

Тесты по акушерству

Сколько посещений рекомендовано при физиологической беременности

1. 8
2. 12
3. 6
4. 4
5. 5

Когда рекомендовано первое посещение

1. в 25 недель гестации
2. до 8 недель гестации
3. до 13 недель гестации
4. до 12 недель гестации
5. в 10 недель гестации

До какого срока назначается фолиевая кислота, с целью профилактики развития пороков развития плода

1. до 15 недель беременности
2. до 13 недель беременности
3. до 8 недель беременности
4. до 14 недель беременности
5. до 16 недель беременности

В какой суточной дозировке назначается фолиевая кислота по клиническому про

1. 440 мкг
2. 400 мкг
3. 1000 мкг
4. 1500 мкг
5. 800 мкг

В каком сроке рекомендуется начинать заполнение гравидограммы при физиологической беременности

1. В 24-25 недель беременности
2. В 19-20 недель беременности
3. В 20-21 недель беременности
4. В 12 недель беременности
5. 28-29 недель беременности

Гравидограмма - это

1. графическое изображение родов
2. графическое изображение беременности
3. графическое изображение динамики роста, высоты стояния дна матки
4. графическое изображение динамики сокращения матки
5. графическое изображение динамика роста нижнего сегмента матки

Динамическое заполнение гравидограммы позволяет заподозрить

1. в/у гипоксию плода
2. задержку внутриутробного развития плода
3. замедленное сокращение матки
4. переношенность плода
5. угрозу преждевременных родов

Для бессимптомной бактериурии характерно наличие в 1 мл средней порции мочи:

1. более 10⁵ колониобразующих единиц бактерий
2. более 10² колониобразующих единиц бактерий
3. более 10⁶ колониобразующих единиц бактерий
4. более 10¹⁰ колониобразующих единиц бактерий
5. более 10³ колониобразующих единиц бактерий

Роды срочное, полностью самопроизвольные-это роды одним плодом в сроке

1. 37-42 нед
2. 36-37 нед
3. 39-40 нед
4. 38-40 нед
5. 40-41 нед

Нормальные роды-это роды, которые начались

1. спонтанно
2. после амниотомии
3. после в/в введения окситоцина
4. после введения в цервикальный канал preredil-геля
5. после интравагинального введения мизопростола

Латентная фаза родов характеризуется раскрытием шейки матки

1. от 0 до 3 см
2. от 0 до 4 см
3. от 0 до 5 см
4. от 2 до 4 см
5. от 3 до 5 см

Продолжительность латентной фазы:

1. 6-8 часов
2. менее 6 часов
3. 8-10 часов
4. более 12 часов
5. более 14 часов

Активная фаза родов характеризуется раскрытием шейки матки

1. от 0 до 10 см
2. от 2 до 8 см
3. от 8 до 10 см
4. от 4 до 10 см
5. от 3 до 10 см

Нормальным раскрытием шейки матки в активной фазе считается:

1. 0,5 - 1 см/ч
2. 1,5 - 2 см/ч
3. 2 -3 см/ч
4. 2 -4 см/ч
5. 2 см/ч

При нормальном течении родов влагалищные исследования в латентной фазе проводят каждые:

1. 6 часов
2. 4 часа
3. 2 часа
4. 3 часа

5. 8 часов

При нормальном течении родов влагалищные исследования в активной фазе проводят каждые:

1. 4 часа
2. 6 часов
3. 2 часа
4. 3 часа
5. 5 часов

Частота выслушивания с/б плода во втором периоде:

1. после каждой потуги
2. ч/з 5 мин
3. ч/з 4 мин
4. ч/з 3 мин
5. ч/з 6 мин

Частота выслушивания с/б плода в первом периоде физиологических родов (по партограмме):

1. каждые 15 мин
2. каждые 30 мин
3. каждые 20 мин
4. каждые 40 мин
5. каждые 60 мин

Частота сердечных сокращений плода при физиологических родах фиксируется на партограмме каждые:

1. 15 мин
2. 30 мин
3. 45 мин
4. 10 мин
5. 20 мин

Интенсивность схватки, продолжительностью 20 сек отмечается на партограмме:

1. точками
2. штрихами
3. сплошное закрашивание
4. не закрашивается
5. не отмечается

Интенсивность схватки, продолжительностью 20-40 сек отмечается на партограмме:

1. точками
2. штрихами
3. сплошное закрашивание
4. не закрашивается
5. не отмечается

Интенсивность схватки, продолжительностью более 40 сек отмечается на партограмме:

1. точками
2. штрихами
3. сплошное закрашивание
4. не закрашивается
5. не отмечается

А/Д при физиологических родах фиксируется на партограмме каждые:

1. 4 часа

2. 6 часов
3. 2 часа
4. 3 часа
5. 5 часов

Температура тела при физиологических родах фиксируется на партограмме каждые:

1. 4 часа
2. 6 часов
3. 2 часа
4. 3 часа
5. 5 часов

Оптимальная температура воздуха в родильной комнате должна быть:

1. не менее 25^ос
2. не менее 20^ос
3. не менее 30^ос
4. не менее 22^ос
5. не менее 28^ос

Оптимальная температура тела ребенка после родов должна поддерживаться на уровне:

1. не менее 36,6^ос
2. не менее 37,0^ос
3. не менее 37,2^ос
4. не менее 36,8^ос
5. не менее 36,4^ос

Активное ведение III п/да родов включает (исключить неверное):

1. окситоцин 10 ед. в/м
2. пережатие пуповины после рождения плода
3. контролируемая тракция за пуповину
4. массаж матки
5. окситоцин 5 ед в/м

Знак “0” при оценке конфигурации головки означает:

1. конфигурации нет
2. швы находят друг на друга, но разъединяются при надавливании
3. швы легко разъединяются
4. швы находят друг на друга, не разъединяются при надавливании
5. ситуация не ясна

Знак “+” при оценке конфигурации головки означает:

1. конфигурации нет
2. швы находят друг на друга, но разъединяются при надавливании
3. швы легко разъединяются
4. швы находят друг на друга, не разъединяются при надавливании
5. ситуация не ясна

Знак “++” при оценке конфигурации головки означает:

1. конфигурации нет
2. швы находят друг на друга, но разъединяются при надавливании
3. швы легко разъединяются
4. швы находят друг на друга, не разъединяются при надавливании
5. ситуация не ясна

Знак “+++” при оценке конфигурации головки означает:

1. конфигурации нет
2. швы находят друг на друга, но разъединяются при надавливании
3. швы легко разъединяются
4. швы находят друг на друга, не разъединяются при надавливании
5. ситуация не ясна

Партограмма-это графическое отображение

1. течения родов
2. течения беременности
3. раскрытия шейки матки
4. частоты маточных сокращений
5. сердцебиение в/у плода

Многоплодная беременность – это....

1. беременность в результате оплодотворения двух и более одновременно созревших яйцеклеток у двух женщин.
2. беременность в результате оплодотворения двух и более одновременно созревших яйцеклеток или при развитии двух и более эмбрионов из одной оплодотворенной яйцеклетки у практически здоровой женщины
3. беременность в результате оплодотворения двух и более одновременно созревших яйцеклеток у женщины с отягощенным акушерским анамнезом
4. беременность в результате оплодотворения двух и более одновременно созревших яйцеклеток или при развитии двух и более эмбрионов у двух женщин
5. беременность в результате оплодотворения двух и более одновременно созревших яйцеклеток у женщины в течении 3-х месяцев

После рождения через естественные родовые пути первого плода при двойне, роды следует завершить операцией кесарево сечения если:

1. предлежащая часть не опустилась
2. плодный пузырь цел
3. схватки не адекватные
4. на фоне хороших схваток, самостоятельные роды не происходят в течении 2-х часов после рождения первого плода
5. на фоне хороших схваток, самостоятельные роды не происходят в течении 1-ого часа после рождения первого плода

После рождения через естественные родовые пути первого плода при двойне, роды следует завершить операцией кесарево сечения если:

1. Предлежащая часть не опустилась
2. Плодный пузырь цел
3. Схватки не адекватные
4. С/б второго плода менее 100 или более 180 ударов в мин
5. На фоне хороших схваток, самостоятельные роды не происходят в течении 1-ого часа после рождения первого плода

С/б плода считается патологическим при частоте:

1. менее 100 или более 180 ударов в мин
2. менее 120 или более 160 ударов в мин
3. менее 130 или более 170 ударов в мин
4. менее 140 или более 190 ударов в мин
5. менее 110 или более 170 ударов в мин

Противопоказанием для внутреннего поворота второго плода на ножку после рождения первого при двойне является:

1. наличие рубца на матке
2. полное открытие маточного зева
3. плодный пузырь цел
4. некрупный плод
5. с/б плода ясное и ритмичное

Показанием для операции кесарева сечения во время беременности при многоплодии является:

1. сросшаяся двойня, три и более плодов
2. двойня, головное предлежание обоих плодов
3. поперечное положение второго плода
4. обвитие пуповины вокруг шеи одного плода
5. обвитие пуповины вокруг туловища одного плода

Переношенной называется беременность продолжительностью:

1. более 42 нед
2. 40-41 нед
3. 41-42 нед
4. 39-40 нед
5. 40-42 нед

Индукция родов – это.....

1. искусственное инициирование схваток раньше их спонтанного установления
2. самостоятельное инициирование схваток раньше их спонтанного установления
3. искусственный разрыв плодных оболочек раньше их излития
4. самостоятельный разрыв плодных оболочек
5. преждевременные роды с разрывом плодных оболочек

Показания для индукции родов:

1. физиологическая беременность
2. преждевременные роды
3. крупный плод
4. преэклампсия тяжелой степени
5. Rh-отрицательная кровь, без изосенсибилизации

Противопоказания к индукции родов:

1. гематоиммунологический конфликт и изосенсибилизация по Rh -фактору и ABO – системе
2. антифосфолипидный синдром
3. преждевременный разрыв плодных оболочек
4. хориоамнионит
5. наличие рубцовых изменений в шейке матки, кесарево сечение, гистеротомия или разрыв матки в анамнезе, полное предлежание плаценты

Противопоказания к индукции родов:

1. ранее выявленная гиперчувствительность к простагландинам
2. аномалии развития плода
3. антенатальная гибель плода
4. преэклампсия тяжелой степени
5. перенашивание беременности

Противопоказания к индукции родов :

1. злокачественная опухоль шейки матки

2. аномалии развития плода
3. антенатальная гибель плода
4. преэклампсия тяжелой степени
5. перенашивание беременности

Условия проведения индукции:

1. развернутая операционная
2. подготовленный персонал
3. информированное согласие роженицы
4. информированное согласие партнера
5. информированное согласие персонала отделения

Главным показателем в прогнозе успешности индукции родов является:

1. состояние роженицы
2. состояние плода
3. целостность плодных оболочек
4. размеры таза
5. состояние шейки матки

Какая шкала используется для оценки степени зрелости шейки матки перед индукцией родов:

1. Глазго
2. Бишоп
3. Зорро
4. Джеймса
5. Апгар

Что из ниже перечисленного не является методом индукции родов:

1. пальцевая отслойка нижнего плюса плодного пузыря
2. инструментальное вскрытие плодного пузыря
3. внутривенное дозированное введение окситоцина
4. интрацервикальное введение геля при разрыве плодного пузыря
5. интравагинальное введение простогландина при целом плодном пузыре

Неблагоприятное состояние ш/матки соответствует оценке по шкале Бишопа:

1. ≤ 5
2. ≤ 6
3. ≤ 7
4. ≤ 8
5. ≤ 9

Максимальная дозировка окситоцина при индукции родов:

1. 30 мЕД/в мин
2. 40 мЕД/в мин
3. 20 мЕД/в мин
4. 50 мЕД/в мин
5. 10 мЕД/в мин

Основная цель внутривенного введения окситоцина:

1. добиться физиологического темпа родов
2. добиться быстрых родов
3. добиться медленного течения родов
4. приостановить родовую деятельность
5. лечение дискоординированной родовой деятельности

Основная цель внутривенного введения окситоцина:

1. добиться максимум 3 схваток за 10 мин длительностью около 40 сек
2. добиться быстрых родов
3. добиться медленного течения родов
4. приостановить родовую деятельность
5. лечение дискоординированной родовой деятельности

Показание для проведения индукции родов мизопростолом:

1. переношенная беременность
2. преждевременные роды
3. дистресс плода
4. антенатальная гибель плода
5. непереносимость окситоцина

Критерии остановки инфузии окситоцина:

1. более 5 сокращений за 10 мин
2. не более 3 сокращений за 10 мин
3. не более 2 сокращений за 10 мин
4. не более 4 сокращений за 10 мин
5. не более 1 сокращения за 10 мин

Какой препарат категорически не следует применять в/в для дозревания шейки матки:

1. окситоцин
2. гинопрост
3. энзапрост
4. мизопростол
5. препидил гель

Преждевременные роды – это преждевременный процесс изгнания содержимого полости матки через естественные родовые пути в сроке гестации:

1. 24-37 недель
2. 22-36 недель
3. 21-36 недель
4. 22-37 недель
5. 23-36 недель

Ранние роды – это преждевременный процесс изгнания содержимого полости матки через естественные родовые пути в сроке гестации

1. 22-37 недель
2. 26-32 недель
3. 28-32 недель
4. 28-33 недель
5. 28-31 недель

Очень ранние роды – это преждевременный процесс изгнания содержимого полости матки через естественные родовые пути в сроке гестации:

1. 22-27 недель
2. 26-32 недель
3. 28-32 недель
4. 28-33 недель
5. 28-31 недель

Преждевременные роды – это преждевременный процесс изгнания содержимого полости матки через естественные родовые пути в сроке гестации:

1. 22-27 недель
2. 26-32 недель
3. 28-32 недель
4. 28-33 недель
5. 34-36 недель

Вероятность преждевременных родов возрастает при (исключить лишнее):

1. регулярных сокращениях матки с интервалом менее 10 мин
2. болезненных сокращениях матки
3. зрелой шейке матки и ее открытию по меньшей мере на 1-2 см
4. наливающимся плодным пузыре
5. у первородящих

Клинические критерии преждевременных родов в I периоде

1. схватки с интервалом более чем 20 минут, шейка матки пропускает кончик пальца
2. схватки с интервалом более чем 10 минут, шейка матки пропускает кончик пальца
3. схватки с интервалом менее чем 10 минут, открытие шейки матки на 0,5 см
4. схватки с интервалом менее чем 10 минут, открытие шейки матки на 2 см
5. схватки с интервалом менее чем 20 минут, открытие шейки матки на 0,5 см

Третий период родов:

1. начинается с момента рождения ребенка и заканчивается рождением последа
2. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается рождением последа
3. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается рождением ребенка
4. начинается с началом потуг и заканчивается рождением ребенка
5. начинается с началом потуг и заканчивается рождением последа

Первый период родов:

1. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается полным открытием
2. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается рождением ребенка
3. начинается с началом потуг и заканчивается рождением ребенка
4. начинается с началом потуг и заканчивается рождением последа
5. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается потугами

Второй период родов:

1. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается полным открытием
2. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается рождением ребенка
3. начинается с началом потуг и заканчивается рождением ребенка
4. начинается с началом потуг и заканчивается рождением последа
5. начинается с полного открытия и заканчивается рождением ребенка

Акушерская тактика при ведении преждевременных родов (34-37 нед), если открытие маточного зева менее 3 см:

1. перевод на 2 (3) уровень, токолиз на время транспортировки
2. вызов неонатолога, роды на месте
3. профилактика РДС, перевод на 3 уровень, токолиз
4. вызов неонатологической реанимационной бригады, роды на месте
5. кесарево сечение

Акушерская тактика при ведении преждевременных родов (34-37 нед), если открытие маточного зева более 3 см:

1. перевод на 2 (3) уровень, токолиз на время транспортировки
2. вызов неонатолога, роды на месте
3. профилактика РДС, перевод на 3 уровень, токолиз

4. вызов неонатологической реанимационной бригады, роды на месте
5. кесарево сечение

Акушерская тактика при ведении ранних родов, если открытие маточного зева менее 3 см:

1. перевод на 2 (3) уровень, токолиз на время транспортировки
2. вызов неонатолога, роды на месте
3. профилактика РДС, перевод на 3 уровень, токолиз
4. вызов неонатологической реанимационной бригады, роды на месте
5. кесарево сечение

Акушерская тактика при ведении ранних родов, если открытие маточного зева более 3 см:

1. перевод на 2 (3) уровень, токолиз на время транспортировки
2. вызов неонатолога, роды на месте
3. профилактика РДС, перевод на 3 уровень, токолиз
4. вызов неонатологической реанимационной бригады (для 1 и 2 уровней), роды на месте
5. кесарево сечение

Каким препаратом проводится профилактика респираторного дистресс плода

1. преднизолон
2. гидрокартизон
3. дексаметазон
4. ампициллин
5. гентамицин

Как и в какой дозировке проводится профилактика респираторного дистресс плода:

1. в/в введение дексаметазона по 5 мг через каждые 12 часов №5
2. в/м введение дексаметазона по 6 мг через каждые 12 часов №4
3. в/м введение дексаметазона по 5 мг через каждые 12 часов №5
4. в/в введение дексаметазона по 6 мг через каждые 12 часов №4
5. в/в введение дексаметазона по 4 мг через каждые 12 часов №5

Профилактика респираторного дистресс плода проводится в сроке беременности менее:

1. 34 нед
2. 37 нед
3. 36 нед
4. 35 нед
5. 38 нед

Курс профилактики респираторного дистресс плода проводят:

1. 1 раз
2. 5 раз
3. 2 раза
4. 3 раза
5. 4 раза

Для профилактики раннего неонатального сепсиса применяют:

1. метронидазол
2. клиндамицин
3. ампициллин /гентамицин
4. ампициллин/эритромицин
5. пенициллин

Как и в какой дозировке проводится профилактика раннего неонатального сепсиса:

1. ампициллин по 1 г через каждые 8 часов в/м или эритромицин по 500 мг 4 раза в сутки

2. ампициллин по 1г через каждые 6 часов в/м или эритромицин по 600 мг 4 раза в сутки
3. цефазолин по 1 г каждые 8 часов в/в
4. цефазолин по 4 г каждые 8 часов в/в
5. эритромицин по 1000 мг 4 раза в сутки

Острый токолиз – это...

1. временное медикаментозное расслабление мускулатуры матки с целью увеличения частоты и силы родовой деятельности
2. постоянное медикаментозное расслабление мускулатуры матки с целью увеличения частоты и силы родовой деятельности
3. временное медикаментозное расслабление мускулатуры матки с целью уменьшения частоты и силы родовой деятельности
4. постоянное медикаментозное расслабление мускулатуры матки с целью уменьшения частоты и силы родовой деятельности
5. временное немедикаментозное расслабление мускулатуры матки с целью уменьшения частоты и силы родовой деятельности

Цель острого токолиза при преждевременных родах – это...

1. отсрочить роды до наступления действия антибиотиков и перевода роженицы на более высокий уровень
2. отсрочить роды до наступления действия кортикостероидов и перевода роженицы на более высокий уровень
3. отсрочить роды до 40 недель беременности
4. отсрочить роды до приезда ургентной бригады
5. отсрочить роды до наступления действия антибиотиков и перевода новорожденного на более высокий уровень

Следует использовать токолиз если:

1. срок беременности больше 35 недель, латентная фаза родов,
2. у беременной амнионит
3. срок беременности меньше 35 недель и имеется дистресс плода
4. срок беременности меньше 35 недель, раскрытие шейки матки меньше 5 см
5. срок меньше 35 недель и имеется активное кровотечение

Следует использовать токолиз если:

1. срок беременности больше 35 недель, латентная фаза родов,
2. у беременной амнионит в сроке меньше 35 нед
3. срок беременности меньше 35 недель и имеется дистресс плода
4. срок беременности меньше 35 недель, раскрытие шейки матки меньше 5 см
5. срок беременности больше 35 недель, активная фаза родов

Следует использовать токолиз если:

1. срок беременности меньше 35 недель, раскрытие шейки матки более 5 см
2. у беременной амнионит в сроке меньше 35 нед
3. срок беременности меньше 35 недель и имеется дистресс плода
4. срок беременности меньше 35 недель, раскрытие шейки матки меньше 5 см
5. срок беременности больше 35 недель, активная фаза родов

Продолжительность токолитической терапии не более, чем

1. 48 часов
2. 24 часа
3. 36 часов
4. 72 часа
5. 12 часов

При назначении токолитических средств необходимо наблюдать за:

1. количеством кровопотери
2. только за состоянием плода
3. только за состоянием роженицы
4. количеством выпитой жидкости
5. за состоянием плода и роженицы

В каком режиме назначаются токолитические препараты:

1. в сочетании 2-х токолитиков
2. в сочетании 3-х токолитиков
3. в режиме монотерапии
4. в сочетании с антибиотиками
5. в сочетании с окситоцином

Схема назначения нифедипина:

1. начальная доза – 10 мг под язык, каждые 20 минут в течении 1-го часа, последующая доза – по 10 мг внутрь каждые 6-8 часов в течении не более 48 часов от начала терапии
2. начальная доза – 20 мг под язык, каждые 20 минут в течении 2-х часов, последующая доза – по 20 мг внутрь каждые 6-8 часов в течении не более 28 часов от начала терапии
3. начальная доза – 10 мг под язык, каждые 20 минут в течении 3-х часов, последующая доза – по 10 мг внутрь каждые 6-8 часов в течении не более 38 часов от начала терапии
4. начальная доза – 20 мг под язык, каждые 20 минут в течении 1-го часа, последующая доза – по 20 мг внутрь каждые 6-8 часов в течении не более 38 часов от начала терапии
5. начальная доза – 10 мг под язык, каждые 60 минут в течении 1-го часа, последующая доза – по 10 мг внутрь каждые 10 часов в течении не более 28 часов от начала терапии

Схема назначения индометацина:

1. начальная доза-50 мг нагрузочная доза перорально или ректально, затем по 25 мг каждые 6 часов в течение 28 часов
2. начальная доза-100 мг нагрузочная доза перорально или ректально, затем по 25 мг каждые 6 часов в течение 28 часов
3. начальная доза-50 мг нагрузочная доза перорально или ректально, затем по 50 мг каждые 6 часов в течение 48 часов
4. начальная доза-100 мг нагрузочная доза перорально или ректально, затем по 25 мг каждые 6 часов в течение 48 часов
5. начальная доза-100 мг нагрузочная доза перорально или ректально, затем по 100 мг каждые 6 часов в течение 28 часов

С какого срока гестации нельзя применять индометацин в качестве токолитического препарата

1. с 35 недель беременности
2. с 30 недель беременности
3. с 32 недель беременности
4. с 28 недель беременности
5. с 37 недель беременности

Как часто при назначении острого токолиза проводят мониторинг АД и Ps:

1. каждые 30 минут, постоянно
2. каждые 30 минут, а затем каждые 60 минут до 40 часов
3. каждые 30 минут в течении 5 часов, а затем каждые 2 часа в течении 20 часов
4. каждые 15 минут в течении 5 часов, а затем каждые 60 минут в течении 20 часов
5. каждые 30 минут в течении первого часа, затем каждые 60 минут в течении 24 часов, затем каждые 4 часа

Для чего назначают острый токолиз

1. для снятия родовой деятельности
2. для возможности проведения профилактики дистресс плода
3. для предотвращения кровопотери у роженицы
4. для профилактики хориоамнионита
5. для проведения самостоятельных родов

Как часто проводят влагалищные исследования при преждевременных родах

1. каждые 6 часов
2. каждые 8 часов
3. каждые 4 часа
4. каждые 2 часа
5. вообще не проводят

Физиологической кровопотерей в родах считается кровопотеря:

1. до 400 мл
2. до 500 мл
3. до 600 мл
4. до 800 мл
5. до 1000мл

Для профилактики кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах применяют:

1. метилэргометрин
2. окситоцин
3. простагландины
4. дицинон
5. правильно 1, 2, 3

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты может привести к:

1. возникновению матки Кувелера
2. интранатальной и антенатальной гибели плода
3. развитию ДВС-синдрома
4. геморрагическому шоку
5. всем перечисленным осложнениям

Особенностью кровотечения при предлежании плаценты является:

1. болезненность матки при пальпации
2. наружного кровотечения может и не быть
3. имеются признаки внутрибрюшного кровотечения
4. все перечисленное
5. все ответы неверны

Для полного типичного разрыва матки не характерно:

1. прекращение родовой деятельности
2. преждевременное излитие околоплодных вод
3. гибель плода
4. развитие болевого и геморрагического шока
5. отсутствие контуров матки

Для разрыва матки по старому рубцу не характерно:

1. выраженный болевой синдром
2. бессимптомное течение
3. кровянистые выделения

4. внутриутробная гипоксия плода
5. все ответы верны

Для диагностики предлежания плаценты наиболее целесообразно применить:

1. радиоизотопную сцинтиграфию
2. тепловидение
3. ультразвуковое сканирование
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

При влагалищном исследовании при неполном предлежании плаценты, как правило, определяется:

1. губчатая ткань плаценты над всем внутренним зевом
2. головка и ручка плода
3. ножка плода
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

При наружном акушерском исследовании для предлежания плаценты наиболее характерно:

1. высокое расположение предлежащей части плода
2. поперечное и косое положение плода
3. шум сосудов плаценты над лоном
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

Особенностью кровотечения при предлежании плаценты является, кроме:

1. болезненность матки при кровотечении
2. наружное кровотечение может быть обильное
3. наружное кровотечение может быть незначительное
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

При преждевременной отслойке плаценты, расположенной на передней стенке матки, характерно:

1. локальная болезненность
2. схваткообразные боли в крестце и пояснице
3. отеки нижних конечностей
4. отеки передней брюшной стенки
5. ничего из перечисленного

При неполном предлежании плаценты, значительном кровотечении из родовых путей и открытии маточного зева на 5-6 см показано родоразрешение:

1. путем кесарева сечения
2. через естественные родовые пути с гемотрансфузией и родостимуляцией
3. через естественные родовые пути с ранней амниотомией и без родостимуляции
4. произвести поворот на ножку плода
5. все ответы верны.

У беременной с преэклампсией в сроке 32 недели беременности появились признаки прогрессирующей преждевременной отслойки плаценты. Произведена срочная госпитализация в роддом. Акушерская тактика:

1. интенсивная терапия и сохранение беременности
2. родовозбуждение и родостимуляция
3. кесарево сечение

4. применение токолитиков
5. правильно 1 и 4

У повторнобеременной первородящей с неполным предлежанием плаценты при открытии шейки матки на 4 см диагностировано тазовое предлежание плода. Предполагаемая масса плода - 3900 г. Тактика ведения:

1. ранняя амниотомия и родовозбуждение
2. ранняя амниотомия и внутривенное капельное введение спазмолитиков
3. кесарево сечение
4. применение токолитиков
5. экстракция плода за тазовый конец

Во время кесарева сечения, производимого по поводу полного предлежания плаценты, возникло кровотечение. Вы должны заподозрить:

1. истинное врастание ворсин хориона в миометрий
2. гипотонию матки
3. гипокоагуляцию
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

Для клинической симптоматики преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты характерно все перечисленное, кроме

1. болей в животе
2. анемии
3. асимметрии матки
4. гипоксии плода
5. полиурии

Предлежанию плаценты часто сопутствует:

1. плотное прикрепление плаценты
2. истинное приращение плаценты
3. анемизация женщины
4. правильно 1) и 2)
5. все перечисленное

Для преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты характерно :

1. боли в животе
2. высокое расположение предлежащей части плода
3. асимметрии матки
4. верно 1 и 2
5. верно 1 и 3

При предлежании плаценты кровотечение всегда:

1. наружное
2. внутреннее
3. наружное и внутреннее
4. все ответы верны
5. все ответы неверны

Нарушение системы гемостаза чаще всего происходит:

1. при тяжелой преэклампсии
2. при преждевременной отслойке плаценты
3. при большой кровопотере любого происхождения
4. при шоке любого происхождения

5. при всем перечисленном

Основные принципы лечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты заключаются:

1. в быстром родоразрешении
2. в адекватном возмещении кровопотери
3. в профилактике осложнений
4. во всем перечисленном
5. ни в чем из перечисленного

Массивное кровотечение при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, как правило, обусловлено нарушением:

1. системы свертывания крови
2. сократительной способности матки
3. в системе микроциркуляции
4. всего перечисленного
5. ничего из перечисленного

При плотном прикреплении плаценты ворсины хориона, как правило, проникают:

1. в спонгиозный слой слизистой оболочки
2. в компактный слой слизистой оболочки
3. в базальный слой слизистой оболочки
4. в миометрий
5. правильно 1 и 2

Для полного истинного приращения плаценты характерно:

1. отсутствие каких-либо кровянистых выделений из половых путей в послеродовом периоде
2. обильное кровотечение из половых путей через 1-2 мин. после родов
3. небольшие кровянистые выделения из половых путей сразу после рождения плода
4. несворачиваемость крови, вытекающей из половых путей
5. правильно 2 и 3

Тактика акушера при ущемлении последа:

1. потягивание за пуповину
2. проведение наружного массажа матки
3. внутривенное введение окситоцина
4. проведение наружных приемов выжимания последа Абуладзе, Гентера, Креде-Лазаревича
5. введение спазмолитиков

При массивной кровопотере целесообразно переливать:

1. цельную свежечитратную кровь
2. эритроцитарную массу
3. свежзамороженную плазму
4. правильно 1 и 2
5. правильно 2 и 3

Кровотечение после рождения последа может быть из -за:

1. задержки частей плаценты в матке
2. гипотоническое состояние матки
3. нарушение свертываемости крови
4. травмы родовых путей
5. все выше перечисленное

Все описанное ниже типично для отслойки нормально расположенной плаценты. кроме :

1. гипертонус матки
2. наличие ретроплацентарной гематомы
3. сильное наружное кровотечение
4. боли в животе
5. гибель плода

При предлежании плаценты в чем основная опасность маточного кровотечения?

