемия (80 г/л🡫), нейтропия (100000 мм3🡫)
    2. полицитемия, гиперкоагуляция
    3. лейкоцитоз, формуланың солға жылжуы, ЭТЖ🡩
    4. +анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз\лейкопения, бласттық жасушалар пайда болуы
    5. Анализде патологиялық өзгерістер байқалмайды
27. Ұлттық репродуктивтік денсаулықты сақтау саясаты деген:
    1. +ана мен бала денсаулығын сақтау, қауіпсіздің аналық, жанұяны жоспарлау, медико-генетикалық кеңес беру
    2. Мекпетер санын көбейту
    3. Жанұяны жоспарлау, орынсыз жүктілікті реттеу үшін аборттың санын көбейту
    4. Жанұяны жоспарлау
    5. Әйел босана беру үшін оны экономикалық ынталандыру
28. Репродуктивтік құқық деген:
    1. +жанұя және әрбір адам қанша бала керектігін және арасында интервал сақтау шешуіне құқығы бар
    2. Босану интервалы бір жыл болу керек
    3. Ақысыз медициналық көмек алуға әйелдің құқы бар
    4. Қосымша жалақы алуына құқы бар
    5. Баспанамен қамтамасыз етуіне құқы бар
29. Акушерия және гинекология мекемелерінің жұмысы сапасының негізгі көрсеткіші:
    1. Жүкті және босанған әйелдердің жалпы саны
    2. +Перинаталді және аналық өлім-жітім деңгейі
    3. Медициналық және өзіндік аборттадың саны
    4. Кесар тілігінің саны
    5. Контрацептив қолданатын әйелдердің саны
30. Әйелдер консультациясының мақсаттары:
    1. Жүкті әйелдерді кезінде есепке алып, оларды босану алдында психопрофилактикалық дайындық жүргізу
    2. Жүкті әйелдерді және гинекологиялық науқастарды зерттеу және емдеу
    3. +жүктілік, босану, босанудан кейінгі мезгілінің асқынуларын, гинекологиялық ауруларды алдын алу үшін шараларды жүргізу, жанұяны жоспарлау
    4. Перзентхана, диспансерлер арасында тығыз қарым-қатынасты реттеу
    5. Тұрмыс қалыпын денсаулыққа бағытауды үгіттеу
31. Календарлық әдіс арқылы контрацепция қолданған кездегі фертилді күндерді атаңыз:
    1. 10 –ші күннен 19-ші күнге дейін
    2. 7–ші күннен 17- ші күнге дейін
    3. 10–ші күннен 20- ші күнге дейін
    4. + 8–ші күннен 19- ші күнге дейін
    5. 10–ші күннен 19- ші күнге дейін
32. Контрацептив мақсатымен жатыр мойынына қалпақша кигізіледі. Кигізілген қалпақша қанша мезгілден кейін міндетті түрде алу керек:
    1. 6 сағат
    2. 12 сағат
    3. 24 сағат
    4. 36 сағат
    5. +48 сағат
33. Әйелдің қандай ауруында хирургиялық стерилизацияны жүргізу үшін ерекше жағдай керек:
    1. Гипотиреоз
    2. Диафрагма грыжасы
    3. +Бауыр циррозының ауыр дәрежесі
    4. Әйелдің салмағы өте аз болса
    5. Әйел өте жас болса
34. Құрамында левононгестрел бар «Мирена» ЖІС-ін босанғаннан кейін қашан еңгізуге болады:
    1. + 4 апта
    2. 6 апта
    3. 8 апта
    4. 10 апта
    5. 12 апта
35. «Норплант» имплантын қандай жағдайда еңгізуге болмайды:
    1. Әйел кортикостериодтарды қабылдаса
    2. +Әйел туберкулезге қарсы ем қабылдаса
    3. Әйел ревматизмге қарсы ем қабылдаса
    4. Әйел анемияға қарсы ем қабылдаса
    5. Әйел жүрек гликозидтерін қабылдаса
36. Қосарланған EVRA пластырін қолданған кезде әйелдің етеккірі қашан келеді:
    1. 1-ші аптаның соңында
    2. 2-ші аптаның соңында
    3. 3-ші аптаның соңында
    4. + 4-ші аптада
    5. 4-ші аптаның соңында

**ӘЙЛДІҢ ӘРТҮРЛІ ЖАСЫНДАҒЫ ЕТЕККІР БҰЗЫЛЫСТАРЫ. ЖТД ТАКТИКАСЫ**

1. Қалыпты етеккір циклінің ұзақтығы:
   1. +21-35 күн
   2. 28-30 күн
   3. 19-28 күн
   4. 26-35 күн
   5. 22-36 күн
2. Меноррагия деген:
   1. Ациклдік жатырдан қан кету
   2. +иклдік жатырдан қан кету
   3. Ауыру сезімді, көп мөлшерде келетін етеккір
   4. Етеккір циклінің қысқа болуы
   5. Етеккір циклінің ұзаруы
3. Ювенилді жатырдан қан кетудің ең жиі кездесетін патогенезі:
   1. Гиполютеинизм
   2. Фолликулдердің персистенциясы
   3. +Фолликулдердің атрезиясы
   4. Гиперпролактинемия
   5. Қан жүйесінде болатын ұю үрдесінің бұзылуы
4. Менопауза алдындағы кездегі дисфункционалдық қанкету тоқтатуының негізгі әдісі:
   1. синтетикалық эстроген-гестагендік препараттар
   2. Қан тоқтататын және жатырды жиырылтатын препараттар еңгізу
   3. Андрогендерді тағайындау
   4. 17-оскипрогестерон капронаты (17-ОПК) үздіксіз режимінде тағайындау
   5. + цервикал каналын және жатыр қуысын бөлек қыру
5. Гиперменорея деген:
   1. Етеккір циклінің ұзаруы
   2. +ретті келген етеккір көп мөлшерде келу
   3. Етеккірдің ұзақ болуы
   4. Циклдан тыс келген қанды бөлінділер
   5. 2 ай кідіргеннен кейін келген е
6. 38 жастағы әйел дәрігерге келгендегі клиникалық симптомдары: метроррагия типті етеккірінің келуі. Әрігердің тактикасы:
   1. Горомналді гемостаз тағайындау
   2. +Гинекологиялық стационарда диагностикалық қыру жүргізу
   3. Гормондардың деңгейін анықтау
   4. Антибактериалді терапия
   5. Симптоматикалық терапия
7. О. Атты 14 жасар қыз баланың етеккірі ретсіз келеді. Менархе 13 жастан, соңғы етеккірі 4 ай бұрын болды. Дәрігерге келгендегі шағымдары: жалпы әлсіздік, 10 күннен бері жыныс жолдарынан қан кету. Жалпы жағдайы қанағанаттарлық, тері жабындысы боз-қызғылт, АҚҚ -90\60 мм с.б., пульс 88 рет\мин. Ректалді зерттеу мәліметтері: жатыр көлемі кішкентай, сезімтал, қозғалмалы. Жатыр қосалқылары қалыпты. Болжам диагноз:
   1. Верльгоф ауруы
   2. Виллебрант ауруы
   3. Әйел гормонын өндіруші ісік
   4. +Ювенилді қан кету
   5. Ерте мезгілінде үзілген жүктілік
8. Ювенил жасында дисфункционалды жатырдан қан кетудің жиі кезедсетін себебі:
   1. Гиполютеинизм
   2. Аналық бездерінің поликистозы
   3. +Фолликулдардың атрезиясы
   4. Гиперпролактинемия
   5. Қан ұюы жұмысының бұзылуы
9. Метроррагия – это:
10. изменение ритма менструации
11. увеличение кровопотери во время менструации
12. увеличение продолжительности менструации
13. +ациклические маточные кровотечения
14. урежение менструаций
15. 34 жастағы науқас, етеккір циклі овуляторлы, бірақ етеккірге 1-2-3 күн қалғанда тот басқан-қанды түсті бөлінділер байқалады. Етеккір бұзылысының түрі:
    1. метроррагия
    2. +меноррагия
    3. қалыпты етеккір циклі
    4. гипоменорея
    5. дисменорея
16. ДЖҚ себебінен 32 жастағы науқастың жатыр қуысы қырылды. Гистологиялық зерттеу мәліметі – безді-кистозды гиперплазия. Дәрігердің тактикасы:
    1. +Гормонотерапия жүргізу
    2. Оперативті ем жүргізу
    3. бақылау
    4. Иммундық жүйесін жөндейтін терапия
    5. сан-курортты терапия
17. Қыз баланың жасы 16-да. Оның етеккірі сирек және ауыру сезімді. Бала кезінен созылмалы тонзиллитпен ауырады. Менархе 15 жасынан, етеккірі ауырып келеді. Екіншілік жыныстық белгілері дұрыс дамымаған. Сыртқы жыныстық мүшелері гипопластикалық. УДЗ мәліметтері – жатыры кішкентай, көлемі 10-11 жастағы жатыр көлеміне сай. Аналық бездері қалыпты дамыеған, фолликулдар саны көп. Осы симптомдар қандай патологияға тән:
    1. Адреногениталдық синдром
    2. Гонадалар дисгенезиясының таза түрі
    3. Гонадалар дисгенезиясының әдеттегі түрі
    4. +Орталық генезді жыныстық дамуының кідіруі
    5. Аналық бездер генезді жыныстық дамуының кідіруі
18. «Ерте жыныстық дамуы» деп айтуға болады, егер...:
    1. Екіншілік жыныстық белгілер қыз балада 10 жастан ерте байқалса
    2. Екіншілік жыныстық белгілер қыз балада 5 жастан ерте байқалса
    3. + Екіншілік жыныстық белгілер қыз балада 8 жастан ерте байқалса
    4. Екіншілік жыныстық белгілер қыз балада 12 жастан ерте байқалса
    5. Қыз баланың етеккірі 10 жастан ерте келсе
19. Әйелдер типті (изосексуалді) ерте жыныстық дамуының себебі:
    1. Босану кезіндегі нәрестенің жарақаты
    2. Ерте балалық кезінде болған инфекциялық-токсикалық аурулар
    3. Диэнцефалдің аймағындағы қабыну процессі
    4. +Гормонөндіруші аналық без ісігі
    5. Диэнцефалдің аймағында дамыған ісік
20. Гетеросексуалді типті (еркек типті) ерте жыныс дамуының себебі:
    1. Жыныс мүшелер дамуының ақаулары
    2. +Бүйрек үсті безінің ферменттің жүйесінің туа біткен ферменттік жетіспеушілігі
    3. Жыныс мүшелерінің қабыну ауруы
    4. Штейн-Левенталь синдромы
    5. Аналық безінің эстрогенөндіруші ісігі
21. Төменгі келтірілген аурулардың біреуін дәлелдеу үшін цитогенетикалық зерттеу жүргізу керек. Ол ауру:
    1. Изосексуалді типті ерте жыныстық даму
    2. Шетеросексуалді ерте жыныстық даму
    3. +Жыныстық дамудың болмауы
    4. Жыныстық даму кідіруінің церебралді түрі
    5. Жыныстық даму кідіруінің аналық бездік түрі
22. 18 жасар қыз бала гинекологиялық бөлімшесіне келесі шағымдармен түсті: басы айналады, 2 аптадан бері жыныс жолдарынан қанды бөлінділер байқалады. Етеккірі 16 жасынан, ретсіз, көп мөлшерде, ауыру сезімді. Жыныстық қатынаста болмаған. Объективті: тері жабындысы боз, Hb-85г/л, Ht-26%. Гинекологиялық зерттеу жүргізгенде өзгеріс байқалмайды. УДЗ – эндометридің функционалді қабаты - 0.4 см. Дәрігерлік тактика:
    1. + Гормоналді гемостаз
    2. Жатыр қуысын қыру
    3. Артқы күмбез арқылы құрсақ қуысын пункциялау
    4. Медикаментозды гемостаз
    5. Гистероскопия
23. 15 жастағы қыздың шағымдары: 2 аптадан бері жыныс жолдарынан қанды бөлінділер байқалады, ал соңғы 2 күн бөлінділер мөлшері көбейді. Етеккірі 13 жастан басталды, қазіргі кезеге дейін реттелмеді. Соңғы етеккір 2,5 ай бұрын басталды. Науқасты тексергенде тері жабындысы боз, жыныс жолдарынан кеткен қан мөлшері көп. Ректталді зерттеу мәліметтері: жатыр көлемі кішкентай, қосолқылары пальпацияланбайды. Диагноз:
    1. Жатырлық жүктілік, аборт
    2. Жатыр миомасы
    3. + ювенилдік жатырдан қан кету
    4. Жатырдан тыс жүктілік
    5. Көпіршікті тығын