1. быстрое наступление геморрагического шока
2. послеродовой анемии
3. изменение сердцебиения плода
4. все ответы верны
5. все ответы неверны

Беременная женщина с 30 по 32 неделю находилась в отделении патологии беременности по поводу мажущих кровянистых выделений .при обследовании диагностировано полное предлежание плаценты. Состояние удовлетворительное жалоб нет. Матка вне тонуса. Кровянистые выделения полностью прекратились. Как поступить дальше?

1. выписать беременную домой
2. сделать срочную операцию
3. держать в стационаре до конца беременности
4. начать родовозбуждение
5. назначить спазмолитики

При ПОНРП формируется ретроплацентарная гематома, при этом возможно:

1. инфильтрация мышечного слоя матки кровью.
2. нарушение сократительной функции матки .
3. формирование ДВС –синдрома.
4. образование матки Кувелера
5. все перечисленное выше

Осложнение преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты:

1. разрыв матки
2. матка Кувелера
3. болевой шок
4. разрыв шейки матки
5. верно 2и3

Причиной наличия приращения плаценты имеет место:

1. пиелонефрит
2. наличие перенесенных аборт
3. отсутствие абортов в анамнезе
4. анемия
5. заболевание сердечно-сосудистой системы

Когда следует родоразрешить беременную при центральном предлежании и отсутствии кровотечения ?

1. в 32 нед
2. в 36 нед
3. в39 нед
4. в 40 нед
5. в 38 нед

Основной клинический симптом при предлежании плаценты:

1. периодические схваткообразные боли

2. изменение сердцебиения плода
3. повторное маточное кровотечение
4. бурное шевеление плода
5. все ответы верны

Назовите стадию выкидыша , если женщина жалуется на схваткообразные боли , сильное кровотечение. Объективно - шейка укорочена, цервикальный канал пропускает 1п/п , матка по величине намного меньше срока беременности.

1. угрожающий выкидыш
2. аборт в ходу
3. неполный выкидыш
4. полный выкидыш
5. начинающийся выкидыш

При начавшемся кровотечении в раннем послеродовом периоде необходимо:

1. введение утеротоников
2. осмотр мягких родовых путей
3. ручное обследование полости матки
4. все ответы верны
5. все ответы неверны

Предлежание плаценты - это такая патология, при которой плацента располагается

1. в теле матки
2. в нижнем сегменте матки
3. в нижнем сегменте матки, частично или полностью перекрывая внутренний зев
4. по задней стенке матки
5. в дне матки

Расположение плаценты следует считать физиологичным, если при УЗИ матки в III триместре беременности ее нижний край не доходит до внутреннего зева:

1. на 11-12 см
2. на 9-10 см
3. на 6-7 см
4. на 5-6 см
5. на 4 – 5 см..

"Миграция" плаценты происходит наиболее часто, если плацента располагается на стенке матки:

1. передней
2. задней
3. правой
4. левой
5. все ответы верны

Кровотечение из половых путей при низкой плацентации обусловлено

1. отслойкой плаценты
2. склерозированием ворсин низко расположенной плаценты
3. дистрофическими изменениями ворсин хориона
4. повышенным отложением фибриноидного вещества на поверхности плаценты
5. всем перечисленным

Основным показателем коагулопатии потребления является :

1. снижение концентрации фибриногена
2. снижение концентрации протромбина

3. снижение количества тромбоцитов
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

Для низкой плацентации наиболее характерен следующий симптом

1. артериальная гипотония
2. артериальная гипертензия
3. анемия
4. кровянистые выделения из половых путей
5. все перечисленное

Наиболее часто применяемый метод диагностики предлежания плаценты:

1. радиоизотопную сцинтиграфию
2. тепловидение
3. ультразвуковое сканирование
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

При влагалищном исследовании при полном предлежании плаценты определяется:

1. шероховатые оболочки плодного пузыря
2. тазовый конец плода
3. ручка плода
4. край плаценты
5. ничего из перечисленного

При влагалищном исследовании при неполном предлежании плаценты определяется :

1. губчатая ткань плаценты над всем внутренним зевом
2. головка плода
3. ножка плода
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

Предлежание плаценты в первом периоде родов следует дифференцировать , кроме:

1. с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты
2. с разрывом матки
3. с разрывом варикозно расширенного узла влагалища
4. правильно 1 и 2
5. со всем перечисленным

Особенностью кровотечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты является :

1. всегда наружное
2. в покое, чаще ночью
3. всегда безболезненное
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

При наружном акушерском исследовании для предлежания плаценты наиболее характерно , кроме:

1. высокое расположение предлежащей части плода
2. поперечное и косое положение плода
3. шум сосудов плаценты над лоном
4. предлежащая часть в полости малого таза
5. все перечисленное

Особенностью кровотечения при предлежании плаценты является:

1. вытекающая кровь темная со сгустками
2. вытекающая кровь жидкая, алая
3. имеются признаки внутрибрюшного кровотечения
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

Кровотечение, сопровождающееся длительным гипертонусом матки характерно:

1. для предлежания плаценты
2. для преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты
3. для шеечно-перешеечной беременности
4. правильно 1 и 3
5. для всего перечисленного

При преждевременной отслойке плаценты, расположенной на передней стенке матки, характерно:

1. локальная болезненность
2. схваткообразные боли в крестце и пояснице
3. отеки нижних конечностей
4. отеки передней брюшной стенки
5. ничего из перечисленного

Наиболее частой причиной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты является :

1. отеки беременных
2. гипертензивные нарушения при беременности
3. диабет
4. пороки развития матки
5. все перечисленное

Для выявления нарушений сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза следует определять :

1. время свертывания крови по Ли - Уайту
2. время рекальцификации
3. протромбиновый индекс
4. концентрацию фибриногена
5. все ответы верные

При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты роженице показано:

1. родостимуляция окситоцином
2. родостимуляция простагландинами
3. введение метилэргометрина капельно внутривенно
4. введение питуитрина одномоментно внутримышечно
5. ничего из перечисленного

При неполном предлежании плаценты, значительном кровотечении из родовых путей и открытии маточного зева на 5-6 см родоразрешение показано :

1. путем кесарева сечения
2. через естественные родовые пути с геотрансфузией и родостимуляцией
3. через естественные родовые пути с ранней амниотомией и без родостимуляции
4. произвести поворот на ножку плода
5. выжидательная тактика

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты у роженицы часто происходит:

1. при дискоординации родовой деятельности
2. при абсолютной и относительной короткости пуповины
3. при непоказанной родостимуляции
4. при преэклампсии
5. при всем перечисленном

Наибольшее значение в выборе тактики родоразрешения при неполном предлежании плаценты имеет :

1. предлежание плода (головное, тазовое)
2. состояние шейки матки (сглажена, укорочена, полностью открыта)
3. состояние плода (живой, мертвый)
4. выраженность кровотечения
5. возраст роженицы

У беременной с длительно текущей гипертензией в сроке 32 недели беременности появились признаки прогрессирующей преждевременной отслойки плаценты. произведена срочная госпитализация в роддом. акушерская тактика :

1. интенсивная терапия и сохранение беременности
2. родовозбуждение и родостимуляция
3. кесарево сечение
4. применение токолитиков
5. правильно 1 и 4

У повторнобеременной первородящей с неполным предлежанием плаценты при открытии шейки матки на 4 см диагностировано тазовое предлежание плода. предполагаемая масса плода - 3900 г. тактика ведения:

1. ранняя амниотомия и родовозбуждение
2. ранняя амниотомия и внутривенное капельное введение спазмолитиков
3. кесарево сечение
4. применение токолитиков
5. экстракция плода за тазовый конец

Беременность 38 недель , истинное врастание ворсин хориона в миометрий. как следует родоразрешить?

1. самостоятельные роды
2. кесарево сечение
3. кесарево сечение с последующей ампутацией матки
4. кесарево сечение с последующей экстирпацией матки
5. все ответы неверны

При кровотечении во время операции кесарева сечения, производимой по поводу предлежания плаценты, наиболее правильной является следующая акушерская тактика:

1. повторное применение препаратов утеротонического действия
2. экстирпация матки
3. надвлагалищная ампутация матки
4. применение простенона в толщу миометрия
5. все вышеперечисленное

При кесаревом сечении по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты после извлечения плода и плаценты следует :

1. вывести матку в рану и тщательно осмотреть ее поверхность (переднюю и заднюю)
2. ввести метилэргометрин (или окситоцин)
3. полностью восполнить кровопотерю

4. сделать все перечисленное
5. не делать ничего из перечисленного

Клиническая картина при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты обусловлена :

1. размером отслоившейся поверхности плаценты
2. состоянием системы гемостаза
3. тяжестью фоновой патологии
4. всем перечисленным
5. ничем из перечисленного

Клиническая картина при предлежании плаценты обычно зависит :

1. от степени предлежания
2. от величины кровотечения
3. от сопутствующей патологии
4. правильно 2 и 3
5. от всего перечисленного

Характерной особенностью кровотечений при предлежании плаценты является:

1. внезапность их появления
2. их повторяемость
3. анемизация беременной
4. правильно 2 и 3
5. все перечисленное

Нарушение системы гемостаза чаще всего происходит :

1. при тяжелой преэклампсии
2. при преждевременной отслойке плаценты
3. при большой кровопотере любого происхождения
4. при шоке любого происхождения
5. при всем перечисленном

Основные принципы лечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты заключаются:

1. в быстром родоразрешении
2. в адекватном возмещении кровопотери
3. в профилактике осложнений
4. во всем перечисленном
5. ни в чем из перечисленного

Если прогрессирующая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты развилась во время беременности, следует произвести :

1. родовозбуждение
2. раннюю амниотомию
3. токолиз
4. кесарево сечение
5. правильно 1 и 2

Если преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты произошла в родах, следует оценить :

1. состояние родовых путей
2. состояние плода
3. кровопотерю
4. состояние свертывающей системы

5. все вышеперечисленное

Если преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты произошла в первом периоде родов, следует

1. произвести кесарево сечение
2. наложить акушерские щипцы
3. применить вакуум-экстракцию плода
4. верно все перечисленное
5. начать родостимуляцию

При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты контрольное ручное обследование послеродовой матки производить:

1. обязательно
2. не обязательно
3. в зависимости от величины кровопотери
4. в зависимости от уровня артериального давления
5. все ответы верны

При неполном предлежании плаценты контрольное ручное обследование послеродовой матки производить:

1. обязательно
2. не обязательно
3. в зависимости от кровопотери
4. в зависимости от состояния родильницы
5. верно 3 и 4

Патология, при которой возможно развитие шеечно-перешеечной беременности:

1. воспалительные заболевания шейки матки и области перешейка
2. эндомиометрит
3. гипоплазия матки
4. правильно 1 и 2
5. верно все перечисленно

Клиническая картина при шеечно-перешеечной беременности в основном характеризуется:

1. обильным кровотечением
2. сильными болями внизу живота
3. длительной гипотонией
4. гибелью плода
5. всем перечисленным

При осмотре шейки матки в зеркалах для шеечно-перешеечной беременности характерно:

1. эксцентричное расположение наружного зева
2. бочкообразная форма шейки матки
3. резкий цианоз влагалищной части шейки матки
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

Шеечную беременность следует дифференцировать (в первые месяцы беременности)

1. с миомой матки
2. с внематочной беременностью
3. с абортом в ходу
4. правильно 1 и 3
5. со всем перечисленным

Показанием для ручного обследования послеродовой матки является:

1. повышенная кровопотеря
2. сомнение в целостности плаценты
3. сомнение в целостности стенки матки
4. все перечисленное
5. верно 2 и 3

При шейчной беременности следует произвести:

1. выскабливание шейки и матки
2. тампонаду шейки матки
3. надвлагалищную ампутацию матки
4. экстирпацию матки
5. правильно 1 и 2

При полном предлежании плаценты операция кесарева сечения обычно производится в плановом порядке:

1. с началом родовой деятельности
2. при беременности 38 недель
3. при беременности 40 недель
4. ничего из перечисленного
5. все ответы верны

При ведении беременной с полным предлежанием плаценты нельзя:

1. выписывать ее из родильного дома вплоть до родоразрешения
2. производить влагалищное исследование вне операционной
3. назначать слабительные медикаментозные препараты
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

Показанием к ручному отделению плаценты является:

1. незначительные кровянистые выделения из половых путей при отсутствии признаков отделения плаценты
2. незначительные кровянистые выделения из половых путей при наличии признаков отделения плаценты
3. длительное (более 30 мин.) течение последового периода при незначительных кровянистых выделениях из половых путей
4. правильно 1 и 3
5. все перечисленное

Нарушение процесса отделения плаценты обусловлено :

1. патологическим (частичным плотным) прикреплением плаценты к стенке матки
2. гипотонией матки
3. форсированным отделением плаценты
4. всем перечисленным
5. ничем из перечисленного

Задержка частей плаценты в матке могут быть обусловлены:

1. патологическим (плотным) прикреплением плаценты к стенке матки
2. нарушением сократительной способности матки
3. спазмом маточного зева
4. всем перечисленным
5. ничем из перечисленного

Появление небольших кровянистых выделений из половых путей в III периоде родов свидетельствует:

1. о возможности частичного плотного прикрепления плаценты
2. о разрывах мягких тканей родовых путей
3. о краевом отделении плаценты
4. правильно 1 и 2
5. обо всем перечисленном

Ручное отделение плаценты следует производить при кровопотере:

1. до 100 мл
2. до 200 мл
3. до 400 мл
4. до 600 мл
5. до 800 мл

Для полного истинного приращения плаценты характерно:

1. отсутствие каких-либо кровянистых выделений из половых путей в последовом периоде
2. сильное кровотечение из половых путей через 5-10 мин после рождения плода
3. небольшие кровянистые выделения из половых путей сразу после рождения плода
4. несворачиваемость крови, вытекающей из половых путей
5. правильно 2 и 4

Основная причина предлежания плаценты:

1. дистрофические изменения слизистой оболочки матки
2. многоплодие
3. многоводие
4. двурогая матка
5. все ответы верны

Для предлежания плаценты характерны следующие клинические признаки:

1. матка в тонусе, болезненная, асимметричная
2. массивное длительное кровотечение
3. сердцебиение плода отсутствует
4. матка мягкая, симметричная, кровь алая
5. все ответы неверны

При истинном приращении нормально расположенной плаценты показано:

1. ручное отделение плаценты
2. выскабливание послеродовой матки
3. тампонада матки тампоном с фибриногеном
4. надвлагалищная ампутация матки
5. правильно 2 и 3

При частичном плотном прикреплении плаценты на фоне кровотечения показано:

1. одномоментное внутривенное введение окситоцина
2. капельное внутривенное введение метилэргометрина
3. внутримышечное введение питуитрина
4. ручное отделение плаценты
5. все ответы верны

К причинам патологии раннего послеродового периода относят:

1. задержку в матке дольки плаценты
2. гипотонию матки
3. кровотечение вследствие нарушения функции свертывающей системы крови

4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

Вариантом гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде является:

1. массивная одномоментная кровопотеря с нормальной свертываемостью крови
2. повторная кровопотеря, растянутая во времени, небольшими порциями
3. кровопотеря с первоначальным снижением коагуляционных свойств крови
4. правильно 1 и 2
5. правильно 2 и 3

Нормальным показателем центрального венозного давления является:

1. 60-69 мм вод.ст.
2. 70-79 мм вод.ст.
3. 80-89 мм вод.ст.
4. 90-100 мм вод.ст.
5. все перечисленные

Уровень центрального венозного давления, равный 160 мм вод. ст., следует расценить как показатель:

1. гиперволемии
2. гиповолемии
3. нормоволемии
4. ничего из перечисленного
5. все перечисленное

Укажите показания для ручного обследования стенок полости матки в раннем послеродовом периоде, кроме:

1. подозрение на разрыв матки
2. задержка частей плаценты
3. гипотонические кровотечения
4. при физиологических родах
5. рубец на матке после кесарева сечения и кровотечения

Показания для ручного обследования стенок полости матки в раннем послеродовом периоде:

1. при физиологических родах
2. плодоразрушающие операции
3. классический наружно-внутренний поворот плода на ножку
4. разрыв шейки I-II ст.
5. верно ответы 2 и 3

Низкое центральное венозное давление свидетельствует о том, что у больной имеется:

1. снижение ОЦК
2. повышение ОЦК
3. угроза отека легких
4. правильно 2 и 3
5. все перечисленное

Для синдрома массивной гемотрансфузии характерно:

1. нарушение реологических свойств крови (гиперагрегация)
2. нарушение микроциркуляции
3. почечно-печеночная недостаточность
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

Реакция организма родильницы на кровопотерю заключается:

1. в уменьшении венозного возврата крови к сердцу
2. в снижении сердечного выброса
3. в максимальной стимуляции симпатико-адреналовой системы
4. во всем перечисленном
5. ни в чем из перечисленного

Для кровотечения, в основе которого лежат разрывы родовых путей, характерно :

1. тонус матки снижен
2. характер кровотечения непрерывный
3. сгустки рыхлые, легко растворимые
4. кровь не свертывается
5. ничего из перечисленного

Для преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты наиболее характерны следующие клинические признаки I) артериальная гипотония II) тахикардия III) гипертонус матки IV) нарушение состояния плода

1. правильно 1, 2, 3
2. правильно 1, 2
3. все ответы правильны
4. правильно 1 и 4
5. все ответы неправильные

Для профилактики предлежания плаценты у женщины с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом показано

1. соблюдение интервала между беременностями не менее 2.5-3 лет
2. лечение хронического эндометрита
3. нормализация функции яичников
4. здоровый образ жизни
5. правильно 1, 2, 3

При полной преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты диагностика, как правило, осуществляется на основании I) анализа клинических данных II) анализа данных анамнеза III) ультразвукового исследования IV) рентгенологического исследования

1. правильно 1, 2, 3
2. правильно 1, 2
3. все ответы правильны
4. правильно 2 и 4
5. все ответы неправильные

При обращении беременной с жалобами на кровянистые выделения из половых путей (во второй половине беременности) тактика акушера-гинеколога должна быть следующей :

1. произвести осторожный общий осмотр
2. произвести осторожное наружное акушерское исследование
3. немедленно направить беременную в родильный дом
4. организовать наблюдение за беременной в дневном стационаре
5. правильно 1, 2, 3

К патологии послеродового и раннего послеродового периодов приводят следующие этиологические факторы:

1. аномалии развития матки
2. чрезмерное применение в родах сокращающих матку средств
3. чрезмерное растяжение матки при многоплодии, многоводии
4. все ответы неверны

5. все ответы правильные

Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде часто имеет место при родах:

1. преждевременных
2. запоздалых
3. стремительных
4. быстрых
5. все ответы правильны

Для лечения гипотонии матки применяют препараты

1. окситоцин
2. метилэргометрин
3. глюкозу
4. аскорбиновую кислоту
5. правильно 1, 2

Диагностика гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде проводится на основании следующей клинической картины:

1. сильное кровотечение из половых путей при расслабленной матке
2. незначительное кровотечение из половых путей через 15-30 мин после выделения последа, которое прекращается после наружного массажа матки и применения сокращающих матку средств, но после короткого промежутка времени вновь возобновляется
3. кровотечение из половых путей несмотря на целостность родившегося последа
4. кровотечение из половых путей при отсутствии травматического повреждения мягких тканей родового канала
5. все ответы правильные

Возникновение коагулопатического кровотечения в раннем послеродовом периоде может быть связано:

1. с тяжелой преэклампсией
2. с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты
3. с наличием мертвого плода в матке
4. с эмболией околоплодными водами
5. все ответы правильные

К профилактике гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде относится:

1. раннее прикладывание к груди новорожденного
2. рациональное, бережное ведение родов
3. адекватное обезболивание родов
4. внутривенное введение окситоцина в I-II периоде родов
5. все ответы правильные

Объем трансфузионной терапии, как правило, определяется:

1. уровнем артериального давления
2. частотой пульса
3. объемом кровопотери
4. самочувствием и состоянием роженицы (родильницы)
5. все ответы правильные

Выделяют следующие факторы летальности при послеродовом гипотоническом кровотечении

1. своевременно не возмещенная кровопотеря
2. запоздалая операция удаления матки
3. нарушение техники операции удаления матки (длительная, травматичная)
4. неадекватная инфузионно-трансфузионная терапия геморрагического шока

5. все ответы правильные

Причинами кровотечений в послеродовом периоде являются:

1. частичное истинное приращение плаценты
2. полное истинное приращение плаценты
3. частичное плотное прикрепление плаценты
4. верно 1 и 3
5. верно 2 и 3

Причинами плотного прикрепления плаценты являются:

1. рубец на матке
2. предлежание плаценты
3. дистрофические изменения стенки матки
4. аномалии развития матки
5. повышение трофобластической активности плодного яйца

Наиболее частой причиной истинного приращения плаценты является:

1. миома матки
2. генитальный инфантилизм
3. повышение протеолитической активности плодного яйца
4. рубец на матке
5. дегенеративные изменения эндометрия (аборты, многорожавшие)

С целью лечения послеродового кровотечения применяются:

1. компрессионный шов Б- Линча
2. билатеральная перевязка маточных артерий
3. гистерэктомия
4. правильные ответы 2, 3
5. все ответы верны

В случае приращения плаценты ворсины хориона прикрепляются в пределах:

1. функционального слоя эндометрия
2. миометрия и далее
3. базального слоя эндометрия
4. периметрия
5. параметрия

Перед введением руки в полость матки в третьем периоде родов или раннем послеродовом периоде необходимо:

1. обработать наружные половые органы растворами антисептиков
2. опорожнить мочевой пузырь
3. подключить внутривенную капельную систему
4. провести общее обезболивание
5. выполнить все перечисленные выше манипуляции

Характерными проявлениями полного плотного прикрепления плаценты являются:

1. боль в животе
2. кровотечение
3. высота стояния дна матки выше уровня пупка после рождения плода
4. отсутствие признаков отделения плаценты, отсутствие кровотечения
5. кровотечение, отсутствие признаков отделения плаценты

Принципы ведения послеродовых кровотечений:

1. ранняя диагностика

2. поиск причины и адекватное лечение
3. адекватное восполнение кровопотери
4. верно ответы 2, 3
5. все ответы верны

Для оценки причины послеродовых кровотечений следует:

1. произвести ручное обследование полости матки
2. осмотреть родовые пути
3. оценить свертываемость крови
4. верно ответы 1, 2, 3
5. верно ответы 1, 2

Показанием к ручному обследованию послеродовой матки являются все перечисленные ниже клинические ситуации, кроме:

1. разрыва шейки матки 1 и 2 степени
2. продолжающейся кровопотери, превышающей физиологическую
3. наличия рубца на матке и кровотечения
4. сомнения в целостности плаценты
5. подозрения на разрыв матки

В период физиологически развивающейся беременности происходят следующие изменения в системе гемостаза:

1. гиперкоагуляция
2. гипокоагуляция
3. коагулопатия потребления
4. активизация только сосудисто-тромбоцитарного звена
5. активизация только плазменного звена

При ручном обследовании послеродовой матки обычно применяют следующее обезболивание:

1. ингаляционный анестетик
2. внутривенное введение анестетика
3. пудендальную анестезию
4. парацервикальную анестезию
5. правильно 1, 2

При обнаружении дефекта плацентарной ткани обязательно следует выполнить:

1. наружный массаж матки
2. удаление матки
3. опорожнение мочевого пузыря
4. ручное обследование полости матки
5. введение утеротоников

При вывороте матки необходимо:

1. вывести родильницу из шока
2. осторожно вправить матку на фоне глубокого наркоза, провести противошоковые мероприятия
3. выполнить надвлагалищную ампутацию матки и гемотрансфузию
4. провести экстирпацию матки и гемотрансфузию
5. верно 1 и 3

Развитию низкой плацентации способствуют следующие изменения в матке, кроме:

1. дистрофических
2. воспалительных

3. рубцовых
4. пролиферативных
5. верно 2 и 4

Тактика врача при выявлении острого жирового гепатоза:

1. начать подготовку к родам и продолжить комплексную терапию
2. произвести срочное родоразрешение с учетом акушерской ситуации
3. продолжить консервативное лечение заболевания
4. все ответы неверны
5. все ответы верны

Если имеет место выворот матки после родов, то:

1. дно матки не пальпируется через переднюю брюшную стенку
2. может быть слабая или интенсивная боль в животе
3. вывернутая матка может быть видна из вульвы
4. всё вышеперечисленное верно
5. все неверно

При необходимости производства ручного отделения плаценты:

1. надо ввести мизопростол до начала процедуры
2. надо ввести антибиотик в течении 24 часов после окончания процедуры
3. надо ввести одну руку в полость матки, а другую руку используйте для тракции за пуповину
4. надо ввести одну руку в полость матки, а другую положить на живот матери, чтобы удерживать дно матки
5. верно 1 и 3

Если Вы выбрали ручную компрессию брюшной аорты для остановки послеродового кровотечения, точка сдавления находится:

1. под пупком и слегка вправо
2. под пупком и слегка влево
3. над пупком и слегка вправо
4. над пупком и слегка влево
5. все ответы неверны

Для быстрого восполнения ОЦК при акушерских кровотечениях надо срочно начинать трансфузию:

1. декстранов (полиглюкин, реополиглюкин)
2. кристаллоидов (физраствор, раствор Рингера)
3. одногруппной крови (или препаратов крови)
4. только нативной плазмы
5. все ответы верны

При проведении бимануальной компрессии матки необходимо:

1. расположить сложенную в кулак руку в переднем своде влагалища
2. расположить сложенную в кулак руку в заднем своде влагалища
3. расположить сложенную в кулак руку в полость матки
4. расположить сложенную в кулак руку на передней брюшной стенке
5. все ответы верны

Причина снижения диуреза при преэклампсии:

1. органическое поражение почек
2. сосудистый спазм
3. уменьшение почечного кровотока

4. верно 1 и 2
5. все ответы верны

Наиболее характерным признаком для преэклампсии является:

1. отеки голеней
2. альбуминурия
3. жалобы на головную боль, головокружение, нарушения зрения
4. развитие во второй половине беременности
5. протеинурия

Признаками эклампсии являются:

1. гипертензия
2. альбуминурия и отеки
3. диарея
4. судороги и кома
5. головная боль

Осложнением эклампсии нельзя считать:

1. неврологические осложнения
2. гибель плода
3. отек легких
4. маточно-плацентарную апоплексию
5. отслойка сетчатки глаза

Дифференциальный диагноз при эклампсии проводится:

1. с эпилепсией
2. с истерией
3. с гипертоническим кризом
4. с менингитом
5. со всем вышеперечисленным

Оптимальным вариантом родоразрешения при тяжелых гипертензивных состояниях является:

1. наложение акушерских щипцов
2. самостоятельное родоразрешение
3. операция кесарева сечения
4. вакуум-экстракция плода
5. плодоразрушающая операция

Припадок эклампсии может развиваться во всех случаях, кроме:

1. вне беременности
2. во время беременности
3. в раннем послеродовом периоде
4. в первом периоде родов
5. во втором периоде родов

С целью экстренного родоразрешения при эклампсии чаще всего применяют:

1. вакуум-экстракцию плода
2. экстракцию плода за тазовый конец
3. кесарево сечение
4. плодоразрушающую операцию
5. самостоятельные роды

Преэклампсию отличает от гипертензии беременных

1. по уровню АД

2. по выраженности отеочного синдрома
3. по олигурии
4. появление общемозговых симптомов
5. по уровню протеинурии

Дифференциальную диагностику гипертонического криза у беременной, как правило, необходимо проводить:

1. с эпилепсией
2. с преэклампсией
3. с острым инфарктом миокарда
4. все ответы верны
5. все ответы не верны

Для предупреждения припадка эклампсии применяют:

1. нейровегетативную блокаду
2. эуфиллин внутривенно
3. инфузионную терапию
4. сульфат магния внутривенно
5. все перечисленное

Наиболее эффективное гипотензивное средство, применяемое при преэклампсии тяжелой степени:

1. сульфат магния
2. клофелин
3. дибазол и папаверин
4. пентамин
5. но – шпа

У беременной с повышенным артериальным давлением, протеинурией и сильной головной болью является симптомом:

1. лёгкой преэклампсии
2. преэклампсии средней тяжести
3. тяжёлой преэклампсии
4. гипертонического криза
5. все ответы верны

Нагрузочная доза сульфата магнезии 25%:

1. внутривенно 20 мл -25% в течении 5 минут
2. внутривенно 5,0 мл – 25% после в/м 20,0 мл
3. 20,0 мл -25% - развести в 20 мл изотонического раствора в двух шприцах по 10мл. вв струйно очень медленно
4. система для внутривенного введения 100,0 мл - 25%, установленная через 5 минут после введения 20,0 мл в/м
5. все ответы не верны

Антигипертензивные препараты должны быть введены для снижения артериального давления при тяжёлой преэклампсии, если диагностируется диастолическое артериальное давление:

1. 90 мм рт ст и выше
2. между 100 и 110 мм рт ст
3. 100 мм рт ст и выше
4. 110 мм рт ст и выше
5. 80 мм рт ст и выше

Целью гипотензивной терапии при тяжёлой преэклампсии или эклампсии является поддержка диастолического А/Д:

1. на нормальных цифрах
2. ниже 80 мм рт ст
3. между 80мм рт ст и 90 мм рт ст
4. между 90 мм рт ст и 100 мм рт ст
5. все ответы неверны

Противосудорожная терапия при тяжёлой преэклампсии и эклампсии должна:

1. быть прервана через 6 часов после родов
2. проводиться в течение 12 часов после последней судороги
3. проводиться в течение 24 часов после последней судороги
4. все ответы верны
5. все ответы неверны

Назовите ожидаемый эффект от инфузионной терапии при гипертензивных нарушениях?

1. ликвидация гиповолемии(дефицит ОЦК)
2. улучшение реологии крови
3. улучшение микроциркуляции крови
4. все ответы неверны
5. все ответы верны

При отсутствии эффекта от интенсивной терапии при гипертензивных нарушениях вопрос о родоразрешении решить:

1. в первые сутки
2. сразу немедленно
3. через трое суток
4. через неделю
5. через 2 недели

Показанием для экстренного кесарево сечения при гипертензивных нарушениях являются, кроме:

1. не поддающаяся лечению анурия .
2. наличие положительного эффекта от интенсивной терапии при купировании приступов.
3. амовроз
4. ПОНР плаценты
5. дистресс плода

Укажите какие изменения в моче характерны для чистой формы преэклампсии?