24. Біріншілік аналық без генезді аменорея диагнозын анықтау үшін қандай зерттеу жүргізу керек:
    1. + кариотипті анықтау
    2. Гормон деңгейлерін анықтау
    3. Функционалдық диагностикалық тесттер
    4. Гистероскопия
    5. Кольпоскопия
25. 42 жастағы науқасқа дисфункционалды жатырдан қанктеу себебінен хирургиялық гемостаз жүргізілді. Гистологиялық зерттеу мәліметі: эндометрий гиперплазиясы. Әрі қарай қандай ем тағайындау керек:
    1. Эстрогендер
    2. ҚАК
    3. +Гестагендер
    4. Дексаметазон
    5. Утеротониктер
26. Климактерикалық синдромының пайда болуының негізгі себебі:
    1. + эстрогендік дефицит
    2. гиперэстрогения
    3. гиперкортицизм
    4. пролактинемия
    5. ановуляция
27. Пайда болу мезгіліне және клиникалық түріне қарай климактерикалық бұзылыстар келесі түрлеріне бөлінеді:
    1. + ерте, орташа мезгілде пайда болатын, кеш
    2. Ісіну, цефалгиялық, кризді
    3. пременопаузалді, менопаузалді, постменопаузалді
    4. типті, атипиялық
    5. Таза, өшіп кеткен, аралас
28. Климактерикалық синдромының ерте белгілері:
    1. Терінің құрғауы, шаштың түсуі, тырнақтарының сыңғыш болуы
    2. Зәр ұстай алмау, қынаптың құрғақтығы
    3. Остеопороз, Альцгеймер ауруы
    4. +Ыстық құйылуы, тершеңдік, жүрек соғуы, ашуланшақтық
    5. Жүрек-қан тамырлық жүйе жұмысының бұзылуы (жүректің ишемиялық ауруы, инсульт, т.б.)
29. Климактериялық синдромның ең тиімді терапиясы :
    1. Психопрофилактикалық сөйлесу
    2. фитотерапия
    3. Санаторлық емдеу
    4. +Орынбасушы горомналді терапия
    5. Витаминотерапия
30. Орынбасушы гормонотерапияға көрсеткіштерінің бірі :
    1. Эндометридің қатерлі ісігі
    2. Бауырдың ауыр патологиясы
    3. Жедел тромбоэмболиялық бұзылыстар
    4. +Аналық бездің кистасы себебінен жүргізілген екі жақты овариоэктомия
    5. Сүт безінің қатерлі ісігі
31. 48 лет жастағы әйелде вегето-тамырлық және урогениталдық бұзылыстар байқалған кезде қандай қосымша зерттеу жүргізу керек:
    1. Гормондар деңгейін анықтау, функционалдық диагностикалық тесттерді жүргізу
    2. +Маммография, онкоцитологияға жағындыны тексеру, трансвагиналді УДЗ
    3. Бассүйегіне рентгенография жүргізу, электроэнцефалография
    4. Жыныс жолдарымен таралатын ауруларды тексеру
    5. Көз түбінің жағдайын және түрлі түсті көру қабілетін тексеру
32. Аналық без генезді жыныс дамуының кідіруін қандай әдіспен емдеу керек:
    1. +Орынбасушы гормонотерапия
    2. Кортикостероидтармен емдеу
    3. Жоғарғы дозалы ҚАК-ты тағайындау
    4. витаминотерапия, емдеу мақсатымен физикалық жаттығу тағайындау
    5. Биологиялық белсенді қосындылар тағайындау
33. Жыныс дамуының болмауының себебі:
    1. Бала кезінде болған инфекциялық аурулар
    2. Пубертатты жасында болған вирусты қабыну аурулары
    3. +хромосомдық аномалиялар
    4. Босанылған кезеңдегі жарақат
    5. Ауыр экстрагениталді патология
34. Орташа мезгілді климактериялық бұзылыстар:
    1. +Урогениталді
    2. вазомоторлық
    3. Зат алмаушылық
    4. Етеккір жұмысының бұзылыстары
    5. Ыстық құйылуы
35. Кеш мезгілдегі климактериялық бұзылыстар:
    1. Урогениталді
    2. вазомоторлық
    3. +Зат алмаушылық
    4. Етеккір жұмысының бұзылыстары
    5. Ыстық құйылуы
36. Остеопороздың жалпы симатомдары:
    1. +еңкейіп қалу, бойының төмендеуі
    2. цисталгия
    3. никтурия
    4. Бас ауыруы
    5. Кеш менопауза
37. Екі фазалық етеккір циклінің белгісі:
    1. Етеккірдің ретті болуы
    2. Етеккірдің ұзақтылығы
    3. + Овуляция
    4. Менархеның басталған мезгілі
    5. Етеккірдің болуы
38. Субмукозды жатыр миомасына қандай симптомдар тән:
    1. аменорея
    2. олигоменорея
    3. метроррагия
    4. + меноррагия
    5. Альгодисменорея
39. «Постменопаузадағы қан кету» деп қандай жағдайда айтамыз:
    1. + соңғы етеккір келгенінен 6 ай өткенде
    2. соңғы етеккір келгенінен 3 ай өткенде
    3. соңғы етеккір келгенінен 2 ай өткенде
    4. соңғы етеккір келгенінен 1 ай өткенде
    5. соңғы етеккір келгенінен 1,5 ай өткенде
40. Ерте және тек осы ауруға тән климактерикалық синдром:
    1. гипертония
    2. +ыстық құйылу
    3. бас ауыруы
    4. ашуланшақтық
    5. гипергидроз
41. 57 жастағы науқаста етеккір тоқталғанынан 5 жыл өткеннен кейін жыныс жолдарынан жағынды түрде қанды бөлінділер байқалды. Науқас гипетониялық аурумен ауырады. Гинекологиялық зерттеу жүргізгенде анатомиялық өзгерістер байқалмады. Болжам диагноз:
    1. аденомиоз
    2. дисфункционалдық жатырдан қан кеті
    3. Жатыр мойынының қатерлі ісігі
    4. +эндометридің қатерлі ісігі
    5. Жатыр миомасы
42. 49 жастағы науқас соңғы екі жыл бойы етеккірі ретсіз, сирек келетін болды. 3 аптадан қазіргі мезгілге дейін жыныс жолдарынан қанды бөлінділер байқалды. Болжам диагноз:
    1. Аденомиоз
    2. +Дисфункционалді жатырдан қан кету
    3. Эндометридің қатерлі ісігі
    4. Субмукозды жатыр миомасы
    5. Жатыр мойынының қатерлі ісігі
43. 49 жастағы науқас соңғы екі жыл бойы етеккірі ретсіз, сирек келетін болды. 3 аптадан қазіргі мезгілге дейін жыныс жолдарынан қанды бөлінділер байқалды. Сіздің тактикаңыз:
    1. Эстрогендермен гемостаз жүргізу
    2. +жатыр қуысын диагностикалық қыру
    3. Утеротониктер тағайындау
    4. Циклдік гормонотерапия
    5. Прогестиндермен гемостаз жүргізу
44. Эндометридің гиперпластикалық процесінің негізгі клиникалық көрінісі:
    1. +ациклдік қан кету
    2. ақкірлер
    3. ауыру сезім
    4. дене қызуының көтерілуі
    5. циклдік қанкету
45. Құрамында орташа мөлшерде мыс бар ЖІС-ті неше жылдан кейін алу керек:
    1. 2
    2. 3
    3. +5
    4. 7
    5. 10
46. ЖІС-ті босанғаннан кейін неше сағатта еңгізуге болады (қарсы көрсеткіші жоқ болса):
    1. 12 сағат
    2. 24 сағат
    3. +48 сағат
    4. 72 сағат
    5. 96 сағат
47. Төменгі тізімнен ЖІС-ке қарсы көрсеткішін көрсетіңіз:
    1. +ЖИТС
    2. Саркоидоз
    3. Вирусты гепатит
    4. Ревматизм
    5. Өкпе туберкулезі
48. Әйелдің 4 баласы бар. Анамнезінде – жатыр мойынының рак in situ бойынша ем алды. Контрацептив тағайындаңыз:
    1. ҚАК
    2. Таблетка түрінде таза прогестиндер
    3. Инъекциялық таза прогестиндер
    4. ЖІС
    5. +ЕХС
49. Босану арасында қанша жыл оптималді деп есептеледі:
    1. 1
    2. +2
    3. 3
    4. 5
    5. 5 жылдан көп

**ЖТД ЖҰМЫСЫНДА КЕЗДЕСЕТІН ӘЙЕЛ ЖЫНЫС МҮШЕЛЕРІНІҢ ҚАБЫНУ АУРУЛАРЫ**

1. Кольпит деген қандай ағзаның қабынуы:
   1. эндоиметридің
   2. Жатыр түтіктерінің шырышты қабатының
   3. +Қынап шырышты қабатының
   4. Сыртқы жыныс мүшелерінің
   5. Жатыр қосалқыларының
2. Сексуалдық қатынас кезінде қалай АИД\ЖИТС-тен сақтануға болады:
   1. Серіктесінің ЖИТС науқас екеніне күдіктенген кезде презервативті қолданса
   2. +әрбір жыныстық қатынаста презервативті қолданса
   3. Жыныстық серіктесін бір айдан сирек өзгертіп тұрса
   4. Бір кезеңде екі жыныстық серіктестен көп болмаса
   5. Жедел контрацепция әдісін қолданса
3. Трихомониаздың клиникалық белгілері:
   1. +Қынаптан көпіршіген бөлінділер. Сыртқы жыныс мүшелерінің қышуы
   2. Ішінің төменгі бөлігінің ауыруы
   3. Етеккір циклінің бұзылуы
   4. Жағынды түрдегі қанды бөлінділер
   5. Қынаптық гиперемиясы
4. Трихомонадты инфекцияның жиі мекендейтін жері:
   1. Жатыр түтіктері
   2. жатыр
   3. +Қынап
   4. Тік ішек
   5. Уретра
5. Науқасты тексергенде келесі өзгерістер байқалды: қынап бөлінділерінің рН 4,5 жоғары, шырышты қабатының гиперемиясы, аминді тест -оң, микрокопиялық зерттеу кезінде жағындыдан "кілтті жасушалар" байқалды. Диагноз:
   1. +бактериалді вагиноз
   2. Бейспецификалық вагинит
   3. кандидозды вагинит
   4. трихомонадты кольпит
   5. Қынапқа түскен бөтен заттан болған вагинит
6. Қыз балалар вульвовагинитінің жиі кездесетін зардабы:
   1. Етеккір циклінің бұзылуы
   2. Жатыр қосалқыларының қабынуы
   3. +Жабысқақ процестері дамиды (кіші және үлкен ернеулерінің бір біріне жабысуы)
   4. Цервицит
   5. Перитонит
7. Қыз балада қабынудың қандай түрі жиі кезедеседі:
   1. +Сыртқы жыныс мүшелерінің қабынуы
   2. Ішкі жыныс мүшелерінің қабынуы
   3. Жатыр ісіктері
   4. Жыныс мүшелерінің ақаулары
   5. Аналық без ісіктері
8. 25 жастағы тұрмыс құрмаған әйелдің шағымдары: жыныс жолдарынан аз мөлшерде бөлінділер, жыныстық қатынастан кейін – қанды бөлінділер, оң жақ қабырға доғасының астындағы аймақтағы ауыру сезім, жалпы әлсіздік. Бір айдан бері жаңа жыныстық серіктесімен тұрады. 2 жыл бұрын бір жүктілік болған – аборт жасалған. Гинекологиялық тексеру мәліметтері: қынаптық бөлінділері шырышты, цервикал канал бөлінділері – ірің тәрізді. Жатыр мойынында көлемі кішкентай эктопиясы байқалады. Бимануалді зерттеу: жатыр мойыны ауыру сезімді. Жатыр қосалқылары, оң жақ қабырғаларының асты пальпация кезінде ауырады. Болжам диагноз:
   1. Жатыр қосалқыларының бейспецификалық қабынуы
   2. Трихомониаз
   3. +Хламидиоз, гонорея
   4. Цитомегаловирус, жай ұшық вирусы
   5. Туберкулездік сальпингит, эндометрит
9. Trichomonas vaginalis анықтау мақсатымен егу үшін патологиялық материал қай жерден алынады:
   1. уретра
   2. цервикал каналы
   3. Тік ішек
   4. +Қынаптық артқы күмбезі
   5. Жатыр қуысынан алынатын аспират
10. Рейтер ауруында хламидияны дәлелдеу мақсатымен бактериялық егу үшін жағынды әр ағзадан алынады. Төменгі көрсетілген тізімнен зерттеу нәтижесінің маңызы жоқ болатын ағзаны көрсетіңіз:
    1. Цервикал каналы
    2. Уретра
    3. + Қынап
    4. Жұтқыншаның артқы қабырғасы
    5. Қонъюнктива
11. Жатырдан тыс жүктіліктің жиі болатын себебі:
    1. Жатырдың ақаулары, жыныс ағзаларының дұрыс орналаспауы
    2. +Жатыр қосалқыларының қабыну аурулары, аборттар
    3. Жатыр ісіктері
    4. Эндометриоз
    5. Аналық без ісіктері