1. изостенурия
2. цилиндрурия
3. гематурия
4. протеинурия
5. без изменений

Ваша тактика если, в конце периода изгнания появились симптомы преэклампсии:

1. ввести спазмолитики
2. произвести кесарево сечение
3. дать наркоз,наложить акушерские щипцы
4. ждать самостоятельных родов
5. применить вакуум-экстракцию плода

Ваши действия если, у беременной начался приступ эклампсии?

1. применить роторасширитель

2. ввести промедол, седуксен, дроперидол
3. ввести гипотензивные средства
4. применить языкодержатель
5. все ответы верны

С каких мероприятий следует начать терапию у беременной с преэклампсии, чтобы предупредить приступ эклампсии?

1. с введения гипотензивных средств
2. с введения раствора сульфата магния
3. с введения жидкости и белковых препаратов
4. с воздействия на ЦНС, создание лечебно-охранительного режима.
5. с немедленного родоразрешения

Фактором риска развития преэклампсии является:

1. гипертоническая болезнь.
2. возраст первородящей 20 лет и старше.
3. артериальная гипотензия
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

Преэклампсия - это осложнение, возникшее:

1. только во время беременности.
2. при высоком содержании в организме пролактина и тромбксана.
3. при хориокарциноме.
4. при всем перечисленном.
5. ни при чем из перечисленного

Акушерская тактика, если в конце 1 - го периода родов появилась сильная головная боль, боли в эпигастральной области?

1. ввести спазмолитики.
2. произвести операцию кесарево сечение.
3. дать наркоз и наложить акушерские щипцы
4. применить вакуум экстракцию плода
5. ждать самостоятельных родов

При возникновении беременности у больных эпилепсией показано:

1. сохранение беременности
2. прерывание во втором триместре
3. прерывание в третьем триместре
4. все ответы верны
5. все ответы неверны

Как отличить приступ эклампсии от эпилептического припадка?

1. по характеру судорог
2. по длительности припадка
3. по бессознательному состоянию
4. по наличию беременности и симптомов гипертензивных нарушений
5. по стадийности приступов судорог

Вязкость крови при эклампсии:

1. повышена
2. снижена
3. не изменена
4. все ответы верны

5. все ответы неверны

Беременность 37 недель. Преэклампсия тяжелой степени. Шейка матки к родам не готова. Констатирована прогрессирующая хроническая гипоксия плода. На фоне лечения необходимо:

1. пролонгировать беременность на 1-2 недели
2. начать родовозбуждение внутривенным введением окситоцина или простагландинов
3. провести схему родовозбуждения при целом плодном пузыре
4. произвести родоразрешение путем кесарева сечения
5. все ответы неверны

Эклампсию необходимо дифференцировать :

1. с эпилепсией
2. с гипертонической болезнью
3. с опухолью мозга
4. верно 1 и 2
5. со всем перечисленным

Выраженные изменения на глазном дне наиболее характерны :

1. для гипертонической болезни
2. для водянки беременных
3. для почечно-каменной болезни
4. верно 1 и 2
5. все ответы неверны

Применение гепарина показано при лечении беременных

1. с эклампсией
2. с преэклампсией
3. с плацентарной недостаточностью на фоне позднего преэклампсии
4. верно 1 и 2
5. верно все перечисленное

Последствия преэклампсии включают все нижеследующее, кроме:

1. снижение клубочковой фильтрации
2. олигурии
3. повышения уровня мочевой кислоты в плазме
4. снижение плацентарного кровотока
5. все ответы верны

Досрочное родоразрешение при гипертензивных нарушениях показано при наличии :

1. экламптической комы
2. анурии
3. преэклампсии
4. верны 1 и 2
5. ничего из перечисленного всего

При преэклампсии тяжелой степени допустимо лечение:

1. в течение 24 часов
2. в течение 48 часов
3. в течение 24 – 48 часов
4. в течение 12 часов
5. в течение 72 часов

Абсолютным показанием к кесареву сечению у беременных с гипертензивными нарушениями является :

1. гипоксия плода
2. гипотрофия плода
3. внутриутробная гибель плода
4. полная преждевременная отслойка плаценты
5. ничего из перечисленного

Когда следует прекратить магниальную терапию после родов при тяжелой преэклампсии?

1. через 12 часов
2. через 24 часа
3. через 48 ч
4. через 72 ч
5. сразу после родов

Гематокрит при инфузионной терапии у пациентов с гипертензивными нарушениями не должен быть ниже :

1. 27-28%
2. 25-26%
3. 20-24%
4. 29-30%
5. 35 – 45%

Для эклампсии характерно , кроме:

1. наличие тонических судорог
2. наличие клонических судорог
3. отсутствие судорожного синдрома
4. коматозное состояние
5. продромальный период

Для гипертензивных нарушений при беременности характерно:

1. повышение массы тела
2. гипергликемия
3. нарушение микроциркуляции в жизненно-важных органах
4. гипотония
5. все ответы верны

Гестационная гипертензия это:

1. повышение уровня диастолического артериального давления > 100 мм.рт.ст. при двухкратном измерении с интервалом 2 часа
2. повышение уровня ДАД > 110 мм.рт.ст. при двухкратном измерении с интервалом 4 часа
3. повышение уровня ДАД > 90 мм.рт.ст при двухкратном измерении с интервалом 4 часа
4. повышение уровня ДАД > 120 мм.рт.ст при двухкратном измерении с интервалом 3 часа
5. все ответы неверны

Для эклампсии характерно:

1. наличие тонических и клонических судорог
2. отсутствие судорожного синдрома
3. высокая температура
4. запах ацетона изо рта
5. все ответы неверны

С целью экстренного родоразрешения при эклампсии применяют:

1. вакуум-экстракцию плода

2. экстракцию плода за тазовый конец
3. кесарево сечение
4. плодоразрушающую операцию
5. все ответы верны

Гестационная гипертензия это:

1. повышение уровня диастолического артериального давления > 100 мм.рт.ст. при однократном измерении
2. повышение уровня ДАД > 110 мм.рт.ст. при однократном измерении
3. повышение уровня ДАД > 90 мм.рт.ст при однократном измерении
4. повышение уровня ДАД > 120 мм.рт.ст при однократном измерении
5. все ответы неверны

Гипертензия беременных:

1. это впервые выявленная гипертензия, возникшая после 20-й недели беременности и сохранившаяся не более 6 недель после родов
2. это впервые выявленная гипертензия, возникшая после 30 недели беременности и сохранившаяся не более 8 недель после родов
3. это впервые выявленная гипертензия, возникшая после 32 недели беременности и сохранившаяся не более 7 недель после родов
4. все ответы верны
5. все ответы неверны

Диагноз гипертензия беременных ставится на основании:

1. отеков на нижних конечностях
2. протеинурии
3. повышении АД
4. правильные ответы 1 и 3
5. правильные 1,2,3

При гипертензии беременных гипотензивную терапию следует начать с уровня АД:

1. более 140/90
2. более 150/100
3. более 160/100
4. более 130/90
5. более 120/90

При лечении гипертензии беременных следует назначить:

1. сульфат магния
2. нифедипин ретард
3. но-шпа
4. все ответы верны
5. все ответы неверны

К вирусному инфицированию плод наиболее чувствителен:

1. в ранние сроки беременности
2. в середине беременности
3. в последние сроки беременности
4. правильно 2 и 3
5. все ответы верны

Эмбриопатии при внутриутробном инфицировании наиболее характерны для инфекций:

1. микотических
2. бактериальных

3. вирусных
4. паразитарных
5. бактериально-микотических

Инфекционные фетопатии – это поражение плода при сроке беременности:

1. 6-11 недель
2. 12-17 недель
3. 18-27 недель
4. 28-32 недель
5. 22-38 недель

Заболевание беременной краснухой приводит к развитию:

1. преждевременного прерывания беременности
2. аномалии развития плода
3. тяжелым поражениям материнского организма
4. всего перечисленного
5. ничего из перечисленного

Абсолютным показанием для прерывания беременности является заболевание беременной краснухой в сроке беременности

1. 8-12 недель
2. 12-16 недель
3. 16-20 недель
4. 20-24 недели
5. правильно 1, 2

При заболевании гриппом в I триместре беременности возможны следующие осложнения:

1. аномалии развития плода
2. внутриутробное инфицирование плаценты
3. самопроизвольный выкидыш
4. правильно 1 и 3
5. все перечисленные

При первичном инфицировании женщины генитальным герпесом во время беременности очень часто отмечается:

1. самопроизвольный выкидыш
2. преждевременные роды
3. антенатальная гибель плода
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

Эмбриопатии при вирусном гепатите:

1. возможны при заболевании в любом сроке беременности
2. возможны при заболевании до 12 недель
3. возможны при заболевании до 8-9 недель
4. невозможны
5. все ответы неверны

Наиболее тяжело вирусный гепатит протекает у беременных

1. в I триместре
2. во II триместре
3. в III триместре
4. во все сроки беременности
5. все ответы неверны

Вирусный гепатит у беременных может осложниться

1. почечной недостаточностью
2. заболеваниями сердечно-сосудистой системы
3. острым массивным некрозом печени
4. поражением ЦНС
5. ничем из перечисленного

При остром гепатите у беременной вопрос о сохранении беременности должен быть решен следующим образом:

1. прерывание беременности независимо от ее срока
2. прерывание беременности в зависимости от степени тяжести гепатита
3. прерывание беременности при отсутствии эффекта от проводимого лечения
4. показания к прерыванию беременности отсутствуют
5. правильно 1 и 2

При наличии у роженицы вирусного гепатита вопрос о разрешении кормления новорожденного грудью матери решается следующим образом:

1. не разрешается, так как вирус гепатита передается ребенку с молоком матери
2. разрешается, так как вирус гепатита не передается ребенку с молоком матери
3. не разрешается, так как кормление грудью оказывает отрицательное влияние на роженицу
4. правильно 1 и 3
5. по желанию матери

Наиболее типичными фетопатиями при токсоплазмозе являются:

1. гидроцефалия
2. хориоретинит
3. менингоэнцефалит
4. правильно 1 и 2
5. все перечисленные

Заражение токсоплазмозом происходит:

1. через мясные продукты питания (без их термической обработки)
2. через больных животных (семейство кошачьих)
3. воздушно-капельным путем
4. правильно 1 и 2
5. всеми перечисленными путями

Возможные пути инфицирования плода и новорожденного при наличии у матери цитомегаловирусной инфекции;

1. трансплацентарный
2. восходящий
3. во время родов
4. грудное вскармливание
5. правильно 1 и 3

Инфицирование плода микоплазмами, как правило, происходит:

1. во время родов
2. восходящим путем
3. трансплацентарно
4. всеми перечисленными путями
5. никаким из перечисленных путей

Урогенитальный хламидиоз у беременных распространяется преимущественно:

1. воздушно-капельным путем
2. через кровь во время инъекции
3. половым путем
4. правильно 1 и 3
5. всеми перечисленными путями

Урогенитальный хламидиоз у беременной способствует:

1. преждевременному прерыванию беременности
2. развитию послеродовой инфекции
3. заболеванию новорожденного
4. всему перечисленному
5. ничему из перечисленного

Клинически хронический урогенитальный хламидиоз у беременной протекает чаще:

1. с выраженной воспалительной реакцией
2. бессимптомно
3. с поражением соседних органов
4. правильно 1 и 3
5. все ответы неверны

При диагнозе вирусного гепатита А у беременной показано:

1. симптоматическое лечение
2. плановое кесарево сечение
3. экстренное кесарево сечение
4. роды через естественные родовые пути после проведения симптоматического лечения
5. немедленное родовозбуждение

При диагнозе вирусного гепатита В у беременной показано:

1. симптоматическая терапия
2. плановое кесарево сечение
3. родовозбуждение с амниотомией и ведение родов через естественные родовые пути
4. родоразрешение после купирования острой стадии заболевания
5. сохраняющая терапия и симптоматическое лечение

Назовите основной клинический симптом бактериального вагиноза у беременных:

1. зуд наружных половых органов и промежности;
2. диспареуния;
3. обильные бели с неприятным запахом;
4. дизурия;
5. тазовая боль.

Какая инфекция не влияет на перинатальные исходы?

1. хламидиоз
2. бактериальный вагиноз
3. бессимптомная бактериурия
4. вагинальный кандидоз
5. сифилис

8-9 недель беременности называется периодом?

1. органогенеза
2. плацентации
3. плодовым
4. правильно 1,2

5. правильно 2,3

Эмбриогенез заканчивается:

1. на 4-й неделе развития плода
2. на 6-й неделе развития плода
3. на 8-й неделе развития плода
4. на 10-й неделе развития плода
5. на 12-й неделе развития плода

Беременность следует прервать при:

1. инфильтративной фазе туберкулеза легких
2. очаговой форме туберкулеза легких
3. фиброзно-кавернозной форме туберкулеза
4. верно 1 и 2
5. верно 1 и 3

Обострение туберкулеза при беременности наблюдается чаще:

1. в 1 триместре беременности
2. во 2 триместре беременности
3. в 3 триместре беременности
4. все ответы верны
5. все ответы неверны

Туберкулез, выявленный во время беременности отличается:

1. медленным благоприятным течением
2. острым началом
3. тяжелым течением
4. правильные ответы 1 и 2
5. правильные ответы 2 и 3

Родоразрешение у больных сифилисом, как правило, проводят:

1. консервативно, в срок родов
2. операцией кесарева сечения (при доношенной беременности)
3. операцией кесарева сечения за 2-3 недели до срока родов
4. наложением выходных акушерских щипцов
5. все ответы правильны

Для родоразрешения беременной с туберкулезом легких применяют:

1. акушерские щипцы или операцию кесарева сечения (в зависимости от акушерской ситуации) при всех формах туберкулеза
2. акушерские щипцы при легочной недостаточности
3. операцию кесарева сечения при легочной недостаточности
4. правильно 2 и 3
5. верно все перечисленное

Грудное вскармливание противопоказано родильницам:

1. с активной формой туберкулеза
2. с хронической формой туберкулеза
3. с БК (-)
4. правильно 1 и 2
5. все вышеперечисленное

Изоляция новорожденного от матери с активной формой туберкулеза:

1. необязательна

2. необходима
3. по желанию женщины
4. по решению неонатолога
5. по решению акушер-гинеколога

Почему все беременные женщины должны обследоваться на ВИЧ?

1. это необходимо согласно приказу Министерства Здравоохранения
2. для профилактики вертикальной трансмиссии ВИЧ от матери к ребенку
3. для выявления ВИЧ и предупреждения развития СПИД у женщины
4. для безопасности персонала и принятия мер по предупреждению распространения инфекции
5. все ответы правильны

Как оценивается ВИЧ-статус при экспресс-тестировании на ВИЧ у беременных?

1. выявляются антигены ВИЧ
2. выявляются антитела к ВИЧ
3. определяется концентрация ВИЧ
4. выявляется вирусная ДНК
5. выявляется вирусная РНК

Следует ли проводить контакт «кожа к коже» ВИЧ - позитивной матери и новорожденного?

1. да
2. нет
3. по усмотрению акушера
4. по решению неонатолога
5. по решению родильницы

Какие специальные защитные средства необходимо применять при ежедневном послеродовом уходе за ВИЧ позитивной женщиной?

1. два медицинских халата и защитные очки
2. два халата, бахилы и лицевую маску
3. халат, две пары смотровых перчаток и лицевую маску
4. ничего специального, если верно выполняются универсальные меры предосторожности, включая мытье рук
5. все ответы верны

Протоколы профилактики риска заражения на рабочем месте предусматривают антиретровирусную профилактику сотрудников:

1. только в случае если известен ВИЧ статус пациента
2. если ВИЧ статус сотрудника не известен
3. при установлении положительного ВИЧ статуса пациента и отрицательного ВИЧ статуса сотрудника
4. при проникающем ранении, вне зависимости от ВИЧ-статуса пациента
5. все ответы верны

Риск передачи ВИЧ от матери ребенку возрастает при следующих условиях:

1. длительное грудное вскармливание
2. используются более безопасные методы родоразрешения
3. низкая вирусная нагрузка у матери
4. ранее лечение ИППП
5. правильно 1 и 2

ВОЗ рекомендует в первую очередь применять следующую схему антиретровирусной профилактики матери и ребенка при ППМР начиная с 24-28 недель, если неизвестен уровень вирусной нагрузки

1. невирапин однократно
2. зидовудин (ZDV) + невирапин (NVP)
3. зидовудин (ZDV) + ламивудин (ЗТС)
4. зидовудин (ZDV) + ламивудин (ЗТС) + саквинавир/ритонавир (SQV/r)
5. правильно все ответы

Предтестовое просвещение и консультирование с беременными на тему ВИЧ-инфицирование может включать сведения о:

1. конфиденциальности
2. пользе тестирования партнера
3. правилах защищенных половых контактов
4. все вышеуказанное
5. все ответы неверны

Диагностика ВИЧ-инфекции у детей, в соответствии с рекомендациями ВОЗ проводится:

1. в течение 48 часов после рождения с использованием теста на антитела
2. в 1 год с использованием иммуноблоттинга
3. в 1,5 года с использованием ПЦР на ДНК ВИЧ
4. в 1,5 года с использованием ИФА
5. в 5 лет с использованием теста на антитела

Проведение планового кесарева сечения до начала родовой деятельности у ВИЧ-инфицированных беременных:

1. повышает риск вертикальной трансмиссии ВИЧ в 2 раза
2. не влияет на уровень вертикальной трансмиссии
3. снижает уровень вертикальной трансмиссии в 2 раза
4. повышает уровень материнской смертности в 2 раза
5. правильно 1 и 4

Какой из симптомов не типичен для коагулопатического кровотечения?

1. релаксация матки.
2. матка не реагирует на утеротонические препараты.
3. увеличивается время свертывания крови по Ли-Уайту.
4. снижается НВ, Нт количество эритроцитов, ЦВД.
5. из матки вытекает кровь со сгустком

Какие принципы борьбы с геморагическим шоком в акушерстве, вы знаете?

1. местный гемостаз.
2. предотвращение нарушений системы гемостаза.
3. восстановление ОЦК и микроциркуляции.
4. профилактика дыхательной недостаточности.
5. все перечисленное выше верно.

Какой характер имеет коагулопатическое кровотечение?

1. из половых путей, разрезов мест уколов вытекает жидкая кровь, не образуя сгустков.
2. обильное артериальное кровотечение алой струей.
3. из половых путей при каждой схватке выделяется порция крови со сгустками.
4. изливаются околоплодные воды окрашенные кровью.
5. все выше перечисленное.

Нарушение в системе гемостаза при больших кровопотерях связано:

1. с потерей фибриногена
2. с падением гемоглобина
3. с вазоконстрикцией
4. с падением АД
5. с тромбобластинем, освобождающимся из эритроцитов

Шоковый индекс - это

1. частное от деления частоты пульса на показатель систолического АД
2. частное от деления частоты пульса на показатель диастолического АД
3. частное от деления суммы показателей систолического и диастолического АД на частоту пульса
4. ничего из перечисленного
5. разница между систолическим и диастолическим давлением

При массивной кровопотере целесообразно переливать:

1. цельную свежесцитратную кровь
2. эритроцитарную массу
3. свежзамороженную плазму
4. правильно 1 и 2
5. правильно 2 и 3

При компенсированной кровопотере, как правило, происходит:

1. генерализованный спазм сосудов
2. непродолжительная гипертензия
3. снижение диуреза
4. повышение общего периферического сосудистого сопротивления
5. все перечисленное

Геморрагический шок - это

1. срыв защитно-приспособительных механизмов в ответ на кровопотерю
2. несоответствие емкости сосудистого русла объему циркулирующей крови в результате кровопотери
3. экстремальное состояние организма
4. кризис гемодинамики и микроциркуляции
5. все перечисленное

При геморрагическом шоке происходит

1. резкая активация фибринолиза
2. потребление тромбоцитов, фибриногена и других прокоагулянтов
3. нарушение в системе микроциркуляции
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

Активация фибринолитического звена системы гемостаза ведет

1. к развитию тромботических процессов в сосудах
2. к гипоксии и ацидозу
3. к блокированию сосудистой системы рыхлыми массами и агрегатами клеток
4. ко всему перечисленному
5. ни к чему из перечисленного

Для геморрагического шока типичны следующие сосудистые нарушения :

1. вазоконстрикция - периферический артериальный спазм
2. чередование участков спазма сосудов и их паралитического расширения
3. открытие артерио-венозных шунтов

4. все перечисленные
5. ничего из перечисленного

Для дыхательной недостаточности при геморрагическом шоке характерно :

1. тахипноэ
2. глубокое дыхание
3. дыхание по типу Чейн - Стокса
4. цианоз
5. все перечисленное

При геморрагическом шоке происходит:

1. срыв защитно-приспособительных механизмов в ответ на кровопотерю
2. несоответствие емкости сосудистого русла объему циркулирующей крови в результате кровопотери
3. падение А/Д
4. кризис гемодинамики и микроциркуляции
5. все перечисленное

Гепарин оказывает следующее действие :

1. блокирует факторы свертывания крови непосредственно в кровотоке
2. препятствует образованию фибрина
3. активизирует тромбин-фибриногеновую реакцию
4. правильно 1 и 2
5. верно все перечисленное

Порочный круг при острой форме ДВС-синдрома (на фоне геморрагического шока поддерживает):

1. гипотония матки, препятствующая организации тромбов
2. блокада микроциркуляции в матке и ишемию, которые также способствуют расслаблению маточной мускулатуры
3. акушерские манипуляции (например, повторное ручное обследование послеродовой матки), которые способствуют еще большему попаданию в кровоток тромбопластиновых субстанций
4. правильно 1 и 3
5. все перечисленное

В патогенезе геморрагического шока большое значение имеет :

1. влияние боли в родах
2. утомление роженицы
3. кровопотеря
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

Акушерский геморрагический шок - это критическое состояние, связанное с кровопотерей, в результате которой развивается :

1. кризис макроциркуляции
2. кризис микроциркуляции
3. быстрое присоединение коагулопатического кровотечения
4. правильно 1 и 2
5. все перечисленное

Вторая стадия геморрагического шока (декомпенсированный, обратимый шок) характеризуется:

1. гипотонией (систолическое артериальное давление - 80-90 мм рт. ст.)

2. нарушением органного кровообращения
3. олигурией
4. акроцианозом на фоне общей бледности кожных покровов
5. все ответы правильны

При геморрагическом шоке, независимо от его причины, показано быстрое проведение следующих мероприятий, кроме:

1. остановка кровотечения
2. трансфузионно-инфузионная терапия
3. устранение дыхательной недостаточности
4. обезболивание
5. введение гипотензивных препаратов

При геморрагическом шоке основные мероприятия направлены на:

1. снижение АД
2. восполнение объема циркулирующей крови
3. определение уровня гемоглобина
4. исследование функции почек
5. все ответы верны

При геморрагическом шоке для улучшения микроциркуляции внутривенно показано введение

1. гепарина
2. реополиглюкина
3. эуфиллина
4. хлористого кальция
5. АТФ

Выделяют следующие фазы острой формы ДВС-синдрома, кроме:

1. длительно существующей гиперкоагуляции
2. скоротечной гиперкоагуляции
3. коагулопатии потребления
4. гипокоагуляции
5. все ответы неверны

ДВС-синдром – это:

1. синдром нарушения гемостаза
2. прижизненное образование тромбоцитарно-фибриновых тромбов в системе микроциркуляции
3. сладжирование крови
4. правильно 1 и 3
5. все перечисленное

Следующие виды акушерской патологии способствуют развитию острой формы ДВС-синдрома:

1. массивное гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде
2. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
3. эмболия околоплодными водами
4. правильно 1 и 3
5. верно все перечисленное

Время свертывания крови (по методу Ли - Уайта) в норме равно

1. 2-4 мин
2. 5-7 мин
3. 8-10 мин

4. правильно 2 и 3
5. верно все перечисленное

При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты у беременной с преэклампсией тяжелой степени наиболее характерно:

1. хроническая форма ДВС-синдрома
2. хронический сосудистый спазм
3. гиповолемия
4. правильно 1 и 2
5. все перечисленное

Какую акушерскую патологию, которая не является непосредственной причиной ДВС-синдрома Вы знаете?

1. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
2. предлежание плаценты
3. эмболия околоплодных вод
4. синдром длительной задержки мертвого плода
5. септический шок

Какие факторы способствуют развитию ДВС-синдрома у беременных:

1. повышение концентрации фибриногена.
2. повышенная активность симпатической нервной системы.
3. склонность к сосудистому спазму.
4. снижение скорости кровотока в капиллярах.
5. все выше перечисленное

О наличии у беременной хронического ДВС- синдрома свидетельствует?

1. циркуляция в крови ПДФ(продуктов дегидратации фибриногена)
2. тяжелая форма позднего гестоза беременности.
3. многоплодная беременность.
4. предлежание плаценты
5. правильно 1 и 2

Началу ДВС-синдрома способствует:

1. многоводие.
2. преждевременные роды .
3. массивное поступление в кровь тканевого тромбобластина.
4. расстройство микроциркуляции.
5. правильно 1 и 2

Укажите причины развития ДВС-синдрома при беременности, осложненной преэклампсией, кроме:

1. нарушение микроциркуляции
2. истощение системы фибринолиза
3. снижение концентрации фибриногена
4. тяжелый длительно протекающий гестоз
5. анемия

Укажите клинические проявления ДВС-синдрома:

1. повышенная кровоточивость раневых поверхностей.
2. формирование гематомы вокруг инъекций .
3. петехиальные кровоизлияния.
4. рвота с примесью крови
5. все ответы верны

Факторы риска развития ДВС-синдрома при кровотечении вследствие частичной отслойки предлежащей плаценты:

1. анемия на фоне повторяющихся небольших кровянистых выделений из половых путей
2. отсутствие корригирующих лечебных мероприятий на фоне повторяющихся небольших кровянистых выделений из половых путей
3. запоздалое возмещение кровопотери (без учета кровопотери, бывшей ранее)
4. правильно 2 и 3
5. все перечисленные факторы

Какую акушерскую патологию, которая не является непосредственной причиной ДВС-синдрома Вы знаете, кроме:

1. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
2. предлежание плаценты.
3. эмболия околоплодных вод.
4. синдром длительной задержки мертвого плода.
5. септический шок.

О наличии у беременной хронического ДВС-синдрома свидетельствует?

1. маловодие
2. гипертензивные нарушения при беременности.
3. доношенная беременность.
4. многоплодная беременность.
5. предлежание плаценты

Началу ДВС-синдрома способствуют следующие причины:

1. многоводие.
2. преждевременные роды .
3. массивное поступление в кровь тканевого тромбобластина.
4. растройство микроциркуляции.
5. метаболический ацидоз.

Укажите причины развития ДВС-синдрома при беременности,осложненной преэклампсией:

1. нарушение микроциркуляции
2. истощение системы фибринолиза
3. снижение концентрации фибриногена
4. тяжелый длительно протекающий гестоз
5. все ответы верны

Этиология послеродовых кровотечений , кроме:

1. нарушение сократительной функции матки
2. задержка тканей в полости матки
3. физиологические роды
4. травмы родовых путей
5. нарушение коагуляции

К хронической форме ДВС-синдрома приводит следующая патология

1. эклампсия
2. преэклампсия
3. септический шок
4. острая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
5. все ответы верны

При лечении гепарином родильницы с ДВС-синдромом необходимо обязательное назначение:

1. инфузии свежзамороженной плазмы
2. аспирин 0.5 г х 2-3 раза в день
3. аспирин по 1/4 таблетки х 2-3 раза в день
4. правильно 1 и 3
5. все ответы неверны

К клиническим симптомам острой и подострой форм ДВС-синдрома относятся I) кожные петехиальные кровоизлияния в месте инъекции II) тромбозы магистральных сосудов III) олигурия и анурия IV) эйфория

1. правильно 1, 2, 3
2. правильно 1, 2
3. все ответы правильны
4. правильно 1 и 4
5. все ответы неправильны

Пусковыми факторами синдрома ДВС в акушерстве являются:

1. бактериальные эндотоксины
2. гемализированные эритроциты
3. тканевой тромбопластин
4. системный ацидоз
5. все ответы верны

Причинами развития острой формы ДВС-синдрома являются:

1. геморрагический шок
2. сепсис
3. маточно-плацентарная апоплексия
4. эмболия околоплодными водами
5. все вышеперечисленное

Причинами развития подострой формы ДВС синдрома являются, кроме:

1. гипертензивные нарушения при беременности
2. сепсис
3. мертвый плод
4. отеки беременных
5. эмболия околоплодными водами

В каких случаях развивается хронический ДВС – синдром?

1. циркуляция ПДФ (продуктов дегидратации фибриногена)
2. тяжелая форма позднего гестоза беременности
3. доношенная беременность
4. многоплодная беременность
5. правильно 1 и 2

Причины развития ДВС синдрома при беременности, осложненной преэклампсией, кроме

1. нарушение микроциркуляции
2. истощение системы фибринолиза
3. снижение концентрации фибриногена
4. длительно текущая гипертензия
5. анемия

У женщины с гипотоническим кровотечением в послеродовом периоде, несмотря на проведенные мероприятия появилась петехиальная сыпь, гематома наружных половых органов, кровотечение стало профузным, кровь из половых путей жидкая не сворачивается. Матка плотная. Диагноз?

1. ДВС синдром
2. стадия гипокоагуляции
3. гипотония матки
4. стадия гиперкоагуляции
5. правильно 1и2

HELLP-синдром клинически проявляется:

1. клиникой преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты
2. разрывом печени с кровотечением в брюшную полость
3. коагулопатическим кровотечением
4. быстрым формированием печеночно-почечной недостаточности
5. все вышеперечисленное

Признаками HELLP синдрома являются:

1. тошнота, рвота, боли в правом подреберье
2. увеличение размеров печени
3. снижение количества тромбоцитов
4. всё вышеперечисленное
5. ничего из перечисленного

Что из перечисленного не относится к HELLP - синдрому?