# Аборттан 6 күн өткеннен кейін науқаста келесі шағымдар пайда болды: ішінің төменгі бөлігінің қатты ауыру сезімі, дене қызуының 38,70 көтерілуі, қалтырау, жыныс жолдарынан қанды-сукровицалық бөлінділер болуы. АҚҚ 100/60 мм.рт.ст. Пульс 80 рет минутына. Іші жұмсақ, орташа ауыру сезім пальпация кезінде ішінің төменгі бөлігінде байқалады. Щеткина-Блюмберг симптомы теріс. Жалпы тәжірибелік дәрігердің тактикасы:

* 1. +Қалалық клиникалық аурухананың гинекологиялық бөлімшесіне жолдау
  2. Антибиотикотерапия, келесі тәулікте емдеу тактикасын анықтау
  3. Қалалық клиникалық аурухананың хирургиялық бөлімшесіне жолдау
  4. Перзентхананың гинекологиялық бөлімшесіне жолдау
  5. Күндізгі стационарда емдеу (антибиотиктер, инфузионды терапия)

1. АИД инфицирленген науқастың жыныс жолдарынан іріңді бөлінділер бөлініп, ішінің төменгі бөлігі ауырып, дене қызуы субфебрилді көтерілді. Науқасты тексергеннен кейін клиникалық диагноз қойылды: Екі жақты жеделдеу бейспецификалық сальпингоофорит. Осы науқасты қай мекемеде емдеу керек:
   1. Қалалық клиникалық аурухананың гинекологиялық бөлімінде
   2. ЖИТС орталығында
   3. Тері ауру және венерологиялық диспансерде
   4. Инфекциялық ауруханада

Қалалық клиникалық аурухананың хирургиялық бөлімінде

1. Науқасқа қойылған диагноз: Кандидозды вульвовагинит. Этиологиялық терапия тағайындаңыз:
   1. +Антимикотиктер
   2. Антибиотиктер
   3. Стероидты емес қабынуға қарсы препараттар
   4. Анабиотиктер
   5. Антисептикалық ерітіндер
2. Сальпингоофориттің жиі кездесетін асқынуы:
   1. Жабысқақ ауруы
   2. +Жатырдан тыс жүктілік
   3. Пельвиоперитонит
   4. Аппендицит
   5. Жайылған перитонит
3. Науқас жедел сальпингоофорит себебінен стационарда емделіп шыққаннан кейін әйелдер консультациясының дәрігеріне келді. Дәрігердің тактикасы:
   1. 1 айдан кейін рецидивке қарсы ем жүргізу
   2. Антибактериалді терапияны тағы 10 күнге жалғастыру
   3. Жабысқақ процесті жұмсартатын ем, физиотерапия
   4. Екі рет етеккір кезінде рецидивке қарсы ем жүргізу
   5. +Үш рет етеккір кезінде рецидивке қарсы ем жүргізу
4. Қабынудың қандай түрінде кіші жамбастың УДЗ мәліметтерінің нәтижесі зор:
   1. Вагинит
   2. Эндометрит
   3. Цервицит
   4. +Тубоовариалді түзілістер
   5. Сальпингит
5. Бактериалді вагиноз кезінде қынапта қандай микрофлораның саны көбееді:
   1. Стафилококтар
   2. Стрептококтар
   3. Лактобацилалар
   4. +Анаэробты флора
   5. Кандидалар

1. Адам папиллома вирусының зардабы:
   1. +Жатыр мойынының қатерлі ісігіне әкеледі
   2. Аналық бездің қатерлі ісігіне әкеледі
   3. Эндометриозға әкеледі
   4. Бедеулік қауіпін жоғарлатады
   5. Мерзімінен бұрын босанудың қауіпін туғызады
2. Адам папиллома вирусына қарсы вакцинацияны неше жастан жүргізу керек:
   1. 8
   2. +10
   3. 12
   4. 14
   5. 16
3. Науқасты гинекологиялық зерттегенде сіз сол жақ қосалқысында тубоовариалді түзіліс байқадыңыз. Сіздің тактикаңыз:
   1. Қабынуға қарсы ем тағайындау
   2. Жабысқақ процесті жұмсартатын ем
   3. Физиоем тағайындау
   4. +Қалалық клиникалық аурухананың гинекологиялық бөлімшесіне науқасты жолдау
   5. УДЗ бақылауымен түзілістің іріңін шығару