1. тромбоцитопения
2. эозинофилия
3. повышение уровня ферментов печени
4. гемолитическая анемия
5. гипокоагуляция

HELLP – синдром чаще возникает:

1. в I триместре беременности
2. во II триместре
3. в III триместре
4. правильно 1,2,3
5. правильно 1 и2

HELLP-синдром характеризуется:

1. гемолиз эритроцитов
2. повышение уровня ферментов печени
3. тромбоцитопения
4. все ответы верны
5. правильно 1 и 2

Для HELLP-синдрома характерно:

1. желтуха
2. рвота
3. нарастающая печеночная недостаточность
4. все ответы верны
5. правильные ответы 1 и 3

Назовите, при каких условиях может произойти проникновение околоплодных вод в кровотоки матери:

1. разрыв оболочек выше внутреннего зева матки
2. повышенное внутриматочное давление. превышающее давление в венозной системе матери
3. преждевременные роды
4. верно 1 и 2

5. разрыв оболочек ниже внутреннего зева шейки матки

Назовите основные механизмы развития эмболии околоплодными водами:

1. рефлекторный спазм сосудов в малом кругу
2. тромбогеморрагический синдром
3. снижение сократительной активности матки
4. верно 1 и 2
5. верно 1, 2,3

У беременной с чрезмерно активной родовой деятельностью произведена амниотомия. Вскоре у нее возникло резкое нарушение дыхания, удушье, общий цианоз и падение АД. Что произошло?

1. разрыв матки
2. эмболия околоплодными водами
3. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
4. преждевременная отслойка низко расположенной плаценты
5. попадание в кровоток активных тромбопластинов

При эмболии околоплодными водами возможно развитие следующих осложнений?

1. ДВС - синдром
2. острая сердечно-сосудистая недостаточность
3. острая дыхательная недостаточность
4. ответы верны 1 2 3
5. правильные ответы 1 и 2

Наиболее характерное осложнение беременности, при ее сочетании с миомой матки – это:

1. угрожающее прерывание беременности
2. уродство плода
3. рвота беременных
4. гибель плода
5. отеки беременных

Какое осложнение наиболее часто возникает в 1 периоде родов при сочетании беременности с миомой матки?

1. слабость родовой деятельности
2. дистоция шейки матки
3. дистресс плода
4. раннее излитие вод
5. все вышеперечисленное

Какое осложнение возможно в последовом периоде при сочетании беременности с миомой матки?

1. кровотечение, связанное с частичным плотным прикреплением плаценты
2. кровотечение, связанное с гипотонией матки
3. кровотечение, связанное с приращением плаценты
4. верно 1 и 2
5. верно 1 и 3

При сочетании беременности и кистомы яичника наиболее частое осложнение:

1. угроза преждевременных родов
2. перекрут ножки кистомы
3. малигнизация кистомы
4. все вышеперечисленное
5. ни одно из перечисленных

Тактика при перекруте ножки кистомы во время беременности:

1. консервативное лечение
2. хирургическое лечение
3. консервативное лечение в течении 24 часов, при неэффективности хирургическое лечение
4. все ответы верны
5. все ответы неверны

Во время беременности может образоваться:

1. псевдомуцинозная киста
2. фиброма яичника
3. тека – лютеиновая киста
4. параовариальная киста
5. правильно 1 и 2

Экстренное хирургическое лечение при кистоме яичника и беременности показаны при:

1. увеличении опухоли
2. полном перекруте ножки кистомы
3. выраженная клиника угрозы преждевременных родов
4. правильно 1 и 2
5. все ответы верны

При диагностике бессимптомной кистомы яичника в III триместре беременности оперативное лечение проводится:

1. сразу после диагностики
2. после родов
3. проводится наблюдение
4. правильно 1 и 2
5. все ответы верны

Противопоказание для родоразрешения через естественные родовые пути при наличии рубца на матке:

1. толщина рубца на УЗИ 3-4см
2. прошло 3 года после кесарево сечения
3. рубец на матке после ушивания разрыва матке
4. возраст беременной 30 лет
5. все вышеперечисленное

Роды через естественные родовые пути при наличии рубца на матке возможно:

1. рубец после корпорального кесарево сечения
2. рубец после операции кесарево сечения по поводу анатомического узкого таза
3. рубец на матке после операции кесарево сечения по поводу преждевременной отслойки плаценты
4. все ответы неверны
5. все ответы верны

Наиболее информативным метод оценки состоятельности рубца на матке во время беременности:

1. состоянию рубца на коже
2. гистероскопия
3. УЗИ
4. все ответы верны
5. все ответы неверны

Наиболее информативно о состоянии рубца на УЗИ можно получить при сроке:

1. 35-36 недель
2. 37-38 недель
3. 38-39 недель
4. 34-35 недель
5. 33-34 недель

Родоразрешение при наличии болезненного рубца на матке:

1. родостимуляция
2. выжидательная тактика
3. повторное кесарево сечение
4. применение обезболивающих средств
5. провести подготовку к родам

Анатомически узкий таз определяют по:

1. форме таза
2. толщине костей таза
3. степени сужения таза
4. состоянию крестца
5. по индексу Соловьева

Для общеравномерносуженного таза характерно:

1. тупой верхний угол ромба Михаэлиса
2. наличие деформаций таза
3. тонкость костей таза
4. уменьшение всех размеров таза
5. развернутые крылья подвздошных костей

Диагностика клинически узкого таза возможна:

1. при начале регулярной родовой деятельности
2. в конце беременности
3. в первом периоде родов
4. при полном открытии шейки матки и отхождении околоплодных вод
5. при изменении сердцебиения плода

Степень сужения таза определяется по:

1. наружной конъюгате
2. анатомической конъюгате
3. диагональной конъюгате
4. истинной конъюгате
5. размерам ромба Михаэлиса

Классификация клинически узкого таза с зависимости от степени несоответствия между тазом роженицы и головкой плода по Калганову Р.И. состоит из:

1. 2-х степеней несоответствия
2. 3-х степеней несоответствия
3. 4-х степеней несоответствия
4. 5-и степеней несоответствия
5. 6-ти степеней несоответствия

Характерным для биомеханизма родов при общеравномерносуженном тазе является:

1. асинклитическое вставление
2. расположение стреловидного шва в поперечном размере
3. разгибание головки во входе в малый таз

4. максимальное сгибание головки
5. высокое прямое стояние стреловидного шва

Простым плоским называется таз, у которого уменьшены:

1. все поперечные размеры
2. все прямые размеры всех плоскостей
3. прямой размер плоскости входа
4. все размеры таза
5. размеры и выхода малого таза

Плоскоррахитическим называется таз, у которого уменьшены:

1. все поперечные размеры
2. все прямые размеры
3. прямой размер плоскости входа
4. все размеры всех плоскостей малого таза
5. прямой размер плоскости выхода

Какие особенности характерны для биомеханизма родов при плоскоррахитическом тазе, кроме:

1. Продолжительное стояние головки во входе в малый таз
2. Небольшое разгибание головки,
3. Асинклитическое вставление головки,
4. Максимальное сгибание головки
5. Резкая конфигурация головки

Чем опасно длительное стояние головки в одной плоскости в период изгнания?

1. развитием слабости родовой деятельности
2. угрозой разрыва нижнего маточного сегмента
3. угрозой образования мочеполового свища
4. угрозой инфицирования влагалища
5. угрозой разрыва матки

Каково положение головки при выраженном симптоме Вастена?

1. подвижное, над входом малый таз
2. фиксирована во входе малый таз
3. в полости малого таза
4. в выходе из малого таза
5. в 3 плоскости малого таза

При какой форме сужения таза в родах часто возникает высокое прямое стояние стреловидного шва?

1. общеровномерносуженный таз
2. простой плоский таз
3. плоско - рахитический таз
4. поперечно-суженный таз
5. косо - смещенный таз

При какой форме сужения таза часто возникает низкое поперечное стояние стреловидного шва?

1. общеровномерносуженный таз
2. простой плоский таз
3. плоско - рахитический таз
4. поперечно-суженный таз
5. косо - смещенный таз

О чем свидетельствует положительный признак Вастена?

1. о начале периода изгнания
2. о полном раскрытии маточного зева
3. о несоответствии между головкой плода и тазом матери
4. об угрозе разрыва матки
5. все ответы правильны

Укорочение всех наружных размеров таза характерно для:

1. простого плоского таза
2. поперечносуженного таза
3. плоскорихитического таза
4. общеравномерносуженного таза
5. Все ответы правильные

Наиболее тяжелым осложнением в родах при тазовом предлежании является:

1. несвоевременное отхождение вод
2. слабость родовой деятельности
3. травматические повреждения плода
4. выпадение пуповины
5. выпадение ножки

Уменьшение прямых размеров плоскости входа, широкой, узкой и плоскости выхода малого таза характерно для:

1. простого плоского таза
2. плоскорихитического таза
3. поперечносуженного таза
4. верно 1,2
5. все ответы правильные

Формированию клинически узкого таза способствует:

1. крупный плод
2. переносимая беременность
3. неправильное вставление головки
4. наличие анатомического сужения таза
5. все вышеперечисленное

Синклитическое вставление головки — это расположение

1. малого родничка на одинаковом расстоянии от лона до мыса
2. стреловидного шва на одинаковом расстоянии от лона до мыса
3. большого родничка по оси таза
4. стреловидного шва в прямом размере таза
5. над входом в малый таз

Передний асинклитизм — это

1. расположение стреловидного шва ближе к мысу, первой вставляется передняя теменная кость
2. расположение стреловидного шва ближе к симфизу
3. первой вставляется задняя теменная кость
4. первыми опускаются ягодицы
5. выраженная конфигурация головки плода

Передний асинклитизм:

1. называется литцмановским
2. называется негелевским и встречается в родах при плоских тазах

3. встречается при поперечно суженных тазах
4. диагностируется по отклонению стреловидного шва кпереди
5. диагностируется при врезывании головки

Асинклитизмом называют:

1. аномалию положения головки во входе или в полости малого таза
2. стреловидный шов отклонён от срединной линии таза кпереди или кзади (к лону или к крестцу)
3. одна из теменных костей находится ниже другой
4. это внеосевое вставление головки
5. все перечисленное верно

Задний асинклитизм:

1. называется литцмановским и встречается в родах при плоскорохитическом тазе
2. называется негелевским и встречается в родах при плоских тазах
3. встречается при поперечно суженных тазах
4. диагностируется по отклонению стреловидного шва кзади
5. диагностируется при врезывании головки

Назовите причины асинклитического вставления головки:

1. снижение тонуса мышц брюшной стенки, не препятствующей отклоняющемуся вперёд дну матки
2. расслабление нижнего сегмента матки, не оказывающего противодействия отклоняющейся вперёд головке
3. уплощение угла наклона таза роженицы
4. большой угол наклона таза роженицы
5. все перечисленное верно

При каких условиях возможны самостоятельные роды при асинклитических вставлениях?

1. Если асинклитизм выражен нерезко
2. при наличии хорошей родовой деятельности
3. незначительном сужении таза и небольшой головке плода
4. конфигурация головки и некоторое растяжению сочленений таза
5. все перечисленное верно

При тазовых предлежаниях сердцебиение выслушивается:

1. ниже пупка
2. выше лона
3. выше пупка
4. на уровне пупка
5. справа от пупка

При тазовых предлежаниях головка прорезывается размером:

1. средним косым
2. вертикальным
3. прямым
4. малым косым
5. малым поперечным

При тазовых предлежаниях плод испытывает гипоксию с момента:

1. рождения туловища
2. рождения до пупочного кольца
3. при врезывании ягодиц
4. при рождении до углов лопаток

5. появления регулярной деятельности

При чисто ягодичном предлежании применяют:

1. метод Цовьянова
2. классическое ручное пособие
3. извлечение за тазовый конец
4. поворот плода
5. акушерские щипцы

Для профилактики спазма шейки матки при тазовых предлежаниях применяют:

1. токолитики
2. адреномиметики
3. спазмолитики
4. гормоны
5. анальгетики

Пособие по Цовьянову способствует:

1. освобождению плечевого пояса
2. переводу ножного предлежания в смешанное ягодичное
3. освобождению головки
4. сохранению нормального членорасположения плода
5. быстрейшему завершению родов

Проводная точка при тазовом предлежании:

1. передняя ягодица
2. задняя ягодица
3. передняя ножка
4. задняя ножка
5. крестец

Внутренний поворот ягодиц происходит:

1. во входе в малый таз
2. в широкой части малого таза
3. в узкой части малого таза
4. в выходе малого таза
5. в первой плоскости малого таза

Осложнения в первом периоде родов при тазовом предлежании:

1. слабость родовой деятельности
2. запрокидывание головки
3. разрыв промежности
4. запрокидывание ручек
5. разрыв матки

Возможные осложнения в родах при тазовом предлежании:

1. несвоевременное излитие вод;
2. слабость родовой деятельности;
3. выпадение петель пуповины;
4. выпадение ножки
5. все вышеперечисленное

Каким размером прорезывается последующая головка при тазовых предлежаниях?

1. средним косым
2. малым косым

3. вертикальным
4. большим косым
5. прямым

Для тазового предлежания при наружном акушерском исследовании не характерно:

1. высокое расположение дна матки
2. баллотирующая часть в дне матки
3. сердцебиение плода, лучше прослушиваемое выше пупка
4. баллотирующая часть над входом в малый таз
5. высокое расположение предлежащей части

Первый момент биомеханизма родов при тазовом предлежании - это:

1. внутренний поворот ягодиц
2. опускание ягодиц
3. сгибание головки
4. внутренний поворот плечиков
5. поясничное сгибание

При тазовом предлежании в 1 периоде родов показано:

1. проведение ранней амниотомии;
2. создание медикаментозного сна;
3. сохранение плодного пузыря как можно дольше;
4. активация родовой деятельности с самого начала родовой деятельности
5. операция кесарева сечения

При влагалищном исследовании обнаружено: - предлежит тазовый конец плода, - крестец плода слева спереди. ОПРЕДЕЛИТЕ положение, позицию и вид плода:

1. положение плода продольное, 1-я позиция, передний вид
2. положение плода продольное, 2-я позиция, передний вид
3. положение плода поперечное, 1-я позиция, передний вид
4. положение плода продольное, 1-я позиция, задний вид
5. положение плода продольное, 2-я позиция, задний вид

К ведению родов по методу Цовьянова при чистом ягодичном предлежании приступают:

1. при полном раскрытии маточного зева
2. при ягодицах, находящихся в полости малого таза
3. при прорезывании ягодиц
4. при рождении плода до пупочного кольца
5. при появлении потуг

Назовите причины формирования тазовых предлежаний плода:

1. препятствия к установлению головки плода во входе в малый
2. патологический гипертонус нижнего сегмента матки и снижение тонуса её верхних отделов.
3. повышенная подвижность плода
4. ограничение подвижности
5. все вышеперечисленное

Что является противопоказанием для проведения корригирующей гимнастики при тазовых предлежаниях?

1. рубцы на матке,
2. предлежание плаценты
3. опухоли матки,
4. поздние токсикозы беременности и экстрагенитальная патология

5. все перечисленное верно

Частое осложнение при поперечном положении плода:

1. многоводие
2. преждевременное отхождение околоплодных вод
3. гипоксия плода
4. слабость родовой деятельности
5. переношенная беременность

Позицию плода при поперечном положении определяют по:

1. спинке плода
2. головке
3. расположению мелких частей
4. расположению ягодиц
5. по локализации сердцебиения плода

Диагностика поперечного положения плода основана на:

1. данных осмотра формы живота
2. несоответствию высоты стояния дна матки сроку беременности
3. результате наружных приемов Леопольда – Левицкого
4. данных влагалищного исследования и УЗИ
5. на всех перечисленных данных

При поперечном положении плода и доношенной беременности показано:

1. ведение родов через естественные родовые пути
2. плановое кесарево сечение
3. кесарево сечение с началом родовой деятельности
4. кесарево сечение после отхождения околоплодных вод
5. роды через естественные родовые пути с последующим извлечением плода за тазовый конец

При запущенном поперечном положении и мертвом плоде показано:

1. кесарево сечение
2. классический поворот плода на ножку
3. извлечение плода за тазовый конец
4. плодоразрушающая операция
5. наружный поворот плода

Какое положение плода считается поперечным?

1. ось плода совпадает с осью (длинником) матки, головка плода в дне
2. ось плода совпадает с осью матки, головка над входом в малый таз
3. длинник плода пересекает ось матки под прямым углом
4. длинник плода совпадает с осью матки, но имеется задний вид
5. длинник плода пересекает ось матки под острым углом

Позиция плода при поперечном положении определяется по расположению:

1. спинки плода
2. головки плода
3. мелких частей
4. тазового конца
5. ножек плода

При доношенном сроке беременности и наличии поперечного положения плода показано:

1. родовозбуждение с амниотомией

2. плановое кесарево сечение
3. кесарево сечение с началом родовой деятельности
4. ведение родов через естественные родовые пути
5. проведение операции классического комбинированного поворота плода на ножку

Причиной неправильного положения плода может быть:

1. узкий таз
2. многоводие и многоплодие
3. аномалии матки
4. предлежание плаценты
5. все вышеперечисленное

Диагноз запущенного поперечного положения плода может быть поставлен в случаях:

1. если плод потерял подвижность и плечико плода вколочено в полость малого таза
2. если имеется выпадение ручки плода
3. если над входом в малый таз нет предлежащей части плода
4. верно 1,2, 3
5. верно 1, 3

При обследовании роженицы установлено: - полное раскрытие маточного зева; - плодный пузырь отсутствует; - ко входу в малый таз прижато плечико плода; - плод жив. Роды следует закончить:

1. через естественные родовые пути
2. операцией кесарева сечения
3. плодоразрушающей операцией
4. наружно-внутренним классическим поворотом плода за ножку
5. извлечением плода за ножку

При поступлении диагностировано: - роды III, срочные; - второй период родов; - запущенное поперечное положение плода; - интранатальная гибель плода. В этой ситуации имеются показания:

1. к снятию родовой деятельности и декапитации плода
2. к родостимуляции
3. к краниотомии
4. к операции кесарева сечения
5. к наружно-внутреннему повороту плода

При переднеголовном предлежании проводной точкой является:

1. малый родничок
2. лоб
3. большой родничок
4. подбородок
5. надбровья

Где происходит внутренний поворот головки при переднем виде лицевого вставления?

1. В широкой части полости малого таза.
2. В узкой части полости малого таза.
3. На тазовом дне.
4. При переходе из широкой части в узкую.
5. В 1 плоскости малого таза

Диагностирован передний вид лицевого вставления, головка в широкой части полости малого таза. Как поступить?

1. произвести операцию кесарева сечения.

2. сделать перфорацию головки
3. наложить акушерские щипцы
4. начать родостимуляцию
5. ждать самостоятельных родов

Диагностирован задний вид лицевого вставления, головка в широкой части полости малого таза. Как поступить?

1. произвести операцию кесарева сечения
2. сделать перфорацию головки
3. наложить акушерские щипцы
4. начать стимуляцию родовой деятельности
5. ждать самостоятельных родов

При каком вставлении головка плода рождается прямым размером?

1. при переднем виде затылочного вставления
2. при заднем виде затылочного вставления
3. при лобном вставлении
4. при передно - головном вставлении
5. при лицевом вставлении

При каком вставлении головка плода рождается вертикальным размером?

1. при переднем виде затылочного вставления
2. при заднем виде затылочного вставления
3. при лобном вставлении
4. при передне - головном вставлении
5. при лицевом вставлении

По каким опознавательным признакам ставится диагноз переднеголового вставления?

1. большой родничок ниже малого
2. только по малому родничку
3. по заднему углу большого родничка
4. только по стреловидному шву
5. по стреловидному шву и малому родничку

Какова основная особенность родов при переднеголовном предлежании?

1. длительное течение 1 периода родов
2. длительное течение 2 периода родов
3. длительное течение 3 периода родов
4. быстрые роды
5. обычное течение родового процесса

Где располагается проводная точка при родах в лицевом предлежании?

1. в области лба
2. в области носа и губ
3. в области большого родничка
4. в области теменных бугров
5. в области малого родничка

Какие осложнения возможны при переднеголовном предлежании, кроме:

1. интранатальная асфиксия плода
2. родовой травматизм плода
3. быстрые роды
4. клинически узкий таз
5. мочеполовые свищи

Назовите первый момент биомеханизм родов при лицевом предлежании:

1. максимальное разгибание головки
2. внутренний поворот головки
3. вставление головы плода во входе в малый таз
4. незначительное разгибание головки
5. сгибание головки

При каком вставлении бывает брахицефалическая, «башенная» форма головки?

1. при лицевом вставлении
2. при лобном вставлении
3. при затылочном вставлении
4. при переднеголовном вставлении
5. при заднем виде затылочного вставления

Роды через естественные родовые пути при нормальных размерах таза и средней величине плода не возможны:

1. при лицевом предлежании
2. при тазовом предлежании
3. при лобном предлежании
4. при затылочном предлежании
5. при переднеголовном предлежании

Каким размером происходит рождение головки при лицевом предлежании?

1. малым косым
2. прямым
3. вертикальным
4. средним косым
5. большим косым размером

При переднеголовном вставлении

1. во входе в малый таз головка совершает сгибание
2. в полости таза головка поворачивается затылком кпереди
3. головка прорезывается, совершая сгибание
4. головка рождается прямым размером
5. родовая опухоль расположена в области лба

При переднеголовном вставлении:

1. ведущей точкой является область большого родничка
2. роды возможны только в переднем виде
3. роды через естественные родовые пути невозможны
4. родовая опухоль формируется в области малого родничка
5. головка рождается большим косым размером

При лицевом вставлении:

1. головка прорезывается вертикальным размером
2. головка прорезывается в разгибании
3. ведущей точкой является надпереносье
4. форма головки "молоткообразная"
5. точкой фиксации является подбородок

При полном раскрытии маточного зева и головке, прижатой ко входу в малый таз, обнаружен подбородок плода слева сзади. Роды:

1. могут быть предоставлены естественному течению

2. необходимо закончить операцией кесарева сечения
3. можно закончить с применением родостимулирующей терапии
4. можно закончить операцией наложения акушерских щипцов
5. можно закончить операцией вакуум-экстракции плода

При полном раскрытии маточного зева установлено лобное вставление у доношенного живого плода. Роды необходимо закончить:

1. операцией наложения акушерских щипцов
2. операцией вакуум-экстракции плода
3. операцией кесарева сечения
4. плодоразрушающей операцией
5. естественным путем

В патогенезе гипохромной анемии у беременных имеет значение:

1. нарушение всасывания железа при анацидном гастрите
2. нерациональное питание
3. повышенный расход железа в процессе развития плода
4. повышенный тканевый обмен при беременности
5. все перечисленное

В связи с чем у женщин с врождённой коагулопатией возможна фатальная гипокоагуляция и риск фатального нарушения свертываемости?

1. развитием гестоза
2. HELLP-синдромом
3. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
4. эмболия околоплодными водами
5. в связи со всем вышеперечисленным

Какой период беременности и послеродового периода протекает наиболее тяжело при болезни фон Виллебранда?

1. I триместр беременности, когда содержание фактора фон Виллебранда ещё не повышается,
2. поздний послеродовой период, во время которого характерно образование гематом и плохое заживление раневых поверхностей
3. III триместр беременности, когда усилению свертывающего потенциала крови достигает максимума
4. верно 1 и 2
5. верно 1 и 3

Как проявляются геморрагические диатезы при беременности?

1. маточными кровотечениями,
2. коагулопатическими кровотечениями в последовом и раннем послеродовом периоде,
3. гематомами влагалища и послеоперационного шва после оперативного родоразрешения,
4. поздними послеродовыми кровотечениями.
5. всем вышеперечисленным

Чем осложняется беременность у женщин с врождённой тромбофилией?

1. привычным невынашиванием беременности,
2. преждевременными родами,
3. хронической плацентарной недостаточностью и гипотрофией плода
4. гестоз и HELLP-синдром,
5. всем вышеперечисленным

Как влияет лейкоз на течение беременности?

1. Лейкозы повышают риск самопроизвольного аборта и преждевременных родов,

2. вызывают внутриутробную задержку развития плода и перинатальную смертность
3. при нелеченном лейкозе гибель плода чаще всего связана со смертью матери
4. лейкозная инфильтрация плаценты и тканей плода наблюдается редко
5. все вышеперечисленное

Чем отличается рвота как проявление обострения язвенной болезни желудка у беременных от рвоты при раннем гестозе?

1. сопровождается мучительной тошнотой
2. не успокаивается приемом пищи
3. возникает на высоте пищеварения и приносит облегчение больной
4. рвота не приносит облегчения состояния
5. рвоте предшествует усиленное слюнотечение

Перфоративная язва желудка во время беременности характеризуется:

1. выраженным болевым синдромом
2. кинжальной болью в эпигастральной области
3. нетипичностью клинических проявлений без выраженного болевого синдрома
4. сопровождается чрезмерной рвотой
5. начинается с повышения температуры тела

Принципы лечения хронического холецистита у беременных:

1. такие же, как у небеременных
2. в период обострения рекомендуется нестрогий постельный режим
3. дробный прием отварной пищи
4. исключение из пищи тугоплавких жиров, пряностей и маринадов
5. все вышеперечисленное

Медикаментозная терапия хронического холецистита у беременных ставит перед собой следующие цели:

1. снятие болевого синдрома
2. борьбу с инфекцией
3. назначение желчегонных средств
4. улучшение холереза
5. все вышеперечисленное

Какой из перечисленных факторов беременности не предрасполагает к образованию желчных камней:

1. застой желчи в желчном пузыре из-за давления матки
2. высокое внутрибрюшное давление
3. повышение уровня холестерина в крови
4. появление гормональной активности плаценты
5. снижение двигательной активности желчного пузыря из-за гиперэстрогении

У женщин, страдающих сахарным диабетом, при беременности нередко развиваются следующие осложнения:

1. поздний гестоз;
2. ангиопатия сетчатки;
3. активация хронической инфекции в мочевыводящих путях;
4. все перечисленное неверно;
5. правильно все перечисленное

Какова наиболее частая причина осложнения 2 периода родов у рожениц, больных сахарным диабетом при хорошей родовой деятельности?

1. седловидная матка

2. гидроцефалия
3. двойня
4. пупочная грыжа
5. дистоция (затруднение рождения) плечиков

Показаниями для проведения пробы на толерантность к глюкозе во время беременности являются:

1. рождение крупного ребенка в анамнезе
2. мертворождение в анамнезе
3. наличие диабета у родственников
4. ожирение
5. все выше перечисленное

Условиями вынашивания беременности при сахарном диабете является:

1. полная компенсация сахарного диабета до и во время беременности
2. соблюдение диеты, способствующей нормализации углеводного обмена
3. тщательный контроль за состоянием плода
4. контроль за содержанием сахара в крови и отсутствие глюкозурии
5. все вышеперечисленное

Показаниями к абдоминальному родоразрешению при сахарном диабете являются все, кроме

1. наличия прогрессирующих сосудистых осложнений диабета
2. лабильный диабет со склонностью к кетоацидозу
3. молодой возраст беременной
4. прогрессирующая гипоксия плода при отсутствии условий для срочного родоразрешения через естественные родовые пути
5. гигантский плод

Противопоказания к сохранению беременности при сахарном диабете:

1. наличие прогрессирующих сосудистых осложнений диабета
2. интракапиллярный гломерулосклероз с почечной недостаточностью и гипертензией
3. инсулинорезистентные и лабильные формы сахарного диабета
4. сахарный диабет у обоих супругов
5. все вышеперечисленное

Перечислите признаки транзиторного диабета беременных, кроме:

1. существуют только во время беременности
2. эта форма составляет 50% от всех случаев диабета беременных
3. признаки сахарного диабета не исчезают после родов
4. развивается у женщин с избыточной массой тела
5. признаки сахарного диабета исчезают после родов

Для профилактики тяжелой декомпенсации сахарного диабета в родах необходимо:

1. предупреждать развитие вторичной слабости родовой деятельности
2. регулярно определять уровень гликемии (через 2-3 часа)
3. регулярно определять уровень артериального давления
4. провести раннюю амниотомию
5. стимулировать роды окситоцином в комбинации с простагландинами

Опишите влияние сахарного диабета на плод:

1. большая масса при рождении, не соответствующая сроку гестации
2. гипертрофия островков поджелудочной железы
3. функциональная незрелость органов и систем
4. все верно

5. ничего из вышеперечисленного не верно

При сроке беременности 36 недель у больной сахарным диабетом I типа отмечено ухудшение шевелений и на КТГ - признаки гипоксии плода. Показано:

1. расширение консервативной терапии, сохранение беременности до доношенного срока
2. начать подготовку к родовозбуждению
3. родовозбуждение, при отсутствии эффекта - кесарево сечение
4. родовозбуждение, при ухудшении состояния плода или матери - кесарево сечение
5. кесарево сечение

К характерным осложнениям во время беременности и родов у больных сахарным диабетом не относится:

1. преждевременное прерывание беременности
2. раннее развитие позднего токсикоза
3. маловодие
4. ангиопатия сетчатки
5. слабость родовой деятельности

Для новорожденных, родившихся от матерей с сахарным диабетом, характерна:

1. большая масса тела
2. гипогликемия и гипокальцемиа
3. высокая частота респираторных расстройств
4. высокая частота пороков развития
5. все вышеперечисленное

При беременности больные сахарным диабетом могут получать

1. инсулинотерапию и диетотерапию с ограничением углеводов и жиров
2. только диетотерапию
3. сахаропонижающие препараты группы сульфаниламочевина
4. бигуаниды
5. диетотерапию с ограничением белков

Показаниями для проведения пробы на толерантность к глюкозе во время беременности являются все, кроме:

1. рождение крупного ребенка в анамнезе
2. мертворождение в анамнезе
3. наличие диабета у родителей
4. ожирение
5. повышенный уровень глюкозы натощак

Факторы, предрасполагающие к острой инфекции мочевых путей во время беременности, родов и послеродовом периоде, включают все, кроме:

1. сдавление мочеточника увеличенной маткой
2. повышения тонуса и перистальтики мочеточников
3. бессимптомной бактериурии
4. пониженного тонуса мочевого пузыря после эпидуральной анестезии
5. катетеризации мочевого пузыря после родов

Функциональное состояние почек при хроническом пиелонефрите определяется по результатам:

1. пробы Зимницкого
2. количества мочевины в крови
3. количества креатинина в крови
4. всего перечисленного

5. ничего из перечисленного

Фактор, способствующий развитию и обострению пиелонефрита у беременной:

1. инфицирование организма
2. изменение гормонального баланса
3. давление матки на мочеточники
4. пузырно-маточный рефлюкс
5. все вышеуказанное

Наиболее частое заболевание почек у беременных:

1. гломерулонефрит
2. мочекаменная болезнь
3. гидронефроз
4. опухоли почек
5. пиелонефрит

Наиболее частой формой патологии мочевыделительной системы у беременных является:

1. гломерулонефрит
2. мочекаменная болезнь
3. гестационный пиелонефрит
4. аномалии почек и сосудов
5. туберкулез почек

Развитию гестационного пиелонефрита предрасполагают:

1. нарушение санитарного режима
2. нарушение пассажа мочи
3. снижение иммунитета
4. снижение диуреза
5. наличие эндогенных очагов инфекции

Физиологические изменения мочевыделительной системы у беременных характеризуются:

1. снижением интенсивности почечного кровотока
2. снижением клубочковой фильтрации
3. увеличением канальцевой реабсорбции
4. снижением диуреза
5. нарушением уродинамики

Фактор, способствующий развитию и обострению пиелонефрита у беременной:

1. инфицирование организма
2. изменение гормонального баланса
3. давление матки на мочеточники
4. пузырно-мочеточниковый рефлюкс
5. все указанное в п. "1"–"4"

Осложнение, возникающее при пиелонефрите во время беременности:

1. анемия
2. синдром задержки развития плода
3. развитие сочетанного гестоза
4. инфицирование организма матери и плода
5. все указанные осложнения

Антибактериальные препараты для лечения пиелонефрита в первом триместре беременности:

1. аминогликозиды
2. нитрофураны

3. цефалоспорины
4. антибиотики пенициллинового ряда
5. сульфаниламиды

Оптимальный метод родоразрешения при пиелонефрите:

1. кесарево сечение в плановом порядке
2. кесарево сечение в родах
3. роды через естественные родовые пути без укорочения периода изгнания
4. роды через естественные родовые пути с укорочением периода изгнания перинеотомией
5. роды через естественные родовые пути с укорочением периода изгнания наложением акушерских щипцов

При какой форме хронического гломерулонефрита беременность допустима?

1. при гипертонической форме
2. при смешанной форме
3. при нефротической форме
4. при латентной форме
5. при циклической форме острого гломерулонефрита

Что не характерно для латентной формы хронического гломерулонефрита у беременных?

1. скудный мочевой синдром
2. протеинурия менее 1 г/л
3. стойкое повышение АД
4. непостоянная цилиндрурия
5. отсутствие отеков

К группе максимального риска не относятся беременные женщины с такой формой хронического гломерулонефрита, как:

1. латентная форма
2. гипертоническая форма
3. смешанная форма
4. острый гломерулонефрит
5. форма протекающая с азотемией

К особенностям течения мочекаменной болезни во время беременности относится:

1. гематурия
2. большая частота приступов
3. частое присоединение пиелонефрита
4. симптомы МКБ усиливаются
5. верно все вышеперечисленное

Показаниями к госпитализации беременных с мочекаменной болезнью является:

1. частые приступы колики
2. присоединение пиелонефрита
3. присоединение позднего гестоза
4. ухудшение состояния плода
5. все вышеперечисленное

Какой симптом не является характерным для циклической формы острого гломерулонефрита при беременности?

1. внезапное начало через 10-12 дней после стрептококкового заболевания
2. быстрое нарастание отеков
3. быстрое нарастание протеинурии
4. постепенное начало с небольшой одышкой и слабостью

5. олигурия и макрогематурия

Чем обусловлено редкое развитие острого гломерулонефрита во время беременности?

1. действием плацентарного лактогена
2. увеличением секреции глюкокортикоидов
3. усиление почечного кровотока
4. расширением почечно-лоханочной системы
5. увеличением канальцевой реабсорбции

Какие факторы во время беременности благоприятствуют развитию воспаления мочевых путей у женщин?

1. анатомические изменения верхних мочевых путей
2. дискинезия чашечно-лоханочной системы
3. дискинезия мочеточников
4. ослабление связочного аппарата почек
5. все вышеперечисленное

Наиболее частое осложнение беременности при гломерулонефрите:

1. развитие гестоза
2. острая почечная недостаточность
3. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
4. преждевременные роды
5. гипотрофия и гипоксия плода

Наиболее вероятное развитие недостаточности кровообращения у беременной с заболеванием сердца следует ожидать:

1. накануне родов
2. в родах и в послеродовом периоде
3. в 1 триместре беременности
4. во 2 триместре беременности
5. после 30 недель беременности

Признаки начинающейся сердечной декомпенсации у беременной с заболеванием сердца проявляются:

1. выраженной одышкой
2. кашлем
3. влажными хрипами
4. тахикардией
5. всем перечисленным

Изменения сердечно-сосудистой системы во время беременности включают:

1. физиологическую гипертрофию левого желудочка
2. увеличение минутного объема сердца
3. увеличение ЧСС
4. горизонтальное положение сердца
5. все перечисленное

Основная задача при обследовании беременной с пороком сердца:

1. диагностика формы порока
2. выявление признаков нарушения кровообращения во время беременности
3. диагностика ревматизма и степени его активности
4. выявление сопутствующих осложнений
5. все вышеперечисленное

Сохранение беременности допустимо при:

1. недостаточности митрального клапана и отсутствии гемодинамических нарушений
2. стенозе митрального клапана
3. аортальных пороках
4. пороках сердца со начинающейся мерцательной аритмией
5. декомпенсированных пороках сердца, подлежащих кардиальной терапии

Лечение сердечной недостаточности при пороках сердца во время беременности включает:

1. постельный режим, ограничение потребления соли
2. кардиальные препараты и диуретики
3. противовоспалительную терапию
4. антигистаминные препараты и гипотензивные средства
5. все вышеперечисленное

Основной метод родоразрешения при декомпенсированных пороках сердца:

1. родоразрешение через естественные родовые пути
2. роды через естественные родовые пути укорочением периода изгнания перинео- или эпизиотомией
3. роды через естественные родовые пути с укорочением периода изгнания с помощью акушерских щипцов
4. кесарево сечение
5. вакуум-экстракция плода

Диагноз гипертонической болезни у беременной основывается на данных:

1. АД в ранние сроки беременности
2. АД в середине беременности, в последнем триместре и послеродовом периоде
3. электрокардиограммы
4. осмотра глазного дна, осмотра невропатологом
5. всего перечисленного

Для гипертонического криза во время беременности не характерно:

1. развитие криза в любом сроке беременности
2. развитие криза только во второй половине беременности
3. отсутствие отеков, протеинурии и цилиндрурии
4. появление парестезий, гиперемии лица, повышенного потоотделения
5. головная боль, тошнота, рвота

Наиболее вероятная причина повышения АД после 28 недель беременности:

1. гипертоническая болезнь
2. развитие преэклампсии
3. хронический гломерулонефрит
4. хронический пиелонефрит
5. мочекаменная болезнь

В послеродовом периоде у рожениц с тяжелыми пороками сердца отмечается:

1. обострение ревматического процесса
2. ухудшение функционального состояния миокарда
3. нарастание ХСН
4. развитие тромботических и тромбоэмболических осложнений
5. все выше перечисленное

Первая плановая госпитализация беременной с заболеваниями сердечно-сосудистой системы показана:

1. при сроке беременности до 12 недель

2. при ухудшении состояния
3. при присоединении акушерской патологии
4. при сроке беременности 28-32 недели
5. при появлении признаков недостаточности кровообращения

Наиболее частой формой патологии ССС у беременных является:

1. аортальные пороки
2. врожденные пороки «синего» типа
3. оперированное сердце
4. митральные пороки
5. трикуспидальные пороки

Основные изменения показателей гемодинамики в конце срока беременности включают:

1. увеличение объема циркулирующей крови
2. постоянно снижающееся периферическое сопротивление сосудов
3. увеличение минутного объема сердца и учащение пульса
4. увеличение почечного кровотока
5. все перечисленные изменения

Основная задача при обследовании беременной с пороком сердца:

1. диагностика формы порока
2. выявление признаков нарушения кровообращения во время беременности
3. диагностика ревматизма и степени его активности
4. выявление сопутствующих осложнений
5. все указанное в п. “1”–“4”

Причина сердечной недостаточности у беременных:

1. увеличение ОЦК и минутного объема сердца
2. развитие гестоза
3. обострение ревматизма
4. острая инфекция верхних дыхательных путей и обострение хронической инфекции
5. все указанное в п. “1”–“4”

К диагностическим критериям оценки активности ревматического процесса во время беременности относится все, кроме:

1. количество лейкоцитов, превышающее $11,0 \cdot 10^9/\text{л}$, и СОЭ более 35 мм/ч, резко выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево
2. недостаточность кровообращения при активном лечении
3. гипокоагуляция
4. повышение титра анти-О-стрептолизина и антигиалуронидазы
5. снижение количества ретикулоцитов

Осложнения у беременных с гипертонической болезнью:

1. преждевременные роды
2. развитие гестоза
3. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
4. кровоизлияние в мозг
5. все указанные осложнения

Третья плановая госпитализация беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы показана:

1. при присоединении акушерской патологии
2. в 37-38 недель
3. при появлении признаков недостаточности кровообращения

4. в 32-34 недели
5. при появлении признаков активности ревматического процесса

В каких случаях у женщин, страдающих ревматизмом беременность противопоказана?

1. При активном ревматическом процессе, особенно остром и подостром его течении
2. если прошло менее 6 месяцев после последней атаки ревматизма
3. при ревматизме в неактивной стадии
4. верно 1 и 2
5. верно все вышеперечисленное

Приобретенный стеноз митрального клапана характеризуется:

1. как наиболее неблагоприятный и часто встречающийся порок
2. ухудшает состояние беременных
3. обуславливает основной процент летальных исходов у женщин
4. осложняется сердечной астмой, отеком легких и легочной гипертензией
5. всем вышеперечисленным

Перечислите ситуации, при которых развивается острая сердечно-сосудистая недостаточность во время беременности?

1. у беременных с пороками сердца
2. у беременных с артериальной гипертензией
3. у беременных с неактивной фазой ревматизма
4. верно 1 и 2
5. верно все вышеперечисленное

К физиологическим изменениям при беременности, которые потенциально могут влиять на течение бронхиальной астмы, относятся:

1. изменение вентиляции легких
2. изменение параметров внешнего дыхания
3. изменение гормонального фона
4. иммунологические сдвиги
5. все вышеперечисленное

К сдвигам в функционировании дыхательной системы у беременных относятся следующие:

1. уменьшение вертикальных размеров грудной клетки
2. увеличение окружности грудной клетки
3. усиление диафрагмального дыхания
4. увеличение дыхательного объема
5. все вышеперечисленное

Прогрессирование бронхиальной астмы во время беременности обычно наступает:

1. в 3 триместре беременности
2. с первых недель беременности
3. после перенесенного ОРЗ, чаще на поздних сроках
4. после появления шевеления плода
5. при отказе от табакокурения

Критическим сроком для течения бронхиальной астмы во время беременности является:

1. первый триместр беременности
2. 26 – 36 недели
3. 38 – 40 недели
4. 2 – 4 недели
5. 7 – 10 неделя

Программа лечения бронхиальной астмы у беременных включает следующие составляющие, кроме:

1. базисная фармакотерапия
2. выявление и устранение факторов, вызывающих обострение заболевания
3. мониторинг функции легких
4. срочное родоразрешение
5. мониторинг развития плода

При наличии бронхиальной астмы у беременной, наиболее эффективно и безопасно использование:

1. адреналина
2. аэрозольных форм селективных β -2 адреномиметиков (сальбутамола, беротека)
3. препаратов йода, как отхаркивающих
4. системных стероидов
5. комбинированных препаратов с красавкой

Специфическая иммунотерапия аллергенами во время беременности:

1. не проводится
2. проводится только в 1 триместре беременности
3. проводится после 35 недели беременности
4. проводится при учащении приступов
5. проводится при неэффективности аэрозольных форм препаратов

С целью профилактики осложнений в родах у беременных с бронхиальной астмой необходимо придерживаться следующих установок:

1. продолжение базисной терапии, которую получали до родов
2. ранее получавшим системные стероиды, вводить гидрокортизон каждые 8 часов и первые 24 часа после родов
3. при необходимости кесарева сечения исключить применение морфина и тиопентала
4. в послеродовом периоде исключить применение эргометрина, который может спровоцировать бронхоспазм
5. все вышеперечисленное

При остром жировом гепатозе у беременной показано:

1. симптоматическое лечение
2. плановое кесарево сечение
3. экстренное кесарево сечение
4. родовозбуждение с амниотомией и ведение родов через естественные родовые пути
5. сохраняющая терапия и симптоматическое лечение

Предпосылками развитию холестатического гепатоза беременных являются:

1. снижение экскреторной функции печени
2. внутрипеченочный холестаз
3. высокая концентрация эстрогенов
4. накопление липидов в мембранах клеток
5. все вышеперечисленное

Начальными признаками холестатического гепатоза беременных являются следующие, кроме:

1. прогрессирующий упорный кожный зуд
2. слабая преходящая желтуха
3. незначительное повышение общего и прямого билирубина
4. повышение АД и учащение пульса
5. повышение в крови содержания холестерина

Острый жировой гепатоз беременных:

1. является самым тяжелым поражением печени у беременных
2. представляет значительные трудности в клинико-лабораторной дифференциальной диагностике
3. характеризуется жировым перерождением печени
4. может наблюдаться при терапии тетрациклинами в последнем триместре беременности
5. все вышеперечисленное

Острый жировой гепатоз беременных чаще развивается:

1. у первородящих в возрасте 30 - 32 года
2. на 28 - 32 неделе беременности
3. после перенесенной ОРВИ
4. верно 1 и 2
5. верно 1, 2 и 3

В клинике острого жирового гепатоза беременных различают следующие стадии:

1. две стадии – бессимптомную и развернутой клиники
2. две стадии – дожелтушную и желтушную
3. три стадии – бессимптомную, дожелтушную и желтушную
4. стадии не различают
5. четыре стадии - бессимптомную, дожелтушную, желтушную и стадию исходов

Наиболее характерным симптомом дожелтушной стадии острого жирового гепатоза беременных является:

1. уменьшение размеров печени
2. прогрессирующая изжога, сопровождающаяся болью по ходу пищевода, заканчивающаяся рвотой «кофейной гущей»
3. выраженная интоксикация
4. азотемия
5. клинические проявления ДВС – синдрома

После установления диагноза острого жирового гепатоза родоразрешение беременной должно быть проведено через:

1. 4 - 6 часов
2. 24 часа
3. 12 часов
4. 1 – 2 недели
5. после достижения жизнеспособности плода

Успешное лечение острого жирового гепатоза беременных возможно лишь:

1. в третьем триместре беременности
2. при своевременном установлении диагноза и прерывании беременности
3. отсутствии признаков ДВС – синдрома
4. при отсутствии асцита
5. до начала желтушной стадии

Желтушная стадия острого жирового гепатоза беременных характеризуется:

1. прогрессирующей интоксикацией
2. прогрессирующей желтухой
3. гипопроотеинемией и азотемией
4. уменьшением размеров печени
5. всем вышеперечисленным

Прогноз для матери и плода при остром жировом гепатозе беременных:

1. благоприятный – 100% выживаемость матери и плода
2. неблагоприятный – летальность 90%, мертвый плод
3. зависит от срока беременности
4. зависит от стадии
5. относительно благоприятный при отсутствии признаков ДВС – синдрома

Исходом острого жирового гепатоза беременных является:

1. печеночная кома
2. почечная недостаточность
3. гемолитическая анемия
4. верно 1 и 2
5. верно 1 и 3

Чем опасно запоздалое родоразрешение при остром жировом гепатозе беременных:

1. повышением риска кровотечения
2. более глубоким ДВС – синдромом
3. уменьшением шансов на благоприятный исход
4. углубление печеночно-почечной недостаточности
5. всем вышеперечисленным

Главная тактика при остром жировом гепатозе беременных:

1. срочное прерывание беременности
2. консервативная терапия
3. медикаментозная терапия
4. прямое переливание свежей донорской крови
5. компенсация печеночной недостаточности

У женщин с острым жировым гепатозом беременных отмечается:

1. высокий лейкоцитоз
2. снижение протромбина
3. декомпенсированный метаболический ацидоз
4. некорректируемая гипогликемия
5. все вышеперечисленное

Каким образом тиреотоксикоз влияет на течение беременности?

1. способствует невынашиванию
2. угрожающий выкидыш
3. преждевременные роды
4. способствует раннему гестозу
5. все вышеперечисленное

Каким образом тиреотоксикоз влияет на родовой процесс?

1. родовой процесс затягивается
2. роды протекают быстро (в среднем около 10 часов у первородящих)
3. схватки урежаются
4. развивается бурная родовая деятельность
5. слабые и редкие потуги

У беременных с тиреотоксикозом после 30 недель возможно:

1. развитие сердечной недостаточности
2. выраженная тахикардия
3. аритмия
4. повышаются гормоносвязывающие свойства крови

5. все вышеперечисленное

Как гипотиреоз влияет на беременность и роды?

1. усиливает родовую деятельность
2. вызывает выраженный ранний гестоз
3. развивается упорная слабость родовой деятельности
4. верно 1 и 3
5. верно 1 и 2

При гипотиреозе у беременных возможна:

1. эклампсия
2. внутриутробная смерть плода
3. глубокие аномалии развития у новорожденных
4. невынашивание беременности
5. все вышеперечисленное

Тиреоидные гормоны по время беременности имеют большое значение для:

1. предупреждения развития гестозов
2. развития плода, процессов роста и дифференцировки тканей
3. выработки гормонов плаценты
4. поддержания нормального уровня АД
5. формирования родовой доминанты

К серьезным осложнениям периода беременности при нарушении функции щитовидной железы относятся:

1. невынашивание беременности
2. гестозы
3. мертворождения
4. аномалии развития плода
5. все вышеперечисленное

Причинами увеличения размеров щитовидной железы во время физиологически протекающей беременности являются следующие:

1. возникающий во время беременности йодный дефицит в щитовидной железе
2. наследственная предрасположенность
3. стимулирующее влияние хорионического гонадотропина
4. верно 1 и 3
5. верно 1,2 и 3

К изменениям в щитовидной железе во время беременности относится все, кроме:

1. гиперплазия щитовидной железы
2. усиление йодонакопительной функции
3. усиление функциональной активности
4. усиление интенсивности кровообращения
5. все вышеперечисленное

К методам исследования щитовидной железы во время беременности относятся:

1. иммуноферментный метод
2. определение свободного тироксина и йодированных тиронинов
3. радиоиммунологический метод
4. УЗИ
5. все вышеперечисленное

Что не относится к особенностям течения токсического зоба при беременности?

1. появление сердечно-сосудистой недостаточности
2. повышение нервозности
3. выраженная прибавка массы тела
4. эмоциональная неустойчивость
5. повышенное потоотделение и тахикардия до 120 уд/мин

Улучшение состояния беременных, больных тиреотоксикозом обычно наступает:

1. во второй половине беременности при легкой форме заболевания
2. с 28 недели беременности при тяжелой форме заболевания
3. с первых дней беременности, не зависимо от степени тяжести заболевания
4. с 10 недели беременности
5. при отсутствии признаков офтальмопатии

Какова тактика ведения женщин с диффузным токсическим зобом врачом ГСВ?

1. полное устранение тиреотоксикоза до наступления беременности
2. при наступлении беременности в I триместре решить вопрос о возможности сохранения беременности
3. до наступления беременности добиться исчезновения из циркуляции тиреостимулирующих иммуноглобулинов
4. назначение мерказолила при выраженной форме заболевания и отказе женщины от прерывания беременности
5. все вышеперечисленное

В послеродовом периоде у родильниц с тиреотоксикозом наблюдается:

1. гипогалактия
2. обострение заболевания в первые сутки после родов
3. возможно развитие тиреоидита аутоиммунного характера
4. изменяется функциональное состояние щитовидной железы
5. все вышеперечисленное

Причинами редкого наступления беременности у женщин с врожденным гипотиреозом являются все, кроме:

1. выраженная гиперпролактинемия
2. нарушение контроля секреции люлиберина гипоталамусом
3. выраженная вирилизация
4. неблагоприятное влияние дефицита тиреоидных гормонов на репродуктивную функцию.
5. подавление созревания фолликулов

Осложнениями периода беременности у больных с гипотиреозом являются:

1. поздний гестоз
2. тиреоидная анемия
3. спонтанный выкидыш
4. внутриутробная гибель плода
5. все вышеперечисленное

Если беременность при первичном гипотиреозе наступает на фоне заместительной терапии тиреодином, то его дозу:

1. нельзя менять до конца беременности
2. необходимо увеличить
3. необходимо уменьшить
4. препарат необходимо отменить
5. необходимо увеличивать по мере нарастания срока беременности

Для беременных с гипотиреозом характерна:

1. слабость родовой деятельности
2. атония матки в 3 периоде родов
3. гипогалактия в послеродовом периоде
4. рождение детей с гипотрофией, тяжелой микседемой
5. все вышеперечисленное

Течение беременности при эндемическом зобе осложняется:

1. выкидышем или недонашиванием беременности
2. поздним гестозом
3. анемией
4. присоединением субклинического гипотиреоза
5. всем вышеперечисленным

Частое развитие анемии у беременных при эндемическом зобе объясняют:

1. угнетением эритропоэза
2. поражением костного мозга
3. усилением абсорбции железа в ЖКТ из-за усиления синтеза трансферазы тиреоидными гормонами
4. гипопроотеинемией
5. нарушением белкового и липидного обмена

Что является верным в отношении послеродового тиреоидита?

1. в крови появляются антитиреоидные антитела
2. сопровождается симптомами тиреотоксикоза
3. не требует лечения
4. наблюдается безболезненное уплотнение щитовидной железы
5. все вышеперечисленное

Как проявляется тиреотоксикоз у новорожденных, рожденных матерями с диффузным токсическим зобом?

1. возбуждением
2. тахикардией
3. нарушением дыхания с прогрессированием к 5 - 6 дню
4. появлением экзофтальма
5. всем вышеперечисленным

Послеродовый тромбоз тазовых вен

1. относится к третьему этапу септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса
2. проявляется длительным субфебрилитетом стойким учащением пульса, не соответствующим температуре
3. развивается после родов в тазовом предлежании
4. обычно начинается с появления острой боли в ноге
5. диагностируется с помощью клинического анализа крови

Назовите причины возникновения варикозного расширения вен нижних конечностей у беременных:

1. слабость мышечно-эластических волокон стенок вен
2. неполноценность клапанного аппарата вен
3. изменения в эндокринной системе, вызванные беременностью
4. присущее беременности увеличение внутрибрюшного давления
5. все вышеперечисленное

Жалобами беременных с варикозным расширением вен нижних конечностей являются следующие, кроме:

1. ощущение тяжести в ноге
2. боли в икроножных мышцах
3. отечность, усиливающаяся после длительной ходьбы
4. покраснение вокруг голеностопного сустава
5. усиление болей в ногах при работе в положении стоя

Возникновению варикозной болезни вен ног во время беременности способствуют:

1. слабость сосудистой стенки
2. нарушение структуры и функции соединительной ткани и гладкой мускулатуры сосудов
3. повреждение эндотелия и клапанного аппарата вен
4. нарушение микроциркуляции
5. все вышеперечисленное

К основным клиническим проявлениям варикозной болезни вен ног во время беременности относят:

1. тянущие и ноющие боли в ногах
2. быстрая утомляемость при ходьбе и чувство тяжести в ногах
3. судорожные подергивания мышц ног
4. отёки и трофические кожные расстройства
5. все вышеперечисленное

В анамнезе у беременных с варикозной болезнью нижних конечностей чаще всего имеют место:

1. профессия, связанная с длительным пребыванием на ногах
2. нарушение жирового обмена
3. сердечно-сосудистые заболевания и нарушения свертывающей системы крови
4. длительный приём оральных контрацептивов и глюкокортикостероидов
5. все вышеперечисленное

Особенностями ведения родов у беременных с варикозной болезнью нижних конечностей является:

1. обязательно использование эластической компрессии (бинтование ног, чулки)
2. целесообразно введение 5000 ЕД гепарина за 2 ч до рождения ребёнка независимо от способа родоразрешения
3. показано оперативное родоразрешение
4. верно 1,2 и 3
5. верно 1 и 2

Клиническая картина поверхностного тромбофлебита во время беременности характеризуется:

1. беременная предъявляет жалобы на умеренную болезненность при ходьбе
2. по ходу вены пальпируется болезненный плотный инфильтрат в виде шнура
3. над инфильтратом отмечается гиперемия кожи и уплотнение подкожной жировой клетчатки.
4. температура тела повышается до субфебрильных цифр, и учащается пульс.
5. всем вышеперечисленным

Лечение поверхностного тромбофлебита во время беременности заключается в:

1. назначении холода в течение первых 2–3 дней с мазевыми аппликациями, эластической компрессии ног и их возвышенного положения
2. перевязке большой подкожной вены бедра
3. операции на глубоких венах нижних конечностей
4. назначении лечебной гимнастики
5. назначении физиолечения и массажа

Причинами глубокого флеботромбоза во время беременности бывают:

1. стаз крови и повреждение эндотелия вен
2. повышение свёртывающей активности крови
3. сопутствующие инфекционные заболевания
4. верно 1 и 2
5. верно 1, 2 и 3

Основными факторами риска тромбоза при беременности считают:

1. возраст беременной (старше 35 лет)
2. коллагенозы наследственный дефицит антитромбина III
3. длительный приём оральных контрацептивов до наступления беременности
4. наличие более четырёх родов в анамнезе
5. все вышеперечисленное

Для клинической картины тромбоза глубоких вен нижних конечностей у беременных характерны следующие признаки:

1. стойкий отёк голени или всей нижней конечности
2. «глянцевый» вид кожи на поражённой конечности с чётко различаемым рисунком подкожных вен
3. распространение боли по внутренней поверхности стопы, голени или бедра
4. увеличение окружности поражённой конечности
5. все вышеперечисленное

Лечение острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей во время беременности заключается в:

1. в обязательном переводе в хирургический стационар с назначением строгого постельного режима и эластической компрессии ног
2. терапии гепарином в течение 10–14 дней и более
3. назначении беременной ацетилсалициловой кислоты и установки в нижнюю полую вену кава-фильтра
4. верно 1,2 и 3
5. верно 1 и 2

При возникновении тромбоэмболии легочной артерии в I триместре беременности целесообразно:

1. провести сохраняющую терапию
2. прервать беременность в связи с тяжёлым состоянием больной и необходимостью продолжительной антикоагулянтной терапии
3. начать гепаринотерапию
4. провести профилактику внутриутробной гипоксии плода
5. сохранить беременность и установить кава-фильтры в нижнюю полую вену

Варикозное расширение вен во время беременности:

1. постоянно прогрессирует, а риск его осложнений увеличивается со сроком беременности.
2. исчезает
3. не влияет на самочувствие беременной
4. вызывает угрозу прерывания беременности
5. вызывает гипотрофию внутриутробного плода

Как влияет нормальная беременность на состояние зрения здоровой женщины?