**МЕМЛЕКЕТТІК АТТЕСТАЦИЯҒА АРНАЛҒАН ПӘН БОЙЫНША ТЕСТІЛЕР**

1. Экстрагениталді патологиясы жоқ, жүктілігі физиологиялық жағдайда өткен жағдайда әйел консультацияға неше рет келу керек:
   1. 4 рет
   2. +7 рет
   3. 10 рет
   4. 12 рет
   5. Өзін бақылап жүрген акушер-гинеколог шешеді
2. Даун ауруын анықтау үшін қандай скрининг әдісін қолдану керек. Төменгі тізімнен көрсетіңіз:
   1. Жүктіліктің ерте мерзімінде АХГ деңгейін анықтау
   2. +Жүктіліктің ерте мерзімінде УДЗ жүргізу
   3. Жүктіліктің 19-20 аптасында УДЗ жүргізу
   4. Хорион биопсиясы
   5. Кордография
3. Эклампсияның негізгі белгілері:
   1. АҚҚ көтерілуі
   2. Ісіктер
   3. АҚҚ көтерілуі + ісік
   4. Протеинурия
   5. + АҚҚ көтерілуі + протеинурия
4. Ұрық жүйке трубкасы дұрыс қалыптасу үшін әйелге жүктіліктің 12 аптасына дейін қандай препарат тағайындау керек:
   1. Минералді-витамин кешені
   2. Жақсы тамақтану
   3. +Фолий қышқылын
   4. Йод препараттарын
   5. Ұйқы және демалу режимін сақтау
5. Предоставление роженице свободу выбора позиции в родах и при родоразрешении позволяет:
   1. сократить продолжительность родов
   2. +уменьшить число травм промежности и влагалища
   3. уменьшить кровопотерю в родах
   4. предотвращает дородовое излитие околоплодных вод
   5. сокращает продолжительность третьего периода родов
6. Основная группа риска по разрыву матки в родах:
   1. беременные с многоводием
   2. + беременные с рубцом на матке после кесарева сечения
   3. роженицы со слабостью родовой деятельности
   4. роженицы с чрезмерной родовой деятельностью
   5. После хирургической коррекции шейки матки
7. Босанып үйіне келгеннен кейін дәрігер нәрестені тексеріп келесі өзгерістерді көрді: Жалпы жағдайы қанағанаттанарлық, кіндігінің айналасы қызарған, жарасынан аз мөлшерде серозды-іріңді бөлінділер байқалады. Дәрігердің болжамалы диагнозы:
   1. Баланопостит
   2. Коньюнктивит
   3. Отит
   4. Кіндіктің грыжасы
   5. +Омфалит
8. Босанғаннан 12 тәуліктен кейін әйелдің дене қызуы 380 дейін көтеріліп, қалтырау, сүт бездерінде ауыру сезім пайда болды. 2 тәуліктен кейін дәрігерге көрінді. Жалпы тексеру кезінде бір жақ сүт безінде ауыру сезімді, көлемі 2х3 см. инфильтрат пальпацияланды. Диагноз:
   1. іріңділік мастит
   2. лактостаз
   3. +сероздық мастит
   4. инфильтративтік мастит
   5. флегмоноздық мастит
9. Босану кезінде жыртылу себебімен босанушының аралығына жібек тігіс салынған. Жібтерді нешінші тәулікте алып тастау керек:
   1. 4-ші
   2. 7-ші
   3. 8-ші
   4. +5–ші
   5. 2-ші
10. Босанғаннан кейін жатыр өзінің қалыпты өлшеміне қай уақытта келеді:
    1. + 8 аптадан кейін
    2. 10 аптадан кейін
    3. 16 аптадан кейін
    4. 20 аптадан кейін
    5. 22 аптадан кейін
11. «Босанудан кейінгі кезеңі» деп аталады:
    1. + басанғаннан кейінгі 2 ай
    2. нәрестені емізіп болғанша
    3. басанғаннан кейін бірінші етеккір келгенге дейін
    4. басанғаннан кейінгі бір ай
    5. басанғаннан кейінгі 2 апта
12. Лактостаздың емі:
    1. + балаға жиі емшек беру
    2. дегидратациялық терапия
    3. гипотермия
    4. лактацияны тоқтаті үшін гормон тағайындау
    5. антибактериалдық терапия
13. Кефалогематомамен туған нәрестеде қандай асқыну дамуы мүмкін:
    1. +кефалогематоманың инфицирленуі
    2. анемия
    3. ешқандай қауіп-қатер жоқ
    4. тыныс алуының бұзылуы
    5. гипогликемия
14. Босанған әйел үйіне неше тәуліктен кейін перзентханадан шығарылады:
    1. +3-ші
    2. 4 -ші
    3. 5-ші
    4. 6 -ші
    5. 7-ші
15. Босанған әйел баласы дұрыс еме алмайтынын айтты. Әйелдің ойы – баласы жылдам шаршап қалады. Пациентіңізге қанадай кеңес бересіз:
    1. Емізуді бұрынғыдай жалғастыру керек
    2. +Емізуді жиілету керек
    3. Емізудің арасында сауып алған сүтті беру керек
    4. Қосымша тамақ беру керек
    5. Емізудің арасында 5% глюкозаның еріндісін беру керек
16. Босанғаннан 3 ай өткен соң әйел «жүктіліктен қалай сақтану керек» деген сұрақпен келді. Сіздің кеңесіңіз:
    1. +екі емізудің арасы 6 сағаттан аспаса, бірінші 6 айда контрацептивтің қажеті жоқ
    2. Таза гестагендік контрацептив (мини-пили тәрізді) қолдану керек
    3. Депо-Провера инъекциясын салдыру керек
    4. «Норплант» имплантантын тері астына енгіздіру керек
    5. Құрамында левоноргестрел бар жатыр ішілік контрацептив («Мирена») енгіздіру керек
17. Ерікті хирургиялық стерилизация келесі әйелдерге жүргізілу керек:
    1. Бала керек-керекеместігін өзіне әлі толық шешпеген
    2. Балалары жоқ әйелдер
    3. +Жүктілік әйелдің денсаулығына қауіпті болған жағдайда
    4. Кұйеуі осы контрацептив әдісін қолдаған жағдайда
    5. 2 және одан көп балалары болса
18. Еvra контрацептиві деген:
    1. Қосарланған ауыз арқылы қабылдайтын контрацептив
    2. Қосарланған инъекциялық контрацептив
    3. Таза прогестин
    4. +Қосарланған контрацептивтік пластырь
    5. Қосарланған қынаптық сақина
19. Медициналық аборттан кейін әйел инъекциялық ДМПА (депо-медроксипрогестерон ацетаты) контрацептивін қолданатын болды. Бірінші инъекцияны қанашан жасау керек:
    1. + Аборт жасаған күні немесе 7 күнің ішінде
    2. Аборт жасар алдында
    3. Аборттан 10 күн өткен соң
    4. Аборттан бір ай өткен соң
    5. Аборттан 6 аптадан кейін
20. Әйел ҚАК қабылдайды. Бір таблеткасын қабылдағаннан 2 сағаттан кейін құсып тастады. Кеңес беріңіз:
    1. Құсқаннан кейін бір дозасын қабылдап, кешке тағы бір таблеткасын қабылдау керек
    2. + Сол күні тағы бір таблеткасын қабылдау керек
    3. Келесі күні екі таблеткасын қабылдау керек
    4. ҚАК қабылдауын тоқтату керек
    5. Дәргерге тексерілу керек
21. ҚАК қабылдауына қарсы көрсеткішті атаңыз:
    1. сальпингоофорит
    2. +қант диабеті
    3. мастопатия
    4. жатыр мойынының эрозиясы
    5. 18- ден жас әйелдер
22. 38 жастағы әйел дәрігерге келгендегі клиникалық симптомдары: метроррагия типті етеккірінің келуі. Әрігердің тактикасы:
    1. Горомналді гемостаз тағайындау
    2. +Гинекологиялық стационарда диагностикалық қыру жүргізу
    3. Гормондардың деңгейін анықтау
    4. Антибактериалді терапия
    5. Симптоматикалық терапия
23. Төменгі келтірілген аурулардың біреуін дәлелдеу үшін цитогенетикалық зерттеу жүргізу керек. Ол ауру:
    1. Изосексуалді типті ерте жыныстық даму
    2. Шетеросексуалді ерте жыныстық даму
    3. +Жыныстық дамудың болмауы
    4. Жыныстық даму кідіруінің церебралді түрі
    5. Жыныстық даму кідіруінің аналық бездік түрі
24. Пайда болу мезгіліне және клиникалық түріне қарай климактерикалық бұзылыстар келесі түрлеріне бөлінеді:
    1. + ерте, орташа мезгілде пайда болатын, кеш
    2. Ісіну, цефалгиялық, кризді
    3. пременопаузалді, менопаузалді, постменопаузалді
    4. типті, атипиялық
    5. Таза, өшіп кеткен, аралас
25. Климактериялық синдромның ең тиімді терапиясы :
    1. Психопрофилактикалық сөйлесу
    2. фитотерапия
    3. Санаторлық емдеу
    4. +Орынбасушы горомналді терапия
    5. Витаминотерапия
26. 20 жасар пациенттен анамнез жинағаннан кейін сіз оның жатыр қосалқыларының жедел қабынуына күдіктенесіз. Осы ситуациядағы сіздің тақтикаңыз:
    1. +уретра және цервикал каналынан жағынды алу
    2. Цитологиялық зерттеуге жағынды алу
    3. УДЗ жүргізу
    4. Антибактериалді терапия жүргізу
    5. Лапароскопия жүргізу
27. Қыз балада қабынудың қандай түрі жиі кезедеседі:
    1. +Сыртқы жыныс мүшелерінің қабынуы
    2. Ішкі жыныс мүшелерінің қабынуы
    3. Жатыр ісіктері
    4. Жыныс мүшелерінің ақаулары
    5. Аналық без ісіктері
28. Адам папиллома вирусына қарсы вакцинацияны неше жастан жүргізу керек:
    1. 8
    2. +10
    3. 12
    4. 14
    5. 16
29. Науқасты гинекологиялық зерттегенде сіз сол жақ қосалқысында тубоовариалді түзіліс байқадыңыз. Сіздің тактикаңыз:
    1. Қабынуға қарсы ем тағайындау
    2. Жабысқақ процесті жұмсартатын ем
    3. Физиоем тағайындау
    4. +Қалалық клиникалық аурухананың гинекологиялық бөлімшесіне науқасты жолдау
    5. УДЗ бақылауымен түзілістің іріңін шығару