1. внутриглазное давление понижается с увеличением срока беременности
2. изменяется периферическое поле зрения на цвета

3. происходит концентрическое сужение поле зрения, степень которого увеличивается при большом сроке беременности
4. беременность может значительно ухудшить течение глазных болезней, связанных с поражением роговицы, хрусталика, сетчатки, сосудистого тракта и зрительного нерва
5. все вышеперечисленное

При миопии во время беременности происходит:

1. снижение кровенаполнения глаза,
2. снижается внутриглазное давление из-за снижения кровообращения в цилиарном теле
3. происходят существенные изменения гемодинамики глаза
4. спазм артериол
5. все вышеперечисленное

Беременных с миопией средней и высокой степени в сочетании с изменениями на глазном дне следует родоразрешать:

1. путем операции кесарева сечения, исходя из интересов матери
2. через естественные родовые пути
3. путем наложения акушерских щипцов
4. с обязательным исключением потуг
5. плодоразрушающей операции

Миопия средней и высокой степени является одним из показаний к кесареву сечению в связи с:

1. с возможным возникновением отслойки сетчатки
2. резким ухудшением зрительных функций
3. повышенной нагрузкой и значительными изменениями общей гемодинамики в процессе родового акта
4. с изменениями на глазном дне
5. всем вышеперечисленным

Показаниями к кесареву сечению у беременных с заболеваниями органов зрения являются:

1. осложненная быстропрогрессирующая близорукость (ежегодное ухудшение зрения на 1-2 диоптрии)
2. миопия высокой степени на единственном зрячем глазу
3. патологические изменения на глазном дне разрывы и предразрывы сетчатки
4. отек зрительного нерва и кровоизлияния на глазном дне
5. все вышеперечисленное

В целях профилактики возможных осложнений у беременных с миопией необходимы следующие мероприятия, кроме:

1. динамическое наблюдение окулиста,
2. проведение витаминотерапии, назначение препаратов кальция и ру-тина,
3. прерывание беременности не зависимо от срока
4. предупреждение и лечение позднего токсикоза
5. бережное родоразрешение— сокращение периода потуг. При высокой степени миопии, а также осложнениях - кесарево сечение

Показаниями к прерыванию беременности у женщин с миопией являются:

1. злокачественное течение миопии,
2. неблагоприятное влияние предыдущих беременностей на миопический процесс,
3. тяжелые миопические изменения обоих глаз
4. Миопия высокой степени на единственном зрячем глазу
5. Все вышеперечисленное

К изменениям органа зрения при гестозах беременных относятся:

1. ангиопатия, ретинопатия и нейроретинопатия
2. миопия и гиперметропия
3. астигматизм
4. верно 1 и 3
5. верно 1,2 и 3

К абсолютным показаниям к прерыванию беременности при миопии относятся:

1. отслойка сетчатки, обусловленная гестозом беременных
2. гипертоническая нейроретинопатия
3. тромбоз центральной вены сетчатки;
4. ретинопатия с многочисленными ватообразными очагами и кровоизлияниями
5. все вышеперечисленное

Частота предлежания и выпадения пуповины выше при:

1. преждевременных родах
2. многоводии
3. неправильном положении плода
4. при длинной пуповине
5. всем вышеперечисленном

К факторам риска выпадения пуповины относятся:

1. амниотомия при нефиксированной головке
2. многоплодная беременность
3. анатомически суженный таз и крупный плод
4. миома матки с низкой локализацией узла
5. Все вышеперечисленное

При подозрении на предлежание пуповины следует:

1. воздержаться от амниотомии
2. для снижения риска сдавления пуповины роженицу просят лежать с максимально приподнятым тазом
3. после постановки диагноза выпадения пуповины до проведения кесарева сечения применяют наполнение мочевого пузыря жидкостью (около 500 мл).
4. срочно произвести кесарево сечение
5. все вышеперечисленное

Выпадение петли пуповины наблюдается:

6. непосредственно после излития околоплодных вод, чаще при неправильном положении плода
7. чаще до начала родовой деятельности
8. чаще у первородящих
9. чаще при головном предлежании
10. чаще при доношенной беременности

Сдавление пуповины быстро приводит к:

1. развитию внутриутробной гипоксии плода
2. усилению родовой деятельности
3. повышению АД роженицы
4. слабости потуг
5. преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты

Причиной выпадения пуповины является:

- 1 перенашивание беременности

2. патологический прелиминарный период
3. не заполнение полностью предлежащей частью плода нижнего сегмента и не примыкание её к внутреннему зеву шейки матки
4. отягощенный акушерский анамнез
5. внутриутробная гибель плода

К основным видам патологии пуповины относятся:

1. изменение длины и толщины пуповины
2. узлы и аномалии сосудов пуповины
3. нарушение прикрепления пуповины к плаценте
4. опухоли пуповины и её обвитие вокруг шеи, туловища, конечностей плода
5. все вышеперечисленное

К признакам патологии пуповины относится все, кроме:

1. повышенная или сниженная двигательная активность плода
2. нарушение сердечной деятельности плода
3. задержка развития плода
4. выраженная угроза прерывания беременности
5. появление мекония в околоплодных водах

Крупным плодом принято называть плод, масса которого составляет:

1. 4000—5000 г
2. 3500 – 4000 г
3. 3000-3800г
4. 2500-3500 г
5. свыше 3750 г

Гигантским плодом принято называть плод, масса которого:

1. 4000—5000 г.
2. свыше 5000 г
3. 3500 – 4000 г
4. свыше 4500 г
5. свыше 4000г.

Причинами, вызывающими развитие крупного плода являются:

1. процесс акселерации, который проявляется уже во внутриутробном периоде
2. климатогеографические условия и наследственные факторы
3. характер питания беременных
4. нарушения углеводного обмена у беременных
5. все вышеперечисленные

К осложнениям в родах у беременных крупным плодом относятся:

1. несвоевременное излитие околоплодных вод и слабость родовой деятельности
2. акушерский травматизм у матерей и плода, большая кровопотеря в родах
3. стремительные роды
4. верно 1 и 2
5. верно 1, 2 и 3

В настоящее время самым информативным методом диагностики крупного плода считают:

1. наружное акушерское исследование
2. измерение окружности живота и измерение высоты дна матки
3. ультразвуковое сканирование
4. рентген исследование
5. определение размеров головки тазомером

У крупных новорожденных встречаются:

1. внутричерепная родовая травма
2. переломы ключиц и повреждения плечевого сплетения
3. кефалогематома
4. нарушения мозгового кровообращения
5. все вышеперечисленное

К микросимптомам поражения ЦНС у крупных новорожденных относятся:

1. мышечная гипотония
2. гипорефлексия,
3. угнетение безусловных рефлексов, в том числе сосательного
4. возбуждение
5. все вышеперечисленное

К существенным особенностям крупных новорожденных относится:

1. выраженный отечный синдром
2. потере массы, превышающей 6—7% от первоначальной
3. транзиторная лихорадка в связи с нарушением водно-минерального обмена
4. восстановление первоначальной массы к 7 — 10-му дню жизни лишь у 20% крупных новорожденных
5. все вышеперечисленное

Перечислите факторы риска рождения крупного плода:

1. избыточное питание во время беременности
2. эндокринные заболевания
3. наследственность
4. перенашивание и особенности плаценты
5. все вышеперечисленные

Чем чревато рождение крупного плода, кроме?

1. слабость родовой деятельности и несвоевременное излитие околоплодных вод
2. гипоксия плода,
3. длительный второй период родов и ситуация клинически узкого таза,
4. стремительные роды
5. увеличение риска родовых травм у рожениц

В группу риска возможного рождения крупного плода беременных включают по следующим параметрам:

1. многорожавшие женщины старше 30 лет
2. женщины, имевшие до родов массу тела более 70 кг и рост более 170 см
3. беременные с прибавкой в массе тела более 15 кг или с предшествующим рождением крупного плода.
4. больные сахарным диабетом и беременные с перенашиванием
5. по всем вышеперечисленным

К основным принципам тактики ведения беременности при крупном плоде относится все, кроме:

1. полное обследование для дифференциальной диагностики с многоводием и многоплодием
2. Определение предполагаемой массы тела плода по формулам и результатам УЗИ
3. Глюкозо-толерантный тест для исключения СД, консультация эндокринолога
4. Срочное родоразрешение
5. соблюдение беременной рациональной диеты и лечебная гимнастика.

К основным принципам тактики ведения родов при крупном плоде относятся:

1. мониторинг состояния плода, сократительной деятельности матки и ведение партограммы;
2. повторная пельвиметрия и уточнение размеров плода
3. своевременное введение обезболивающих средств и спазмолитиков
4. внутривенное введение утеротонических средств для профилактики слабости потуг
5. своевременная диагностика функционально узкого таза и профилактика кровотечения в третьем и раннем послеродовом периоде

Показаниями к плановой операции кесарева сечения при крупном плоде являются следующие:

1. крупный плод у женщины моложе 18 и старше 30 лет, крупный плод и тазовое предлежание
2. крупный плод и переносная беременность
3. крупный плод и любая форма и степень сужения анатомически узкого таза
4. крупный плод и отягощенный акушерский анамнез (мертворождение, невынашивание, бесплодие с использованием вспомогательных репродуктивных технологий).
5. все вышеперечисленное

Дистоция плечиков это:

1. задержка переднего плечика позади лонного сочленения после рождения головки плода
2. клиническое несоответствие плечевого пояса таза матери
3. невозможность рождения плечиков после рождения головки плода в течение 60 с без применения специальных пособий
4. затрудненное рождение (выведение) плечиков
5. все вышеперечисленное

При дистоция плечиков возможны:

1. разрывы влагалища, промежности и шейки матки
2. послеродовые кровотечения
3. гипогалактия, агалактия
4. верно 1 и 2
5. верно 1,2 и 3

При дистоция плечиков возможны:

1. травматизм новорожденного - травма плечевого сплетения, перелом плечевой кости и ключицы
2. пневмония у новорожденного
3. паралич Эрба и Клюбке, черепно-мозговая травма в 70% при задержке рождения плечиков более 7 минут
4. верно 1 и 3
5. верно 1, 2 и 3

Что относится к предгравидарным факторам риска дистоции плечиков:

1. масса тела матери при её рождении
2. дистоция плечиков в анамнезе
3. крупный плод и многочисленные роды в анамнезе
4. узкий таз, ожирение у беременной
5. все вышеперечисленное

Что относится к антенатальным факторам риска дистоции плечиков?

1. чрезмерная прибавка массы тела матери за время беременности (более 20 кг)
2. крупный плод и перенашивание более 42 нед
3. гестационный сахарный диабет
4. низкий рост беременной и анатомически суженный таз

5. все вышеперечисленное

Что относится к интранатальным факторам риска дистоции плечиков?

1. вторичная слабость родовой деятельности, слабость потуг и затяжной II период родов
2. полостные акушерские щипцы
3. выраженное конфигурирование головки с образованием родовой опухоли
4. ятрогенный фактор (раннее «растуживание»)
5. все вышеперечисленное

Какова тактика при родах, осложненных дистоцией плечиков?

1. выжидательная
2. не тянуть (не производить чрезмерных тракций за головку)
3. не толкать (не стараться выдавливать плод)
4. не сгибать (не совершать чрезмерных латеральных сгибаний головки)
5. все 2, 3 и 4

Какие степени дистоции плечиков в настоящее время различают?

1. легкая
2. умеренная
3. выраженная
4. невозможность рождения плечевого пояса
5. все вышеперечисленное

Перечислите мероприятия, проводимые при дистоции плечиков:

1. рассмотреть необходимость эпизиотомии)
2. максимальное сгибание ног роженицы в тазобедренных суставах
3. помощник рукой давит над лобком дорсально или косо дорсально
4. «умывающим» движением в направлении от спинки к груди извлечь заднюю ручку плода
5. все вышеперечисленные

Назовите причины высокого прямого стояния головки:

1. нарушение соотношения размеров головки и таза (узкий таз, широкий таз)
2. недоношенность плода (малые размеры головки)
3. изменения формы таза (круглая форма входа при поперечном его сужении)
4. изменение формы головки плода (широкий плоский череп)
5. все вышеперечисленное

Назовите факторы, способствующие возникновению низкого поперечного стояния стреловидного шва:

1. сужение таза (плоский таз, общесуженный плоский таз с умеренным сужением поперечника выхода)
2. обширность таза (широкий таз)
3. переднеголовное предлежание;
4. малые размеры головки плода (недоношенность, беременность двойней)
5. Все вышеперечисленное

Перечислите факторы, способствующие возникновению низкого поперечного стояния стреловидного шва, кроме:

1. недостаточная упругость тканей матери (тазового дна)
2. недостаточная упругость тканей и плода (связок позвоночника)
3. узкий таз (плоский таз, общесуженный плоский таз)
4. поперечносуженный таз
5. несостоятельность мышц тазового дна

При каких условиях возможны самостоятельные роды при высоком прямом стоянии стреловидного шва?

1. возможны самопроизвольные роды без совершения головкой внутреннего поворота
2. если поперечный размер таза сужен, прямые размеры нормальные или увеличены,
3. если головка обращена затылком кпереди (передний вид)
4. хорошая родовая деятельность
5. все вышеперечисленное

Какова тактика ведения родов при высоком прямом стоянии стреловидного шва в заднем виде и живом плоде?

1. провести роды через естественные родовые пути
2. самостоятельные роды с обязательной родостимуляцией
3. операция кесарева сечения, самостоятельные роды не возможны
4. плодоразрушающая операция, краниотомия
5. извлечение плода полостными щипцами

Какова тактика ведения родов при низком поперечном стоянии стреловидного шва?

1. вести роды следует выжидательно
2. при хорошей родовой деятельности и нормальных размерах таза возможны самопроизвольные роды
3. при длительном стоянии головки в плоскости выхода (до 1 ч) и показаниях со стороны плода (гипоксия) роды необходимо закончить путём наложения акушерских щипцов
4. при мёртвом плоде – краниотомия
5. все вышеперечисленное верно

Фетоплацентарная недостаточность-это синдром, обусловленный морфофункциональными изменениями в:

1. плаценте
2. миометрии
3. пуповине
4. эндометрии
5. шейке матки

Фетоплацентарная недостаточность-это сложная реакция:

1. плода и плаценты на различные патологические состояния материнского организма
2. плода на различные патологические состояния материнского организма
3. плаценты на различные патологические состояния материнского организма
4. матки на различные патологические состояния материнского организма
5. пуповины на различные патологические состояния материнского организма

Для фетоплацентарной недостаточности характерно (исключить неверное):

1. размеры матки не соответствуют сроку гестации (меньше)
2. внутриутробная гипотрофия плода
3. нарушение функциональной активности плода
4. повышение перинатальной заболеваемости и смертности
5. размеры матки больше соответствующего срока гестации

Первичная плацентарная недостаточность возникает (исключить неверное):

1. при формировании плаценты в период плацентации
2. до 16 нед беременности
3. после 22 нед беременности
4. под влиянием генетических факторов
5. у курящих матерей

Вторичная плацентарная недостаточность возникает (исключить неверное):

1. после 16 нед беременности
2. на фоне сформировавшейся плаценты
3. до 16 нед беременности
4. под влиянием факторов, исходящих от матери
5. при наличии у матери экстрагенитальной патологии

Острая плацентарная недостаточность-это быстро нарастающее нарушение децидуальной перфузии, характерное для:

1. преждевременной отслойки плаценты
2. задержки в/у развития плода
3. перенесенной беременности
4. преждевременных родов
5. желтухи плода

Для хронической плацентарной недостаточности характерно (исключить неверное):

1. длительное течение
2. наличие компенсаторных реакций в плаценте
3. задержка развития в/у плода
4. нарушение трофической функции плаценты
5. многоводие

Для хронической плацентарной недостаточности характерно (исключить неверное):

1. длительное течение
2. наличие компенсаторных реакций в плаценте
3. в/у гипоксия плода
4. нарушение трофической функции плаценты
5. многоводие

Снижение плацентарного кровотока происходит вследствие(исключить неверное):

1. уменьшения притока крови к плаценте
2. затруднения венозного оттока крови из плаценты
3. нарушения капиллярного кровотока в ворсинах хориона
4. изменения реологических и коагуляционных свойств крови
5. преждевременных родов

Основным клиническим проявлением хронической фетоплацентарной недостаточности является

1. задержка в/у развития плода
2. изоиммунизация
3. отеки беременных
4. анемия беременных
5. варикозное расширение вен нижних конечностей

Проявления плацентарной недостаточности зависят от (исключить неверное):

1. нарушений в самой плаценте
2. соматической патологии матери
3. акушерской патологии матери
4. состояния в/у плода
5. группы крови матери

Реакция системы мать-плацента-плод зависит от каждого из инициаторов патологического состояния, т.е. от (исключить неверное):

1. нарушений в самой плаценте
2. соматической патологии матери
3. акушерской патологии матери
4. состояния в/у плода
5. группы крови мужа

Клиническим проявлением нарушения трофической функции плаценты является:

1. задержка в/утробного развития плода
2. гипоксия в/у плода
3. изоиммунизация
4. в/у инфекция плода
5. затяжные роды

Клиническим проявлением нарушения функции газообмена плаценты является:

1. задержка в/утробного развития плода
2. гипоксия в/у плода
3. изоиммунизация
4. в/у инфекция плода
5. затяжные роды

Для симметричной формы задержки в/утробного развития плода характерно:

1. пропорциональное отставание массы тела и длины плода
2. отставание массы тела при нормальной длине плода
3. неравномерное развитие отдельных органов и систем плода
4. отставание в развитии живота и грудной клетки
5. нормальные размеры головки

Для асимметричной формы задержки в/утробного развития плода характерно (исключить неверное):

1. пропорциональное отставание массы тела и длины плода
2. отставание массы тела при нормальной длине плода
3. неравномерное развитие отдельных органов и систем плода
4. отставание в развитии живота и грудной клетки
5. непропорциональное развитие

Для симметричной формы задержки в/утробного развития плода характерно (исключить неверное):

1. развитие с ранних сроков беременности
2. все органы плода равномерно уменьшены
3. неправильное питание матери
4. генетическая предрасположенность
5. непропорциональное развитие

Достоверным методом диагностики ЗВУР является:

1. несоответствие (на 2 нед и более) величины БПР головки плода гестационному сроку по данным УЗИ
2. нестрессовая КТГ
3. измерение окружности живота
4. исследование амниотической жидкости
5. стрессовая КТГ

Патогенетическая терапия ЗВУР основана на (исключить неверное):

1. достоверной диагностике
2. лечении основной патологии беременности, если это возможно

3. лечение сопутствующих экстрагенитальных заболеваний
4. предпочтительны роды через естественные родовые пути
5. только оперативное родоразрешение

Основным методом антенатальной диагностики ЗВУР является:

1. оценка гравидограммы
2. нестрессовая КТГ
3. измерение окружности живота
4. исследование амниотической жидкости
5. стрессовая КТГ

Достоверными мерами профилактики ЗВУР является(исключить неверное):

1. заполнение гравидограммы
2. отказ от курения
3. отказ от приема наркотиков
4. УЗИ в сроке беременности 18-24 нед
5. проведение стрессовой и нестрессовой КТГ

Инфекция хирургической акушерской раны-это (исключить неверное):

1. осложнение после операции кесарева сечения
2. воспаление швов на матке
3. инфицирование брюшины
4. инфицирование передней брюшной стенки
5. инфицирование швов на промежности

Ранний акушерский перитонит-это:

1. поражение брюшины инфицированным содержимым полости матки при операции кесарева сечения на фоне хориоамнионита
2. проникновение микрофлоры кишечника в брюшную полость вследствие порозности кишечной стенки на фоне послеоперационного пареза
3. несостоятельность швов на матке
4. системный воспалительный ответ на инвазию микроорганизма
5. синдром системного воспалительного ответа

Перитонит на фоне длительного пареза кишечника-это:

1. поражение брюшины инфицированным содержимым полости матки при операции кесарева сечения на фоне хориоамнионита
2. проникновение микрофлоры кишечника в брюшную полость вследствие порозности кишечной стенки на фоне послеоперационного пареза
3. несостоятельность швов на матке
4. системный воспалительный ответ на инвазию микроорганизма
5. синдром системного воспалительного ответа

Поздний перитонит-это:

1. поражение брюшины инфицированным содержимым полости матки при операции кесарева сечения на фоне хориоамнионита
2. проникновение микрофлоры кишечника в брюшную полость вследствие порозности кишечной стенки на фоне послеоперационного пареза
3. несостоятельность швов на матке
4. системный воспалительный ответ на инвазию микроорганизма
5. синдром системного воспалительного ответа

Факторы риска возникновения акушерского перитонита (исключить неверное):

1. воспалительные заболевания женских половых органов

2. пролонгированные роды
3. длительный безводный период
4. хронические экстрагенитальные очаги инфекции
5. зеленые о/п воды

Факторы риска возникновения акушерского перитонита (исключить неверное):

1. гипертензивные нарушения беременности
2. иммунодефицит
3. длительный безводный период
4. патологическая кровопотеря в родах
5. зеленые о/п воды

Клинические критерии диагностики акушерского перитонита (исключить неверное):

1. микробиологическое событие
2. местная воспалительная реакция
3. признаки дисфункции желудочно-кишечного тракта
4. температура тела больше 38,0 С или меньше 36,0 С
5. задержка в/у развития плода

Клинические критерии диагностики акушерского перитонита (исключить неверное):

1. микробиологическое событие
2. местная воспалительная реакция
3. признаки дисфункции желудочно-кишечного тракта
4. синдром системного воспалительного ответа
5. задержка в/у развития плода

Синдром системного воспалительного ответа характеризуется 2 или более нижеперечисленными признаками (исключить лишнее):

1. температура тела больше 38,0 С или меньше 36,0 С
2. задержка в/у развития плода
3. ЧСС более 90/ мин
4. ЧД более 20/мин
5. лейкоциты крови более 12×10^9 /мл, менее 4×10^9 /мл или незрелых форм более 10%

Необходимые лабораторно-инструментальные методы исследования при акушерском перитоните(исключить лишнее):

1. общий анализ крови
2. время свертывания крови по Ли-Уайту
3. гемостазиограмма (по возможности)
4. креатинин сыворотки крови
5. Hbs-a/г

Необходимые лабораторно-инструментальные методы исследования при акушерском перитоните (исключить лишнее):

1. бактериологический посев крови на высоте лихорадки
2. электролиты
3. билирубин, АЛТ, АСТ
4. белок и белковые фракции
5. Hbs-a/г

Клинические признаки позднего перитонита после кесарева сечения (исключить неверное):

1. развивается на 4-9 сутки после операции
2. умеренный лейкоцитоз
3. симптомы раздражения брюшины неярко выражены

4. парез кишечника нарастает постепенно
5. развивается на 1-2 сутки после операции

Клинические признаки раннего перитонита после кесарева сечения (исключить неверное):

1. развивается на 4-9 сутки после операции
2. выраженный лейкоцитоз
3. симптомы интоксикации выражены
4. парез кишечника выражен
5. развивается на 1-2 сутки после операции

Клинические признаки перитонита после кесарева сечения на фоне длительного пареза кишечника (исключить неверное):

1. развивается на 3-4 сутки после операции
2. выраженная токсическая зернистость нейтрофилов
3. симптомы раздражения брюшины не выражены
4. парез кишечника не выражен
5. выраженные симптомы интоксикации

Строгая последовательность лечебных мероприятий при акушерском перитоните должна быть следующей:

1. инфузионная, а/бактериальная, специфическая терапия
2. а/бактериальная терапия, инфузионная терапия, специфическая терапия
3. специфическая, инфузионная, а/бактериальная терапия
4. инфузионная, специфическая, а/бактериальная
5. а/бактериальная, специфическая, инфузионная

Инфузионная терапия акушерского перитонита состоит из:

1. в/в введение раствора натрия хлорида 0,9% 500-3000 мл под контролем А/Д, ЦВД, почасового диуреза
2. в/в введение плазмы
3. в/в введение эр-массы
4. в/в введение полиглюкина
5. в/в введение реополиглюкина

Специфическая терапия акушерского перитонита-это:

1. гепарин по схеме
2. в/в введение плазмы
3. в/в введение эр-массы
4. в/в введение полиглюкина
5. в/в введение реополиглюкина

Послеродовой/послеоперационный эндомиометрит-это

1. воспаление эндометрия, возникшее в течение 42 дней после родов/операции кесарево сечение
2. воспаление эндометрия, возникшее в течение 42 дней после родов/операции кесарево сечение
3. воспаление швов на матке
4. воспаление брюшины
5. инфицирование передней брюшной стенки

Клинические критерии п/родового эндомиометрита(исключить неверное):

1. анамнез
2. местная воспалительная реакция
3. вздутие кишечника

4. ЧСС более 90/мин
5. 60 дней послеродового периода

Клинические критерии п/родового эндомиометрита(исключить неверное):

1. субинволюция матки
2. болезненность при пальпации вдоль ребер матки
3. ЧД более –20/мин
4. ЧСС более 90/мин
5. 60 дней послеродового периода

Инфузионная терапия п/родового перитонита:

1. в/в введение раствора натрия хлорида 0,9% 500-1000 мл
2. в/в введение плазмы
3. в/в введение эр-массы
4. в/в введение полиглюкина
5. в/в введение реополиглюкина

Санация первичного очага при п/родовом эндомиометрите:

1. вакуум-аспирация только при подтвержденном диагнозе наличия остатков плацентарной ткани
2. промывание полости матки раствором фурациллина
3. внутриматочный а/б диализ
4. внутриматочное введение а/б
5. кюретаж полости матки

Объем оперативного лечения послеродового/послеоперационного эндомиометрита

1. тотальная экстирпация матки с трубами и широким дренированием брюшной полости
2. ампутация матки с трубами и широким дренированием брюшной полости
3. тотальная экстирпация матки с трубами
4. ампутация матки с трубами
5. тотальная экстирпация матки без придатков и широким дренированием брюшной полости

Критерии излеченности послеродового/послеоперационного эндомиометрита (исключить неверное):

1. отсутствие признаков интоксикации
2. инволюция матки
3. нормальный характер лохий
4. нормализация показателей крови
5. периодический подъем температуры тела до субфебрильных цифр

Показание к оперативному лечению послеродового/послеоперационного эндомиометрита:

1. отсутствие положительного эффекта от проводимой а/б терапии в течении 6-7 суток и нарастание симптоматики
2. отсутствие положительного эффекта от проводимой эмпирической а/б терапии в течении 48-72 часа
3. отсутствие положительного эффекта от проводимой эмпирической а/б терапии в течении 48-72 часа и нарастание симптоматики
4. отсутствие положительного эффекта от проводимой эмпирической а/б терапии в течении 24 часов
5. отсутствие положительного эффекта от проводимой эмпирической а/б терапии в течении 24 часов и нарастание симптоматики

Симптоматическая терапия гипертермии в лечении послеродового/послеоперационного эндомиометрита проводится при температуре тела:

1. выше 38,50 С
2. выше 37,50 С
3. выше 37,00 С
4. выше 38,00 С
5. выше 37,80 С

Хориоамнионит-это

1. эндометрит во время родов
2. эндометрит после родов
3. эндометрит после аборта
4. эндометрит ч/з 12 дней после родов
5. эндометрит ч/з 42 дней после родов

Критерии хориоамнионита (исключить неверное):

1. повышение температуры тела выше 37,80 С
2. ЧСС у матери 100/мин и более
3. ЧСС плода более 160/мин
4. выделения из влагалища мутные с запахом
5. безводный промежуток 24 часа

Критерии хориоамнионита (исключить неверное):

1. повышение температуры тела выше 37,80 С
2. ЧСС у матери 100/мин и более
3. ЧСС плода более 160/мин
4. лейкоциты крови более 15×10^9 /мл
5. безводный промежуток 12 часов

Лечение хориоамнионита при удовлетворительном состоянии в/у плода (исключить неверное):

1. а/б терапия в родах
2. индукция родов
3. пролонгирование беременности
4. ведение родов через естественные родовые пути
5. а/б терапия в п/родовом периоде

Лечение хориоамнионита при наличии дистресса плода (исключить неверное):

1. а/б терапия в родах
2. кесарево сечение
3. объем оперативного вмешательства ограничен только кесаревым сечением
4. хориоамнионит является противопоказанием для кесарева сечения
5. а/б терапия в п/операционном периоде

Критерии синдрома полиорганной недостаточности (органная дисфункция) (исключить неверное):

1. нарушение сознания: по шкале Глазго <14 баллов
2. гипоксемия: $PaO_2 < 75$ мм рт ст
3. метаболический или лактат ацидоз
4. диурез <30 мл/час
5. сознание не нарушено

Критерии синдрома полиорганной недостаточности (органная дисфункция) (исключить неверное):

1. нарушение сознания: по шкале Глазго <14 баллов
2. снижение числа тромбоцитов на 25% и более

3. увеличение протромбинового времени на 20%
4. диурез < 30 мл/час
5. сознание не нарушено

Клинические критерии тяжелого сепсиса (исключить неверное):

1. нет полиорганной недостаточности нет
2. микробиологическое событие
3. два или более признаков синдрома системного воспалительного ответа
4. клиническое подтверждение инфекции
5. полиорганная недостаточность

Клинические критерии септического шока (исключить неверное):

1. нарушение сознания
2. снижение А/Д менее 90 мм рт ст
3. респираторный дистресс-синдром взрослых
4. поражение почек-необходимость проведения гемодиализа
5. сознание не нарушено

Клинические критерии септического шока (исключить неверное):

1. снижение А/Д менее 90 мм рт ст
2. частота дыхания < 5 или > 40/мин
3. поражение печени: желтуха
4. поражение почек-необходимость проведения гемодиализа
5. сознание не нарушено

Клиника фазы теплой нормотонии септического шока (исключить неверное):

1. термическая реакция с ознобом
2. гиперемия и гипертермия кожных покровов
3. тахикардия
4. стабильное А/Д
5. кожа холодная на ощупь, мраморная

Клиника фазы теплой нормотонии септического шока (исключить неверное):

1. термическая реакция с ознобом
2. гиперемия и гипертермия кожных покровов
3. тахикардия
4. снижение А/Д
5. тахипноэ

Клиника фазы холодной гипотонии септического шока (исключить неверное):

1. сосудистый спазм
2. гиперемия и гипертермия кожных покровов
3. тахикардия
4. снижение А/Д, не устраняющееся инфузионной терапией
5. тахипноэ

Алгоритм инфузионной терапии при септическом шоке на первичном уровне (исключить неверное):

1. в/в введение раствора натрия хлорида 0,9% 1000-2000 мл со скоростью 1000 мл/20 мин
2. после введения нагрузочной дозы раствора натрия хлорида 0,9%, инфузия продолжается со скоростью 500 мл/30 мин
3. инфузионная терапия продолжается, пока А/Д остается ниже 90 мм рт ст
4. вводимые растворы должны быть подогреты до 35-36°C
5. после стабилизации А/Д не переводить на третичный уровень

Лечение септического шока на первичном уровне (исключить неверное):

1. увлажненный кислород
2. катетеризация двух локтевых вен
3. инфузионная терапия
4. А/Б терапия
5. трансфузия эритроцитарной массы

Патологический лактостаз-это:

1. равномерное нагрубание и болезненность молочных желез на фоне подъема температуры тела до 38,50 С
2. локальная болезненность участка молочной железы
3. локальное покраснение и уплотнение участка молочной железы
4. лихорадочное состояние сопровождается ознобом
5. изолированный округлый инфильтрат

Флегманозный мастит-это:

1. равномерное нагрубание и болезненность молочных желез на фоне подъема температуры тела до 38,50 С
2. локальная болезненность участка молочной железы
3. локальное покраснение и уплотнение участка молочной железы
4. обширное диффузное гнойное поражение молочной железы
5. изолированный округлый инфильтрат

Инфильтративная форма мастита-это:

1. равномерное нагрубание и болезненность молочных желез на фоне подъема температуры тела до 38,50 С
2. локальная болезненность участка молочной железы
3. локальное покраснение и уплотнение участка молочной железы
4. обширное диффузное гнойное поражение молочной железы
5. изолированный округлый инфильтрат