**ТӘЖІРИБЕЛІК ДАҒДЫЛАР ТІЗІМІ**

***Сыртқы акушерлік тексеру***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Зерттеу жүргізу | Бағалау | | | |
|  | Сыртқы акушерлік тексерудің негізгі әдістеріне іштің пальпациясы жатады. Жүкті әйел ішінің пальпациясы белгілі жоспар бойынша жүргізіледіі.  **Леопольдтің төрт тәсілі** бірінен кейін бірін қоладанылады.  Босанушы әйелді толғақтар арасында тексереді, оның тізелері аздап бүгілген, ал дәрігердің қолы жылы болуы керек.  Дөрекі қимылдар жасамау керек, бұл жатырдың қозуын және толғақ шақыруы мүмкін. |  |  |  |  |
|  | ***1-ші тәсіл.*** *Мақсаты* – жатыр түбі деңгейін және жатырдың түбіндегі ұрықтың ірі мүшесін анықтау.  Дәрігер әйелдің оң жағынан бетімен қарап тұрады. Әйел кушеткада жатады, дәрігердің қолы жатыр түбіне орналасады және тереңге жылжыта отырып, жатыр түбінің деңгейін, сонымен қатар жатыр бүбіндегі ұрықтың мүшесін анықтайды. |  |  |  |  |
|  | ***2-ші тәсіл.*** *Мақсаты* – ұрықтың арқасын және ұсақ мүшелерін, позициясын, орналасу түрін анықтау.  Дәрігердің екі қолы жатыр түбінен оның бүйірлеріне қарай жылжиды. Бір қолы бір орнында қозғалмай орналасады, ал екіншісі жатырдың бүйірімен қозғалады. Содан кейін осы қимылдарды екінші қолымен қайталайды. Арқасы жатқан жағында қол астында біркелкі ұзынша алаң сезіледі. Ұрықтың ұсақ мүшелері орналасқан қарама-қарсы жағында үлкен емес томпайған, жиі орнын ауыстырып тұратын қозғалмалы аяқ-қолдары анықталады. |  |  |  |  |
|  | **3-ші тәсіл.** *Мақсаты* – ұрықтың жатушы бөлігін анықтау.  Дәрігер әйелдің оң жағынан бетімен қарап тұрады. Дәрігердің оң қолы симмфиздің үстінен орналасады, үлкен саусағы жатырдың ортаңғы сызығынан – оңға, ал қалған төртеуі – солға орналасады. Саусақтары біртіндеп тереңге жылжып, ұрықтың жатушы бөлігін ұстайды. Басы тығыз дөңгелек мүше ретінде сезіледі, ал жамбас бөлігі – дөңгелек емес, ірі жұмсақтау мүше ретінде. |  |  |  |  |
|  | **4-ші тәсіл.** *Мақсаты* – жатушы бөлігінің деңгейін кіші жамбас кіреберісіне қатысты анықтау.  Бұл тәсіл алдыңғысына қосымша болып келеді. Дәрігер арқасымен бұрылады. Оның алақандары жатушы бөліктің оң және сол жағынан орналасады, саусақтары симфизге тиіп тұрады. Саусақтарымен кіші жамбас қуысына қарай тереңдетіп байқап жылжиды, жатушы бөлігі мен жамбас қабырғаларының арасына қарай жылжиды, содан кейін саусақтары басының бойымен жоғары сырғиды. |  |  |  |  |
|  | Егер осы кезде қолдарының басы қосылса, онда **басы** **үлкен сегментімен кіші жамбас кіреберісінде** тұр немесе төменірек түсті. Егер зерттеушінің қолдары бірікпесе – **басы кіші сегментімен кіші жамбас кіреберісінде тұр**. Егер басы жамбас қуысына түссе, сыртқы тәсілдермен анықтау мүмкін емес. Басы биікте тұрса, оның астына саусақтарды жеткізуге болады |  |  |  |  |