Диффузная форма инфильтративно-гнойного мастита-это

1. равномерное нагрубание и болезненность молочных желез на фоне подъема температуры тела до 38,50 С
2. гнойное пропитывание тканей без явного абсцедирования
3. локальное покраснение и уплотнение участка молочной железы
4. обширное диффузное гнойное поражение молочной железы
5. изолированный округлый инфильтрат

Алгоритм лечения мастита(исключить неверное):

1. бактериологическое исследование молока
2. а/б терапия
3. антигистаминные препараты
4. подавление лактации
5. продолжить грудное вскармливание

Профилактика п/родового мастита-это

1. поддержка исключительно грудного вскармливания
2. обработка молочных желез перед кормлением
3. мытье молочных желез перед кормлением
4. обработка сосков после каждого кормления мазями
5. почасовое грудное кормление

Профилактика п/родового мастита-это

1. правильная техника прикладывания к груди
2. обработка молочных желез перед кормлением
3. мытье молочных желез перед кормлением
4. обработка сосков после каждого кормления мазями
5. почасовое грудное кормление

Нормальная длина пуповины у зрелого плода составляет около:

1. 50 см
2. 60 см
3. 70 см
4. 40 см
5. 30 см

Длинной пуповиной считается пуповина длиной более:

1. 50 см
2. 60 см
3. 70 см
4. 40 см
5. 30 см

Абсолютно короткой называется пуповина длиной менее:

1. 50 см
2. 60 см
3. 70 см
4. 40 см
5. 30 см

Относительно короткой называется пуповина:

1. обычной длины, укоротившейся вследствие обвития
2. длиной 40 см
3. отечная
4. длиной 20 см
5. с ложным узлом

К аномалиям пуповины относится (исключить лишнее):

1. истинный узел
2. ложный узел
3. короткая пуповина
4. длинная пуповина
5. добавочная долька в плаценте

Критерии выпадения пуповины (исключить лишнее):

1. петли пуповины - за пределами наружного зева
2. петли пуповины ниже предлежащей части
3. петли пуповины во влагалище
4. плодный пузырь цел
5. петли пуповины вне половой щели

Критерии выпадения пуповины (исключить лишнее):

1. петли пуповины - за пределами наружного зева
2. петли пуповины ниже предлежащей части
3. петли пуповины во влагалище
4. о/п воды излились

5. петли пуповины выше предлежащей части

Критерии предлежания пуповины (исключить лишнее):

1. с/б плода удовлетворительное
2. петли пуповины ниже предлежащей части
3. шейка матки сглажена
4. о/п воды целы
5. петли пуповины выше предлежащей части

Критерии предлежания пуповины (исключить лишнее):

1. с/б плода удовлетворительное
2. петли пуповины ниже предлежащей части
3. шейка матки сглажена
4. о/п воды целы
5. петли пуповины вне половой щели

Варианты прикрепления пуповины к плаценте (исключить лишнее):

1. центральное
2. боковое
3. краевое
4. оболочечное
5. истинное

Варианты прикрепления пуповины к плаценте (исключить лишнее):

1. центральное
2. боковое
3. краевое
4. оболочечное
5. неполное

К аномалиям развития сосудов пуповины относятся (исключить лишнее):

1. наличие третьей артерии
2. два отдельных сосудистых пучка
3. аневризма
4. атипичные анастомозы
5. выпадение петель пуповины

К аномалиям развития сосудов пуповины относятся (исключить лишнее):

1. наличие третьей артерии
2. два отдельных сосудистых пучка
3. истинный узел
4. ложный узел
5. предлежание петель пуповины

Показание для операции кесарева сечения при аномалиях пуповины:

1. обвитие пуповины вокруг туловища
2. обвитие пуповины вокруг шеи
3. выпадение петель пуповины при неподготовленных родовых путях
4. относительно короткая пуповина
5. при наличии ложного узла

Показание для операции кесарева сечения при аномалиях пуповины:

1. обвитие пуповины вокруг туловища
2. обвитие пуповины вокруг шеи

3. предлежание петель пуповины и неудовлетворительное состояние в/у плода
4. относительно короткая пуповина
5. при двухкратном обвитии пуповины вокруг шеи

Количество о/п вод в норме при доношенном сроке гестации:

1. 0,5 – 1,5 л
2. более 1,5 л
3. более –2 л
4. не более 2 л
5. не более 2,5 л

Многоводие – количества о/п вод при доношенном сроке гестации:

1. 0,5 – 1,5 л
2. более 1,5 л
3. более 1 л
4. не более 2 л
5. не более 2,5 л

Многоводие развивается вследствие:

1. нарушения функции амниона
2. обвития пуповины вокруг шеи
3. обвития пуповины вокруг туловища
4. предлежания петель пуповины
5. выпадения петель пуповины

Многоводие развивается вследствие:

1. избыточной продукции вод амниотическим эпителием
2. обвития пуповины вокруг шеи в/у плода
3. обвития пуповины вокруг туловища в/у плода
4. предлежания петель пуповины
5. выпадения петель пуповины

Чаще всего многоводие наблюдается при (исключить лишнее):

1. аномалиях развития плода
2. инфекциях
3. при изосенсибилизации по резус-фактору
4. многоплодной беременности
5. абсолютно короткой пуповине

Чаще всего многоводие наблюдается при (исключить лишнее):

1. аномалиях развития плода
2. вирусных заболеваниях
3. при изосенсибилизации по резус-фактору
4. многоплодной беременности
5. относительно короткой пуповине

Тактика ведения беременности при многоводии при удовлетворительном состоянии матери и в/у плода:

1. ведение до доношенного срока гестации
2. преждевременное родоразрешение
3. доплерометрия каждые 7 дней
4. УЗИ каждые 7 дней
5. амниоцентез

Маловодием называется такое состояние, когда количество о/п вод при доношенном сроке гестации менее:

1. 0,5 л
2. 1,0 л
3. 1,5 л
4. 2,0 л
5. 2,5 л

Причины маловодия:

1. пороки развития плода.
2. обвитие пуповины вокруг шеи
3. обвитие пуповины вокруг туловища
4. предлежание петель пуповины
5. выпадение петель пуповины

Причины маловодия:

1. несвоевременное излитие о/п вод
2. обвитие пуповины вокруг шеи
3. обвитие пуповины вокруг туловища
4. предлежание петель пуповины
5. низкое прикрепление плаценты.

Методы диагностики многоводия (исключить лишнее):

1. УЗИ
2. наружный акушерский осмотр
3. гравидограмма
4. взвешивание
5. доплерометрия

Лечение маловодия при отсутствии пороков развития плода (исключить неверное):

1. а/б терапия
2. амниоинфузия при признаках компрессии пуповины
3. прерывание беременности
4. кесарево сечение
5. нет лечения

Резус-фактор – это (исключить неверное):

1. дополнительный фактор крови
2. содержится в строге эритроцитов
3. связан с полом и возрастом
4. передается по наследству
5. люди, имеющие этот фактор, являются Rh-положительными

Механизм изоиммунизации (исключить неверное):

1. попадание Rh-положительной крови плода в организм матери, не имеющий данного антигена (Rh-отрицательная кровь)
2. образование у Rh-отрицательной матери специфических резус-антител
3. антитела матери проникают в кровь Rh-положительного плода и разрушают его эритроциты
4. развивается в/у анемия
5. развивается в/у желтуха

Резус-положительные клетки плода поступают в кровотоки матери во время (исключить неверное):

1. родоразрешения Rh-положительным ребенком
2. родоразрешения Rh-отрицательным ребенком
3. кесарева сечения
4. ручного отделения плаценты
5. медицинского аборта

Анти-D иммуноглобулин:

1. надежно нейтрализует антигенную активность резус-положительных красных клеток
2. лечит ХФПН
3. лечит ЗВУР
4. лечит анемию беременных
5. лечит гемолитическую болезнь новорожденного

Профилактика резус-изоиммунизации после родов состоит из:

1. рутинного назначения анти- D иммуноглобулина в первые 72 часа после родов Rh-отрицательной матери, родившей Rh-положительного ребенка
2. рутинного назначения анти- D иммуноглобулина в первые 72 часа после родов Rh-отрицательной матери, родившей Rh-отрицательного ребенка
3. прием викасола по 0,015 г 3 раза в день, 10 дней
4. прием витамина B12 по 200 мкг 1 раз в день 10 дней
5. преднизолон по 0,005 г 1 раз в день 21 день

Профилактика резус-изоиммунизации во время беременности состоит из (исключить неверное):

1. обследование на титр а/тел в сроке 27 нед
2. нет а/тел, необходимо назначить анти-D-иммуноглобулин
3. титр а/тел повышен, необходимо назначить анти-D-иммуноглобулин
4. профилактика резус-изоиммунизации показана при любой форме маточного кровотечения
5. профилактика резус-изоиммунизации во время беременности проводится в сроке 28 нед беременности

Профилактика резус-изоиммунизации во время беременности проводится в сроке гестации:

1. 20 нед
2. 22 нед
3. 24 нед
4. 26 нед
5. 28 нед

Профилактику резус-изоиммунизации после родоразрешения проводят в течении:

1. ч/з 72 часов после родов
2. ч/з 6 дней после родов
3. ч/з 10 дней после родов
4. ч/з 20 дней после родов
5. ч/з 42 дня после родов

Профилактику резус-изоиммунизации после родоразрешения проводят (исключить неверное):

1. родильнице, родившей Rh-положительного ребенка
2. родильнице, родившей Rh-отрицательного ребенка
3. родильнице, родившей Rh-положительную двойню
4. родильнице, родившей Rh-положительную тройню
5. родильницу, у которой Rh-отрицательный супруг

Для постановки диагноза резус-изоиммунизации во время беременности достаточно:

1. наличие у матери Rh-отрицательной крови

2. наличие у отца Rh-положительной крови
3. данная беременность вторая
4. наличие повышенного титра а/тел
5. наличие повышенного титра а/тел с дополнительными методами обследования (УЗС, амниоцентез, фетальный гематокрит)

Лечение резус-изоиммунизации:

1. преждевременные роды, до того, как плод будет серьезно поражен
2. прием викасола по 0,015 г 3 раза в день, 10 дней
3. прием витамина В12 по 200 мкг 1 раз в день 10 дней
4. преднизолон по 0,005 г 1 раз в день 21 день
5. анти-D иммуноглобулин

Скрининг резус-изоиммунизации включает (исключить неверное):

1. обследование на Rh-принадлежность в ранние сроки беременности
2. обследование на титр а/тел в сроке 27 нед
3. обследование на Rh-принадлежность мужа
4. тщательно собранный анамнез о предыдущих беременностях
5. обследование на титр а/тел 1 раз в месяц

К группе риска по несовместимости по АВО-системе относится беременная с группой крови:

1. О
2. А
3. В
4. АВ
5. нет риска

Гемолитическая болезнь новорожденного не возможна у ребенка, имеющую группу крови:

1. О
2. А
3. В
4. АВ
5. не возможна

Скрининг во время беременности при взятии на учет (исключить неверное):

1. мазок на онкоцитологию
2. осмотр шейки в зеркалах
3. проведение кольпоскопии
4. изучение анамнеза
5. мазок на флору

Беременную с раком ш/матки наблюдает:

1. врач ГСВ
2. акушер-гинеколог
3. терапевт
4. онколог
5. совместное ведение акушер-гинеколога и онколога

Метод родоразрешения при раке ш/матки:

1. роды через естественные родовые пути
2. только оперативное родоразрешение
3. начало родовой деятельности предоставить самостоятельному течению
4. ведение родов, как физиологические роды
5. ведение родов, как патологические

Ведение беременности при раке яичника:

1. решить вопрос о пролонгировании беременности совместно с онкологом и женщиной
2. прерывание беременности
3. пролонгирование беременности
4. продолжение химиотерапии
5. продолжение лучевой терапии

Метод родоразрешения при раке яичника:

1. кесарево сечение, если опухоль блокирует родовые пути
2. начало родовой деятельности предоставить самостоятельному течению
3. ведение родов, как физиологические роды
4. ведение родов, как патологические
5. начало родовой деятельности предоставить самостоятельному течению, с обязательным последующем кесарево сечения

Ведение беременности при раке молочной железы:

1. решить вопрос о пролонгировании беременности совместно с онкологом и женщиной
2. прерывание беременности
3. пролонгирование беременности
4. продолжение химиотерапии
5. продолжение лучевой терапии

Метод родоразрешения при раке молочной железы:

1. метод родоразрешения после совместного консилиума с онкологом
2. начало родовой деятельности предоставить самостоятельному течению
3. ведение родов, как физиологические роды
4. ведение родов, как патологические
5. начало родовой деятельности предоставить самостоятельному течению, с последующим кесаревым сечением

Беременную с раком тела матки наблюдает:

1. врач ГСВ
2. акушер-гинеколог
3. терапевт
4. онколог
5. совместное ведение акушер-гинеколога и онколога

Возможность пролонгировать беременность при раке тела матки решает:

1. онколог, совместно с пациентом
2. акушер-гинеколог
3. онколог и акушер-гинеколог
4. терапевт
5. врач ГСВ

Тесты по гинекологии

1. К материнской смертности относится смертность женщины
 1. от медицинского аборта
 2. от внематочной беременности
 3. от деструктирующего пузырного заноса
 4. от всего перечисленного
 5. ничего из перечисленного

2. Показатель материнской смертности рассчитывается следующим образом
 1. Число женщин, умерших в родах/число родов $\times 100\ 000$
 2. Число женщин, умерших от осложнений беременности со срока 28 недель/число родившихся живыми и мертвыми $\times 100\ 000$
 3. Число умерших беременных независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности/число родившихся живыми $\times 100\ 000$
 4. Число женщин, умерших во время беременности в сроке 28 недель и больше, в родах и в течение 2 недель послеродового периода/число родившихся живыми и мертвыми $\times 100\ 000$
 5. Число умерших беременных, независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности /число родившихся живыми и мертвыми $\times 100\ 000$
3. Младенческая смертность - это
 - 1 смертность детей на первой неделе жизни
 - 2 смертность детей на первом месяце жизни
 - 3 смертность детей в возрасте до 2 лет
 - 4 смертность детей на первом году жизни
 - 5 все ответы неправильны
4. Показатель перинатальной смертности рассчитывается следующим образом
 1. Число мертворожденных/ число родов $\times 1000$
 2. Число умерших интранатально/число родившихся мертвыми $\times 1000$
 3. Число мертворожденных + число умерших в первую неделю после рождения/число родившихся живыми и мертвыми $\times 1000$
 4. Число умерших в первые 7 суток после рождения/число родов $\times 1000$
 5. Число мертворожденных + число умерших в первую неделю после рождения/число родившихся живыми $\times 1000$
5. Основным критерием живорождения является
 - 1 масса плода 1000 г и более
 - 2 рост плода 35 см и более
 - 3 наличие сердцебиения
 - 4 наличие самостоятельного дыхания
 - 5 срок беременности 28 недель и более
6. Основными критериями мертворожденности является
 - 1 отсутствие мышечного тонуса у новорожденного
 - 2 бледный цвет кожных покровов
 - 3 отсутствие сердцебиения
 - 4 отсутствие самостоятельного вдоха
 - 5 все ответы правильны
7. Нормальное расположение матки при влагалищном исследовании:
 1. острый угол между телом и шейкой матки открыт кпереди
 2. шейка матки выходит за половую щель
 3. шейка матки не выходит за половую щель
 4. тупой угол между телом и шейкой матки открыт кпереди
 5. угол между телом и шейкой матки открыт кзади
8. Данные влагалищного исследования при неполном выпадении матки
 1. острый угол между телом и шейкой матки открыт кпереди

2. шейка матки выходит за половую щель
 3. тупой угол между телом и шейкой матки открыт кпереди
 4. угол между телом и шейкой матки открыт кзади
 5. шейка матки не выходит за половую щель
9. Данные влагалищного исследования при полном выпадении матки
1. острый угол между телом и шейкой матки открыт кпереди
 2. шейка матки выходит за половую щель
 3. угол между телом и шейкой матки открыт кзади
 4. тело и шейка матки выходят за половую щель
 5. шейка матки не выходит за половую щель
10. Данные влагалищного исследования при ретрофлексии матки
1. острый угол между телом и шейкой матки открыт кпереди
 2. тупой угол между телом и шейкой матки открыт кпереди
 3. угол между телом и шейкой матки открыт кзади
 4. тело и шейка матки выходят за половую щель
 5. шейка матки не выходит за половую щель
11. Данные влагалищного исследования при гиперантефлексии матки
1. острый угол между телом и шейкой матки открыт кпереди
 2. тупой угол между телом и шейкой матки открыт кпереди
 3. угол между телом и шейкой матки открыт кзади
 4. тело и шейка матки выходят за половую щель
 5. шейка матки не выходит за половую щель
12. Какой из методов обследования наиболее эффективен в диагностике трубно-перитонеального бесплодия?
1. пертубация
 2. гистеросальпингография
 3. эхогистероскопия
 4. лапароскопия с хромотубацией
 5. лимфография
13. Отметьте неприемлемый метод диагностики для выявления ЦМВИ:
1. культуральный метод (выделение вируса в слюне, моче, крови, цервикальном отделяемом, амниотической жидкости)
 2. цитологический метод (выявление гигантских клеток)
 3. бактериологический посев из носа, шейки матки, уретры, мочи, кала и слезной жидкости
 4. ПЦР (обнаружение ДНК вируса в активной и латентной форме) и ИФА (определение специфических антител)
 5. ничего из перечисленного
14. Диагностическая гистероскопия показана при:
1. рецидивирующих маточных кровоточениях в репродуктивном возрасте
 2. кровотечениях в менопаузе
 3. полипах эндометрия и плацентарных полипах
 4. аномалиях развития тела матки
 5. все перечисленное выше
15. Что удастся определить при гистеросальпингографии?

1. наличие опухоли матки
 2. наличие перегородки в полости матки
 3. проходимость маточных труб
 4. все перечисленное неверно
6. все перечисленное верно
16. Наиболее достоверным методом диагностики гиперпластических процессов эндометрия является:
1. Выскабливание полости матки с гистологическим исследованием соскоба эндометрия.
 2. Гистероскопия.
 3. УЗИ органов малого таза.
 4. Гистеросальпингография
 5. Лимфография
17. К тестам функциональной диагностики относятся все, кроме:
1. симптома «зрачка»
 2. симптома «папоротника»
 3. симптома натяжения шеечной слизи
 4. симптома Бабинского
 5. ничего из перечисленного
18. Что определяет кольпоцитологический метод исследования:
1. гормон продуцированную опухоль в организме
 2. опухоль матки
 3. эстрогенную насыщенность организма
 4. гиперфункцию надпочечника
 5. верно все перечисленное
19. Наиболее информативным методом диагностики субмукозной миомы матки является:
1. кольпоскопия
 2. гистероскопия
 3. УЗИ
 4. лапароскопия
 5. Гистеросальпингография
20. Тесты функциональной диагностики позволяют определить
1. двуфазность менструального цикла
 2. уровень эстрогенной насыщенности организма
 3. наличие овуляции
 4. все перечисленное
 5. все перечисленное неверно
21. Показанием для проведения ирригоскопии и ректороманоскопии в гинекологии является
1. опухоль яичника
 2. подозрение на внематочную беременность
 3. эндометриоз
 4. аномалия развития тел матки
 5. верно все перечисленное
22. Для цитологического исследования шейки матки забор материала проводится из
1. мазков из эндоцервикса
 2. смыва дугласова пространства при пункции заднего свода влагалища
 3. мазков с экзоцервикса
 4. биопсии шейки матки

5. аспират из полости матки
23. Для цитологического исследования эндометрия забор материала проводится из
 1. мазков из эндоцервикса
 2. смыва дугласова пространства при пункции заднего свода влагалища
 3. мазков с экзоцервикса
 4. биопсии шейки матки
 5. аспират из полости матки
24. Для цитологического исследования содержимого дугласова пространства забор материала проводится из:
 1. мазков из эндоцервикса
 2. содержимого полученного при пункции заднего свода влагалища
 3. мазков с экзоцервикса
 4. биопсии шейки матки
 5. аспират из полости матки
25. Для цитологического исследования цервикального канала забор материала проводится из
 1. мазки из эндоцервикса
 2. смыв дугласова пространства при пункции заднего свода влагалища
 3. мазки с экзоцервикса
 4. биопсии шейки матки
 5. аспират из полости матки
26. Показатели тестов функциональной диагностики при ановуляторном менструальном цикле
 1. монофазная базальная температура, симптом зрачка +, секреция эндометрия
 2. повышение базальной температуры на 0,4. Пролиферация эндометрия во 2 фазу цикла
 3. монофазная базальная температура, симптом зрачка++++, пролиферация эндометрия
 4. симптом зрачка++++, фолликул 21 мм
 5. повышение базальной температуры на 0,4, секреция эндометрия во 2 фазу цикла
27. Показатели тестов функциональной диагностики при двухфазном менструальном цикле
 1. монофазная базальная температура, симптом зрачка +, секреция эндометрия
 2. повышение базальной температуры на 0,4. Пролиферация эндометрия во 2 фазу цикла
 3. монофазная базальная температура, симптом зрачка++++, пролиферация эндометрия
 4. симптом зрачка++++, фолликул 21 мм
 5. повышение базальной температуры на 0,4, секреция эндометрия во 2 фазу цикла
28. Зондирование полости матки проводится:
 1. перед проведением искусственного аборта
 2. перед диагностическим выскабливанием полости матки
 3. перед введением в полость матки ВМС
 4. при подозрении на наличие подслизистого узла миомы матки
 5. все ответы правильны
29. Противопоказанием к зондированию полости матки является:
 1. острый воспалительный процесс половых органов
 2. подозрение на маточную беременность
 3. при подозрении на наличие подслизистого узла миомы матки
 4. правильно 1 и 2
 5. правильно все перечисленное
30. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища должна производиться
 1. при подозрении на внутрибрюшное кровотечение
 2. при подозрении на апоплексию яичника с внутренним кровотечением

3. при подозрении на нарушенную трубную беременность
 4. при подозрении на ненарушенную трубную беременность
 5. верно 1, 2, 3
31. Особенности нормального менструального цикла являются:
1. овуляция
 2. образование желтого тела в яичнике
 3. преобладание гестагенов во второй фазе цикла
 4. все перечисленное
 5. ничего из перечисленного
32. Какие признаки соответствуют I степени чистоты влагалищного мазка:
1. единичные лейкоциты
 2. палочки Додерлейна
 3. обильная кокковая флора
 4. внутриклеточные грамм-отрицательные диплококки
 5. правильно 1 и 2
33. Какие признаки соответствуют IV степени чистоты влагалищного мазка:
1. единичные лейкоциты
 2. палочки Додерлейна
 3. обильная кокковая флора
 4. внутриклеточные грамм-отрицательные диплококки
 5. правильно 3 и 4
34. К чисто прогестиновым контрацептивам относятся:
1. регивидон
 2. триквилар, тригистон.
 3. микролют, микронон, МПА.
 4. Диане-35
 5. ничего из перечисленного
35. Контрацептивный эффект эстроген-прогестагеновых препаратов основан на
1. увеличении пика ЛГ и увеличении вязкости шейной слизи
 2. увеличении пика ЛГ и уменьшении вязкости шейной слизи
 3. снижении пика ЛГ и увеличении вязкости шейной слизи
 4. снижении пика ЛГ и уменьшении вязкости шейной слизи
 5. все перечисленное неверно
36. Гормональные средства контрацепции можно применять для профилактики рака:
1. влагалища
 2. маточной трубы
 3. эндометрия
 4. шейки матки
 5. яичников
37. Когда женщине, впервые собирающейся принимать комбинированные гормональные оральные контрацептивы (КОК), следует начать первую упаковку таблеток?
1. только в первый день менструального цикла
 2. в первые 5 дней менструального цикла
 3. сразу по окончании менструации
 4. день менструации не имеет значения
 5. в любое удобное для себя время
38. Как принимают чисто прогестиновые таблетки?

1. Принимать по 1 таблетке ежедневно, желательно в одно и тоже время
 2. принимать первую таблетку в интервале с первого по седьмой день после начала менструации (1 день предпочтительнее)
39. некоторые упаковки содержат 28 таблеток, другие – 35. После завершения упаковки надо немедленно начинать прием таблеток из новой упаковки без единого дня перерыва.
4. если пациентка приняла таблетку с опозданием меньше 2-х часов – принять как можно скорее пропущенную таблетку, а затем продолжить прием согласно нормальному расписанию
 5. все вышеперечисленное
40. Если женщина забыла принять две или более активные таблетки КОК, ей следует:
1. прекратить на время принимать таблетки и возобновить прием, когда у нее
41. начнется менструация
2. выбросить пропущенные таблетки и продолжить прием как обычно
 3. принимать по 2 таблетки до тех пор, пока она не войдет в прежний график приема
 4. перейти на использование другого метода использования
 5. ничего из выше перечисленного
42. Первая инъекция Депо-провера должна быть сделана женщине с регулярными менструациями:
1. только в 1 день менструации
 2. в течение 5 дней со дня начала менструации
 3. в течение 2-х недель со дня начала менструации
 4. независимо от дня менструального цикла
 5. в любое удобное для себя время
43. Какое из перечисленных состояний и заболеваний обусловлено длительным приемом гормональных средств контрацепции?
1. аменорея
 2. гипертензия
 3. тромбозмболия
 4. инфаркт миокарда
 5. дисфункция яичников
44. На каких принципах основывается использование комбинированных оральных контрацептивов при лечении первичной альгодисменореи?
1. их использование приводит к восстановлению баланса между продукцией эстрогенов и прогестерона
 2. при их применении подавляется овуляция
 3. при их применении восстанавливается баланс между образованием PGE2 и PGF2 в матке
 4. все вышеперечисленное верно
 5. все вышеперечисленное неверно
45. Продолжительность менструального цикла при приеме большинства КОК составляет
1. 21 день
 2. 24 дня
 3. 28 дней
 4. 35 дней
 5. 32 дня
46. Какой метод контрацепции является необратимым?
1. Депо-провера
 2. ВМС

3. КОК
4. КИК
5. ДХС
47. Когда начинают прием чисто прогестиновых оральных контрацептивов?
 1. спустя 6 месяцев после родов, если женщина использует метод лактационной аменореи
 2. с 1 по 7 день менструального цикла, если есть уверенность, что пациентка не беременна
 3. сразу после аборта
 4. верно все перечисленное
 5. все перечисленное неверно
48. Какие методы контрацепции не рекомендованы для кормящей грудью женщины
 1. КОК
 2. презервативы и спермициды
 3. ВМС
 4. МЛА
 5. чисто прогестиновые контрацептивы
49. Использование Постинора в качестве посткоитального метода эффективно, если после незащищенного полового акта прошло не более:
 1. 24 часов
 2. 48 часов
 3. 72 часов
 4. 10 дней
 5. 15 дней и выше
50. .
51. Для посткоитальной контрацепции применяют все, кроме:
 1. комбинированных оральных контрацептивов
 2. чисто прогестиновых контрацептивов
 3. внутриматочных средств
 4. спермицидов
 5. ничего из перечисленного
52. Какой метод контрацепции вы посоветуете женщине, прошедшей терапию гиперпролактинемии и выполнившей репродуктивную функцию?
53. 1.КОК
54. 2.ВМС
55. 3.лапароскопическая стерилизация
56. 4.чистые гестагены
57. 5.верно 3.4
58. Абсолютными противопоказаниями к применению ВМС являются:
 1. маточное кровотечение неясной этиологии
 2. врожденные аномалии развития матки
 3. активный воспалительный процесс в органах малого таза
 4. внематочная беременность в анамнезе
 5. все перечисленное верно
59. Введение ВМС в качестве посткоитального метода эффективно, если после незащищенного полового акта прошло до:
 1. 2 дней
 2. 5 дней

3. 1 недели
 4. 2 недель
 5. 2 недели и выше
60. В состав ВМС «Мирена» входит:
1. медроксипрогестерона ацетат.
 2. левоноргестрел
 3. оксипрогестерона капронат.
 4. гестоден
 5. ничего из перечисленного.
61. Для морфологической картины эндометрия на фоне ВМС «Мирена» характерно всё, кроме:
1. торможения пролиферативных процессов
 2. развития атрофических изменений в слизистой матки.
 3. подавления активности клеток желез.
 4. развития гиперпластических процессов.
 5. ничего из перечисленного
62. К возможным изменениям менструального цикла при использовании ВМС «Мирены» относится, все кроме:
1. аменореи
 2. влагалищные кровянистые выделения различной интенсивности
 3. олигоменореи
 4. меноррагии
 5. верно все перечисленное
63. Противопоказанием к введению ВМС «Мирены» является:
1. гиперплазия эндометрия.
 2. интерстициальная миома матки небольших размеров.
 3. множественная интерстициальная миома матки небольших размеров.
 4. состояние после консервативной миомэктомии у женщин репродуктивного периода.
 5. субмукозная миома матки.
64. ВМС «Мирена» не применяют при:
1. наличии противопоказаний к приему оральных контрацептивов.
 2. нарушении функций печени
 3. гиперплазии эндометрия.
 4. аденокарциноме эндометрия
65. Аменорея, развивающаяся при использовании ВМС «Мирена» обусловлена:
1. торможением функции гипофиза.
 2. торможением функции яичников.
 3. локальным влиянием гормона на эндометрий.
 4. торможением выработки гонадотропных гормонов.
 5. верно все перечисленное
66. Введение ВМС «Мирены» не рекомендуется в виду возможной её экспульсии при:
1. интерстициальной миоме матки с центрипитальным ростом узла, деформирующей полость матки более чем на 30%
 2. множественной интерстициальной миоме матки небольших размеров
 3. аденомиозе
 4. железистой гиперплазии эндометрия