***Гинекологиялық науқастарды бимануалық тексеру әдістемесі***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Зерттеу жүргізу | Бағалау | | | |
|  | *Мақсаты* **–** жыныс ағзаларының жағдайын анықтау. Пациент гинекологиялық креслоға жатады. |  |  |  |  |
|  | Дәрігер қолдарын ереже бойынша жуып, резенке қолғабын киеді. |  |  |  |  |
|  | Сол қолдың үлкен және сұқ саусақтарымен үлкен және кіші жыныс еріндерін ашып, қынапқа артқы қабырғасымен сырғи отырып алдымен оң қолдың ортаңғы саусағының ұшын, содан кейін сұқ саусағын енгізеді; аралықты аздап төмен баса отырып, саусақтарды артқы күмбезге дейін жеткізеді. |  |  |  |  |
|  | Бұл кезде оң қолдың улкен саусағы алшақ, клитордан бүйірге бағытталған, ал қалған саусақтар алақанға жақын орналасады және негізгі фалангалардың сырт жағымен аралыққа тіреледі. Сол қол (сыртқы) алдыңғы құрсақ қабырғасына симфизден жоғары орналасады. Саусақтардың барлық бетімен (тек ұшымен ғана емес) пальпациялау керек. |  |  |  |  |
|  | *Қынаптық тексеру кезінде* қынапқа кіреберістің енін, қабырғаларының серпімділігін, көлемін (тар, кең), созылғыштығын, шырышты қабатының жағдайын (ылғалдылық дәрежесін, физиологиялық қатпарлығының сипаты, өсінділердің, тыртықтардың, ісіктердің, қалқаның, инфильтраттың бар-жоқтығы) анықтайды. |  |  |  |  |
|  | Сосын саусақпен жатыр мойының қынаптық бөлігін тауып, оның пішіінн (конус, цилиндр тәрізді), өлшемін, сыртқы ернеудің жағдайын, жатыр мойынында тыртықтар, жыртылулар, ісіктердің бар-жоқтығын анықтайды.  Күмбездердің жағдайын анықтайды (тереңдігі, оң және сол жақтарының симметриялығы, қысқаруы, жайылуы, ауру сезімді, инфильтраттар, ісіктер). |  |  |  |  |
|  | Қынаптық саусақтық тексеруден кейін **бимануалдық тексеруге** көшеді, ольқынаптық тексерудің жалғасы болып табылады. Бір қол (ішкі) қынапта орналасады, ал басқасы (сыртқы) – симфизден жоғары. |  |  |  |  |
|  | Алғашқыда жатырды тексереді, ол үшін ішкі қолдың саусақтарын қынаптың алдыңғы, артқы, бүйір күмбездеріне біртіндеп жылжытады.  Сосын саусақтармен жатыр мойынының қынаптық бөлігін фиксациялайды, ол үшін оны аздап алдыға және жоғары көтереді, соның арқасында жатыр түбін құрсақтың алдыңғы қабырғасына жақындатады.  Оның орналасуын, пішінін, өлшемін және консистенциясын анықтайды.  Қалыптыда әйелдің жатыры алмұрт тәрізді, алдыдан артқа қарай жаншылған; оның беті тегіс, кіші жамбаста ортаңғы сызық бойымен, симфиз бен сегізгөзден, сонымен қатар жамбастың бүйір қабырғаларынан бірдей ара-қашықтықта орналасқа. Жатырдың мойыны мен денесі аралығында бұрыш бар, алдыға ашылған. Жатырдың консистенциясы тығыз эластикалық. |  |  |  |  |
|  | Жатырды мұқият тексеріп болғаннан кейін, оның қосалқыларына (түтікшелері, аналық бездері, байламдары) көшеді.  Ол үшін ішкі және сыртқы қолдың саусақтарын біртіндеп жатыр бұрышынан жамбастың бүйір қабырғаларына қарай жылжытады, кезекпен оңға және солға; бүйір күмбездердің біріне енгізілген саусақтарды сыртқы қолдың саусақтарымен түйістіру керек.  Өзгермеген жатыр түтікшелері жіңішке, жұмсақ, болуы керек, әдетте олар сезілмейді.  Аналық бездері миндаль пішінді, өлшемдері 3х4см түрде сезіледі, қозғалмалы және пальпация кезінде сезімтал. Оң жақ аналық безі сол жаққа қарағанда тексеруге басым беріледі. |  |  |  |  |
|  | Қынаптық тексеруден кейін саусақтарда қалған бөлінділерді қарап-тексеру керек. |  |  |  |  |

***Бактериоскопияға жағынды алу***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Зерттеу жүргізу | Бағалау | | | |
|  | *Мақсаты* – бактериоскопиялық зерттеуге материалды дайындау. |  |  |  |  |
|  | *Қажет құралдар*– қынаптық айналар, корнцанг, [Фолькман](file:///\\Фолькмана) қасығы, мақта бөлщектері, таза затты әйнек. |  |  |  |  |
|  | Науқасты гинекологиялық креслоға жатқызады.  Дәрігер қолдарын ереже бойынша жуып, қолғап киеді. сол қолдың саусақтарымен жыныс еріндерін ашамыз, оң қолдың сұқ саусағымен уретраға массаж жасайды; стерильді мақта тампонмен уретраның сыртқы тесігін құрғатады, уретрадан жағындыны алады және заттық әйнекке шетіне жақын етіп жағады. |  |  |  |  |
|  | Осыдан кейін қынапқа Куско айнасын жабылған күйінде бүйірімен енгізеді, оны бұрады, дұрыс қалпында орналастырады, құлақшаларын ашады, жатыр мойынын жалаңаштап, құлақшаларын бекітеді. Осыдан кейін жатыр мойынын құрғақ мақта шарикпен сүртеді, таза Фолькман қасығын цервикальді өзекке 0,5 см тереңдікте енгізеді, жағынды алып, заттық әйнекке келесі шетіне жақын етіп жағады. |  |  |  |  |
|  | Содан кейін қынаптың артқы күмбезінен жағынды алып, заттық әйнектің ортасына жағады. |  |  |  |  |
|  | Жағындыны ауада құрғатып, жолдамамен зертханаға жібереді. |  |  |  |  |