5. верно все выше перечисленное
67. Ваши рекомендации по методу контрацепции для замужней женщины, страдающей сахарным диабетом и имеющей детей
 1. гормональная контрацепция
 2. хирургическая стерилизация
 3. внутриматочная контрацепция
 4. хирургическая стерилизация мужа
 5. барьерные методы
68. К барьерным методам контрацепции относятся:
 1. презервативы.
 2. применение КОК и КИК
 3. применение чисто прогестиновых контрацептивов
 4. хирургическая стерилизация
 5. верно все перечисленное.
69. Преимущества использования презервативов заключаются в
 1. предохранении от заражения вич и других зппп
 2. простоте использования
 3. низкой стоимости данного метода
 4. все выше перечисленное верно
 5. все перечисленное не верно
70. Если женщина использует метод лактационной аменореи, при появлении каких сигналов ей необходимо прийти к врачу для получения рекомендации по использованию другого вида контрацептива:
 1. ребенку исполнилось 6 месяцев
 2. у матери возобновились менструации
 3. ребенок стал получать прикорм и спит всю ночь без кормления
 4. все выше перечисленное верно
 5. ничего из перечисленного не верно
71. К методам естественного планирования семьи относятся:
 1. календарный метод.
 2. применение комбинированных оральных контрацептивов.
 3. использование презервативов.
 4. применение чисто прогестиновых контрацептивов.
 5. ВМС.
72. Визуализация внутриматочного контрацептива (ВМК) в цервикальном канале свидетельствует о:
 1. нормальном расположении ВМК
 2. низком расположении ВМК
 3. перфорации
 4. экспульсии ВМК
 5. ничего из перечисленного
73. При назначении гормональной контрацепции следует учитывать:
 1. возраст женщины
 2. наличие гинекологических заболеваний, при которых гормональные контрацептивы противопоказаны
 3. наличие экстрагенитальной патологии, при которой противопоказаны ОК
 4. фенотип женщины

5. все вышеперечисленное
74. Рекомендуемые гормональные контрацептивы никотинзависимым женщинам:
 1. микродозированные КОК
 2. ВМС Мирена
 3. влагалищные кольца
 4. высокодозированные КОК
 5. правильно 1,2,3
75. При появлении каких симптомов следует прекратить прием контрацептивов и обратиться срочно к врачу:
 1. сильные боли в области живота (тромбоз мезентериальных сосудов)
 2. сильные боли в области груди, кашель, одышка (эмболия легочная)
 3. сильные головные боли, головокружение, чувство общей слабости или онемения (ишемический инсульт)
 4. нарушение (помутнение или потеря) зрения, сильные боли в нижних конечностях (тромбоз ретиальной вены, тромбофлебит)
 5. все вышеперечисленные симптомы
76. Посткоитальная контрацепция показана в случае:
 1. изнасилования
 2. разрыва презерватива
 3. пропущенной таблетки орального контрацептива
 4. случайная половая связь
 5. все перечисленное выше
77. Назначение комбинированных эстроген-гестагенных препаратов (оральных контрацептивов) противопоказано при:
 1. нарушении функции печени;
 2. эпилепсии;
 3. тромбофлебитическом синдроме;
 4. ожирении III—IV степени;
 5. всех перечисленных выше заболеваниях.
78. Контрацептивный эффект комбинированных эстроген-гестагенных препаратов достигается благодаря:
 1. подавлению овуляции;
 2. нарушению (блокаде) имплантации развивающейся бластоцисты в эндометрий;
 3. нарушению функции желтого тела;
 4. изменению перистальтики маточных труб и сократительной активности матки.
 5. все перечисленное
79. Что не является преимуществом медикаментозного аборта:
 1. позволяет избежать хирургического вмешательства, анестезии
 2. протекает более естественно как менструация
 3. снижение риска восходящей инфекции
 4. более частые и более длительные контрольные посещения
 5. все перечисленное верно
80. Абсолютное противопоказание для проведения медикаментозного аборта:
 1. наличие рубца на матке
 2. многоплодная беременность
 3. миома матки больших размеров
 4. беременность на фоне гормональной контрацепции

5. лактация
81. Что не является противопоказанием к проведению медикаментозного аборта.
 1. внематочная беременность
 2. беременность на фоне приема КОК
 3. острая почечная и печеночная недостаточность
 4. анемия (Hb менее 70г/л)
 5. тромбофлебиты
82. При проведении медикаментозного прерывания срок аменореи с 1 дня последней менструаций не должен превышать:
 1. 24-дня
 2. 43-дня
 3. 49-дней
 4. 59-дней
 5. 65-дней
83. Какие группы препаратов используются при проведении медикаментозного прерывания беременности?
 1. эстрогены, гестагены
 2. антипрогестины, простагландины
 3. антиэстрогены, агонисты Гн-РГ
 4. антиэстрогены, простагландины
 5. ничего из перечисленного
84. Наиболее эффективная доза мифепристона для проведения медикаментозного аборта:
 1. 150 мг
 2. 200мг
 3. 400 мг
 4. 600 мг
 5. 800 мг
85. Наиболее оптимальный интервал между приемом мифепристона и мизопростола
 1. 24-48 часов
 2. менее 12 часов
 3. 24 часа
 4. более 72 часов
 5. каждые 8 часов
86. Наиболее эффективное использование мизопростола при проведении медикаментозного аборта:
 1. сублингвально
 2. вагинально
 3. перорально
 4. перорально и вагинально
 5. сублингвально и вагинально
87. Факторы риска перфорации матки при выскабливании
 1. в анамнезе - множественные аборты
 2. эндометрит
 3. пузырьный занос
 4. все перечисленные факторы
 5. аномалии развития матки
88. При перфорации матки необходимо обязательно произвести лапаротомию, если

1. перфорация матки произведена зондом
 2. состояние больной удовлетворительное
 3. признаки кровотечения в брюшную полость не выражены
 4. ничего из перечисленного
 5. верно 1,2
89. При проведении медаборта в самом начале операции возникло обильное маточное кровотечение. Диагностирована шеечная беременность. Тактика врача:
1. ускорить удаление плодного яйца кюреткой
 2. попытаться удалить плодное яйцо пальцем
 3. лапаротомии, экстирпация матки
 4. удаление плодного яйца с помощью вакуум-эксхоратора
 5. верно 1,4
90. Какое из условий не является основанием для ограничения доступа к аборту
1. лихорадка
 2. ВИЧ
 3. сексуально трансмиссивные заболевания в период обострения и острой фазе
 4. срок беременности больше 12 недель
 5. тяжелое состояние женщины, требующее оказания неотложной помощи
91. Рекомендуемая анестезия для проведения МВА:
1. общая
 2. парацервикальная
 3. НПВС
 4. НПВС + парацервикальная
 5. отсутствие анестезии
92. Восстановление фертильности после МВА происходит через:
1. 10 – 14 дней
 2. 30 – 40 дней
 3. следующий менструальный цикл
 4. до 10 дней
 5. через несколько месяцев
93. В перечень обследования для проведения МВА входит все перечисленное, кроме
1. УЗИ
 2. осмотра гинеколога
 3. определения резус фактора
 4. RW, ВИЧ
 5. мазка на флору
94. Критерии эффективного проведения МВА:
1. в канюле появляется розовая пена без тканей и гладкие стенки матки
 2. гладкие стенки матки и свободное продвижение канюли
 3. в канюле кровь
 4. неоднородность стенок матки
 5. в канюле розовая пена, шероховатость стенок матки, сокращение матки вокруг канюли
95. Что из нижеперечисленного относится к I степени спаечного процесса в малом тазу по классификации Hulka J.T.
1. более 50% поверхности яичника свободно от спаек, окклюзия дистального отдела маточной трубы, складчатость слизистой оболочки маточной трубы сохранена

2. спайки минимальные, маточная труба проходима, складчатость слизистой оболочки маточной трубы сохранена
 3. поверхность яичника не видна, гидросальпинкс (сактосальпинкс), складчатость слизистой оболочки маточной трубы нарушена
 4. менее 50% поверхности яичника свободно от спаек, окклюзия дистального отдела маточной трубы, складчатость слизистой оболочки маточной трубы нарушена
 5. ничего из перечисленного
96. Что из нижеперечисленного относится ко II степени спаечного процесса в малом тазу по классификации Hulka J.T.
1. более 50% поверхности яичника свободно от спаек, окклюзия дистального отдела маточной трубы, складчатость слизистой оболочки маточной трубы сохранена
 2. спайки минимальные, маточная труба проходима, складчатость слизистой оболочки маточной трубы сохранена
 3. поверхность яичника не видна, гидросальпинкс (сактосальпинкс), складчатость слизистой оболочки маточной трубы нарушена
 4. менее 50% поверхности яичника свободно от спаек, окклюзия дистального отдела маточной трубы, складчатость слизистой оболочки маточной трубы нарушена
 5. ничего из перечисленного
97. Что из нижеперечисленного относится к III степени спаечного процесса в малом тазу по классификации Hulka J.T.
1. более 50% поверхности яичника свободно от спаек, окклюзия дистального отдела маточной трубы, складчатость слизистой оболочки маточной трубы сохранена
 2. спайки минимальные, маточная труба проходима, складчатость слизистой оболочки маточной трубы сохранена
 3. поверхность яичника не видна, гидросальпинкс (сактосальпинкс), складчатость слизистой оболочки маточной трубы нарушена
 4. менее 50% поверхности яичника свободно от спаек, окклюзия дистального отдела маточной трубы, складчатость слизистой оболочки маточной трубы нарушена
 5. ничего из перечисленного
98. Что из нижеперечисленного относится к IV степени спаечного процесса в малом тазу по классификации Hulka J.T.
1. более 50% поверхности яичника свободно от спаек, окклюзия дистального отдела маточной трубы, складчатость слизистой оболочки маточной трубы сохранена
 2. спайки минимальные, маточная труба проходима, складчатость слизистой оболочки маточной трубы сохранена
 3. поверхность яичника не видна, гидросальпинкс (сактосальпинкс), складчатость слизистой оболочки маточной трубы нарушена
 4. менее 50% поверхности яичника свободно от спаек, окклюзия дистального отдела маточной трубы, складчатость слизистой оболочки маточной трубы нарушена
 5. ничего из перечисленного
99. В полость матки инфекция чаще всего проникает через цервикальный канал
1. с помощью трихомонад
 2. с помощью сперматозоидов
 3. благодаря пассивному транспорту в результате отрицательного внутрибрюшного давления, возникающего при движении диафрагмы
 4. всеми перечисленными способами
 5. ни одним из перечисленных способов

100. Условия, способствующие проникновению микробов в матку и ее придатки
1. разрывы промежности
 2. нарушение гигиены половой жизни
 3. нарушение функции самоочищения влагалища (вследствие частых и длительных обработок его различными химическими веществами)
 4. зияние наружного зева (при нешитых разрывах шейки матки)
 5. все перечисленные
101. Фаза экссудации, связанная с повышением проницаемости стенок капилляров в очаге воспаления, характерна для стадий воспаления
1. острой
 2. подострой
 3. обострения хронического процесса (один из вариантов)
 4. верно 1) и 2)
 5. всех перечисленных
102. Госпитальная инфекция чаще всего обусловлена
1. золотистым стафилококком
 2. грамотрицательной флорой
 3. анаэробами
 4. аэробы
 5. ассоциацией микроорганизмов
103. При обострении хронического сальпингоофорита отмечается
1. боль внизу живота и в области поясницы
 2. болезненность при пальпации позадишеечного нервного сплетения
 3. болезненность при пальпации передней брюшной стенки в области точки, расположенной на середине между лоном и пупком
 4. верно 1) и 2)
 5. все перечисленное
104. Нарушение генеративной функции у женщин, страдающих хроническим сальпингоофоритом, проявляется в развитии у них:
1. бесплодия
 2. внематочной беременности
 3. самопроизвольного выкидыша
 4. неразвивающейся беременности
 5. всего перечисленного
105. Клинические симптомы, предшествующие перфорации пиовара, пиосальпинкса:
1. озноб
 2. появление жидкого стула
 3. появление резей при мочеиспускании
 4. все перечисленное
 5. ничего из перечисленного
106. Ведущими звеньями в патогенезе перитонита являются
1. интоксикация
 2. паралитическая непроходимость кишечника
 3. экссудация брюшины
 4. гиповолемия
 5. все перечисленные

107. У больных с токсической стадией гинекологического перитонита отмечается все перечисленное, кроме
1. тахикардии (до 120 в минуту)
 2. выраженной одышки
 3. отсутствия болезненности при пальпации передней брюшной стенки
 4. гипотонии
 5. олигурии
108. Диагностические критерии гинекологического перитонита
1. выявление чаш Клойбера при обзорном рентгеновском исследовании брюшной полости
 2. обнаружение свободной жидкости в брюшной полости при ультразвуковом исследовании
 3. превышение на 1-1.5°C ректальной температуры по сравнению с таковой в подмышечной области
 4. все перечисленные
 5. ничего из перечисленного
109. Росту частоты развития воспалительных tuboовариальных образований способствуют:
1. аборты, самопроизвольные выкидыши
 2. гистеросальпингография, гистероскопия
 3. использование ВМС
 4. роды
 5. со всем перечисленным
110. При гнойных воспалительных образованиях придатков матки часто происходит
1. микроперфорация развитием осумкованного перитонита
 2. перфорация в смежные тазовые органы
 3. образование межкишечного абсцесса
 4. формирование свищей
 5. все перечисленное
111. Клиническими признаками абсцесса бартолиновой железы являются
1. повышение температуры тела до 39-40°C, озноб
 2. увеличение паховых лимфоузлов на стороне поражения
 3. наличие флюктуации и болезненности при пальпации
 4. наличие образования в толще верхней трети большой половой губы (с одной или обеих сторон)
 5. верно 1, 2, 3
112. Особенности клинического течения туберкулеза тела матки
1. сочетание с туберкулезом маточных труб и яичников
 2. увеличение размеров матки
 3. нарушение менструальной функции
 4. ↑ t₀ тела до 39°C
 5. верно 1 и 3
113. Наиболее эффективным препаратом для лечения гарднереллеза является:
1. доксициклин
 2. метронидазол
 3. амоксилав
 4. правильные ответы 2 и 3
 5. все ответы правильные
114. Какой симптом не характерен для восходящей гонореи:
1. высокая температура

2. боли в животе
 3. лейкоцитоз
 4. желтуха
 5. правильно все перечисленное
115. Для пельвиоперитонита гонорейной этиологии характерны:
1. склонность к образованию спаек и сращений
 2. чаще отмечается ограничение процесса
 3. наличие симптомов раздражения брюшины в нижних отделах живота
 4. правильные ответы 1 и 2
 5. все ответы правильные
116. К эхографическим признакам хронического эндометрита относят все, кроме:
1. в зоне срединного М-Эха участки повышенной эхоплотности
 2. в базальном слое эндометрия обнаруживают гиперэхогенные образования в виде фиброза, склероза и кальцинатов
 3. расширения полости матки
 4. ячеистого строения миометрия, границы слизистой оболочки и мышечного слоя матки имеет неровный и извилистый характер
 5. наличия негативного контура эндометрия
117. «Золотым стандартом» диагностики хронического эндометрита является:
1. бимануальное исследование
 2. морфологическое исследование эндометрия.
 3. определение чувствительности микрофлоры к антимикробным препаратам.
 4. УЗИ органов малого таза.
 5. ПЦР мазок
118. «Золотым стандартом» диагностики хронического сальпингоофорита является:
1. бимануальное исследование
 2. лапароскопия
 3. гистеросальпингография
 4. УЗИ органов малого таза.
 5. гистероскопия
119. Лечение хронического эндометрита включает всё, кроме:
1. антибактериальной терапии
 2. иммуномодуляторов
 3. нестероидных противовоспалительных средств
 4. стимуляторов эритропоэза.
 5. витаминотерапии
120. Признаки вагинальных выделений при бактериальном вагинозе
1. хлопьевидные, творожестые
 2. желто-зелено-серый, пенистый
 3. молочно-серые, гомогенные, иногда с пузырьками газа
 4. жидкие, зеленоватые
 5. гнойвидные
121. К критериям диагностики бактериального вагиноза, относятся:
1. жалобы на обильные выделения из половых путей
 2. зуд во влагалище + повышение РН от 5,0 до 7,5
 3. обильные влагалищные выделения + ключевые клетки + повышение РН + положительные аминотест

4. обильные влагалищные выделения + зуд влагалища
 5. ничего из перечисленного
122. В латентном состоянии вирус простого генитального герпеса локализуется :
1. в лимфоцитах крови
 2. в отделяемых влагалища
 3. в паравертебральных сенсорных ганглиях
 4. в спинномозговой жидкости
 5. в циклическом эпителии эндоцервикса
123. Диспаурения – это:
1. боли в середине менструального цикла
 2. боли во время менструации
 3. болезненные половые контакты
 4. боли, связанные с острым уретритом, циститом, вагинитом
 5. боли в эпигастрии
124. Эхографические признаки гематометры:
1. увеличение размеров матки
 2. округлая форма матки и ее увеличение
 3. смещение "М-эхо"
 4. расширение полости матки с гипозоногенным или смешанным по зоногенности содержимым
 5. определить невозможно
125. Какой эпителий поражает гонококк?
1. цилиндрический
 2. железистый
 3. многослойный плоский неороговевающий
 4. многослойный плоский ороговевающий
 5. базальный слой эндометрия
126. Обострение гонореи происходит чаще всего:
1. во время месячных
 2. после окончания месячных
 3. во время овуляции
 4. в любое время
 5. перед месячными
127. ВПГ – это:
1. самая распространенная вирусная инфекция человека, вызываемая ВПГ типа 1 и 2
 2. инфекция, вызываемая ВПГ типа 2, сопровождающаяся пожизненным носительством вируса и периодическим размножением его, приводящим к развитию клинического рецидива
 3. воспалительное заболевание, вызываемое ВПГ, характеризующееся латентным течением
 4. хроническая вирусная инфекция, вызванная ВПГ типа 1 и 2 (чаще), характеризуется 90% инфицированием в популяции, пожизненной персистенцией вируса в организме и полиморфизмом проявлений
 5. все перечисленное не верно
128. Пути передачи ВПГ типа 1 и 2:
1. только прямой контакт
 2. прямой и непрямой (очень редко) контакт, вертикальный
 3. воздушно-капельный и парентеральный
 4. только прямой контакт и непрямой (очень редко) контакт, вертикальный

5. воздушно-капельный
129. Инкубационный период ВПГ типа 1 и 2 составляет:
 1. от 2 до 26 дней, в среднем 2-10 дней
 2. 2-3 месяца
 3. от нескольких месяцев до нескольких лет
 4. инкубационного периода как правило не бывает
 5. зависит от возраста и пола пациента
130. Генитальная герпесвирусная инфекция подразделяется на:
 1. первичную и вторичную
 2. локализованную и генерализованную
 3. лёгкую, средней степени тяжести и тяжёлую
 4. всё перечисленное
 5. 1, 2
131. Факторы риска развития генитальной герпесвирусной инфекции:
 1. многочисленные и случайные сексуальные связи, гомосексуализм
 2. наличие других ИППП, наличие эрозивно-язвенных поражений половых органов
 3. несистематическое использование барьерных методов контрацепции
 4. 2, 3
 5. 1, 2, 3
132. Рецидив генитальной герпесвирусной инфекции протекает:
 1. аналогично первичной форме, но уже без повышения температуры тела
 2. все симптомы выражены вследствие реинфекции и наличия в крови больного антител
 3. в более мягкой форме, без общих симптомов и с меньшей длительностью
 4. 1, 3
 5. ничего из перечисленного
133. Методы лабораторной диагностики герпесвирусной инфекции:
 1. ПИФ – обнаружение антигенов вируса при обработке материала специфическими флюоресцирующими антителами
 2. молекулярно-биологические методы (ПЦР в реальном времени) – обнаружение ДНК вируса
 3. выделение вируса в культуре клеток и серологическая диагностика (ИФА)
 4. бактериологический посев из цервикального канала или уретры
 5. 1, 2, 3
134. ЦМВ – это:
 1. широко распространённая инфекция, характеризующаяся многообразными проявлениями, возбудителем которой является ДНК содержащий вирус семейства герпетических вирусов
 2. широко распространённая инфекция, характеризующаяся многообразными проявлениями, возбудителем которой является РНК содержащий вирус семейства герпетических вирусов
 3. инфекция, вызываемая возбудителем из группы бетагерпесвирусов, клетками-мишенями для которого являются моноциты, макрофаги, гранулоциты, эпителий и эндотелиальные клетки
 4. 1, 2
 5. 1, 3
135. Пути передачи ЦМВ:
 1. трансфузионный, трансплантационный
 2. воздушно-капельный, контактный (прямой и непрямой)

3. трансплацентарный, через грудное молоко при кормлении
 4. верно все перечисленное
 5. все перечисленное неверно
136. Факторы риска, способствующие развитию ЦМВ:
1. половая неразборчивость, частые ИППП, работа с заключёнными в местах лишения свободы
 2. большое число половых партнёров, частые ИППП, работа в детских дошкольных учреждениях
 3. гомосексуализм, частые ИППП, работа в службе общественного питания
 4. период беременности и лактации, детский возраст, частые ОРВИ, прямое переливание крови, оперативные вмешательства
 5. все перечисленное неверно
137. Инкубационный период ЦМВ составляет:
1. от 2 до 26 дней, в среднем 2-10 дней
 2. от 3 до 8 недель
 3. от 1 до 12 месяцев (в среднем 3 месяца)
 4. от 12 до 48 часов
 5. зависит от возраста и пола пациента
138. Классификация ЦМВ:
1. первичное инфицирование, хроническая форма, латентная форма
 2. лёгкая, среднетяжёлая и тяжёлая степень
 3. реактивация латентной инфекции (персистирующая), суперинфекция (заражение инфицированного пациента другим штаммом вируса)
 4. 2, 3
 5. 1, 3
139. Клинические проявления ЦМВ:
1. субфебрильная температура, ознобы, явления ринофарингита, кашель
 2. гнойные выделения из носа, слюнотечение
 3. мышечные и головные боли, лимфаденопатия
 4. 1, 3
 5. бессимптомное течение
140. Лечение ЦМВ:
1. противовирусная терапия: ганцикловир, валацикловир, фамцикловир, ацикловир
 2. физиотерапия (предпочтительно УФО при температуре тела не более 36,9°С)
 3. иммуномодуляторы: циклоферон, виферон; иммуноглобулин человеческий, цитотек; натриевая соль натриевой ДНК
 4. плазмаферез, эндоваскулярное лазерное облучение
 5. 1, 3, 4
141. Остроконечные кондиломы характеризуются следующим
1. имеют вид образования розового цвета, напоминающего по форме цветную капусту
 2. локализуются часто в области вульвы, во влагалище, на шейке матки
 3. основание их всегда широкое, инфильтрировано
 4. консистенция кондилом хрупкая
 5. верно 1, 2
142. Для лечения больных с остроконечными кондиломами наружных половых органов, как правило, применяют

1. резорцин местно
 2. хирургическое лечение - иссечение кондилом
 3. криодеструкцию
 4. амфотерицин местно
 5. верно 1, 2, 3
143. Хламидийная инфекция – это:
1. инфекционное заболевание, вызываемое *Chlamydia trachomatis*, передающееся половым путём, приводящее к хроническим заболеваниям органов малого таза, как у женщин, так и у мужчин
 2. инфекционное заболевание, вызываемое *Chlamydia trachomatis*, поражающее человека и животных (млекопитающих), характеризующееся многоочаговостью поражения с вовлечением в воспалительный процесс органов половой сферы, иногда суставов, органов зрения, дыхательных путей
 3. инфекционное заболевание, вызываемое *Chlamydia trachomatis*, передающееся половым путём, характеризующееся многоочаговостью поражения с вовлечением в воспалительный процесс органов половой сферы, иногда суставов, органов зрения, дыхательных путей
 4. инфекционное заболевание, вызываемое *Chlamydia trachomatis*, передающееся половым путём, широко распространённое среди взрослого населения
 5. инфекционное заболевание, вызываемое *Chlamydia trachomatis*, передающееся половым путём, характеризующееся длительным бессимптомным течением, приводящее к бесплодию
144. Пути передачи хламидийной инфекции:
1. бытовой (редко) и половой контакт
 2. восходящий и транслокационный
 3. интранатальный и вертикальный
 4. 1, 3
 5. 1, 2, 3
145. У больных с хламидийным цервицитом (вне беременности) лучше использовать все перечисленное, кроме
1. доксициклина
 2. джозамицин
 3. сумамеда
 4. ампициллина
 5. тетрациклина
146. Факторы риска хламидийной инфекции:
1. многочисленные и случайные сексуальные связи
 2. наличие эрозивно-язвенных поражений половых органов
 3. ранее перенесённые ИППП и/или несистематическое использование барьерных методов контрацепции
 4. контакт с больным хламидийной инфекцией или с синдромом уретрита/цервицита
 5. 1, 3, 4
147. Инкубационный период хламидийной инфекции составляет:
1. от 2 до 26 дней, в среднем 2-10 дней
 2. 2-3 месяца
 3. от 5-7 дней до 6 недель (в среднем 20-30 дней)

4. инкубационного периода как правило не бывает
 5. зависит от возраста и пола пациента
148. Классификация хламидийной инфекции по течению:
1. острая (менее 2 мес), хроническая (более 2 мес), персистирующая (асимптомное течение с периодами рецидивов)
 2. острая (менее 2 мес), латентный (бессимптомное течение около 2 мес), хронический (более 2 мес)
 3. первичная (1-й контакт с инфекцией) и вторичная (повторный контакт через 6 мес после 1-го)
 4. верно все перечисленное
 5. неверно все перечисленное
149. Классификация хламидийной инфекции по топографии:
1. поражение нижнего отдела урогенитального тракта (уретрит, парауретрит,
150. бартолинит, кольпит, цервицит)
2. поражение слизистой оболочки матки, труб, околоматочной и прямокишечной
151. клетчатки, парапроктит
3. восходящая инфекция (поражение слизистой оболочки матки, труб, околоматочной
152. клетчатки, брюшины, печени)
4. поражение слизистых оболочек органов малого таза, грудной и брюшной полости
 5. 1, 3
153. Клинические проявления хламидийной инфекции:
1. проявления хламидиоза неспецифичны: у женщин слизистые или слизисто-гнойные выделения из половых путей, межменструальные или посткоитальные кровянистые выделения, боли внизу живота, дизурические проявления; у мужчин преобладают симптомы уретрита
 2. чаще бессимптомное течение, возможно дизурия, боли внизу живота, диспареуния
 3. клиника проктита, конъюнктивита, синдром Рейтера, венерическая лимфогранулёма
 4. верно все перечисленное
 5. ничего из перечисленного неверно
154. Диагностические методы выявления хламидийной инфекции :
1. у женщин берут пробы из цервикального канала (культуральный метод, ПИФ, ПЦР, ИФА) и/или уретры (культуральный метод, ПИФ, ПЦР, ИФА) и/или влагалища (ПЦР)
 2. у мужчин пробы берут из уретры (культуральный метод, ПИФ, ПЦР, ИФА) или исследуют первую порцию мочи (ПЦР)
 3. бактериологический посев из цервикального канала и/или уретры у женщин и из уретры у мужчин с последующим определением чувствительности к антибиотикам
 4. 1, 2
 5. 1, 2, 3
155. Лечение неосложнённой хламидийной инфекции нижних отделов урогенитальной системы:
1. азитромицин 1,0 внутрь 1 раз в день трижды с интервалом в 7 дней (1,7,14)
 2. доксициклин по 100 мг 2 раза/сутки в течение 7-10 дней
 3. джозамицин 1 г однократно внутрь, затем по 500 мг 2 раза/сутки в течение 10 дней
 4. сочетание азитромицина 500 мг или доксициклина 400 мг с метронидазолом 500 мг
 5. верно 1 2 3
156. Лечение хламидийной инфекции верхних отделов мочеполовой системы, органов малого таза и других органов:

1. схема лечения аналогична терапии неосложнённой инфекции
 2. схема лечения аналогична терапии неосложнённой инфекции, а длительность курса не менее 14 дней
 3. увеличивается доза препаратов в 2 раза либо кратность приёма до 3-4 раз/сутки, в зависимости от тяжести процесса
 4. антибактериальная терапия по результатам бактериологического посева с учётом чувствительности
 5. все перечисленное верно
157. Микоплазмоз – это:
1. инфекционное воспалительное заболевание мочеполовых путей, вызываемое *M.genitalium*, *Ureaplasma urealiticum*, приводящее к хроническому рецидивирующему течению
 2. инфекционное воспалительное заболевание мочеполовых путей, вызываемое *M.genitalium*, *M. hominis*, приводящее к хроническому рецидивирующему течению
 3. инфекционное воспалительное заболевание мочеполовых путей, вызываемое *M.genitalium*, *M.hominis*, *Ureaplasma urealiticum*, приводящее к хроническому рецидивирующему течению
 4. инфекционное воспалительное заболевание мочеполовых путей, вызываемое *Ureaplasma genitalium*, *M.hominis*, *Ureaplasma urealiticum*, приводящее к хроническому рецидивирующему течению
 5. инфекционное воспалительное заболевание мочеполовых путей, вызываемое *M.genitalium*, *Ureaplasma hominis*, *M. urealiticum*, приводящее к хроническому рецидивирующему течению
158. Характерные признаки микоплазменной инфекции:
1. отсутствие ригидной клеточной стенки и выраженный полиморфизм, наличие в клетках ДНК и РНК
 2. мембранный тип паразитирования, постоянно изменяющийся антигенный состав
 3. способность вызывать иммунопатологические состояния у человека
 4. способность к длительной персистенции в организме
 5. всё перечисленное
159. Пути распространения:
1. половой, алиментарный, воздушно-капельный (очень редко)
 2. половой, восходящий, бытовой, трансплацентарный, транслокационный
 3. половой, восходящий, гематогенный, трансплацентарный, транслокационный
 4. половой, воздушно-капельный (очень редко), гематогенный, трансплацентарный, транслокационный
 5. половой, трансплацентарный, транслокационный, фекально-оральный
160. Классификация микоплазменной инфекции:
1. острый, подострый, вялотекущий, хронический, носительство микоплазм
 2. острый, латентный, хронический
 3. уретрит, вагинит, цервицит, эндометрит, сальпингит
 4. 1, 2, 3
 5. 1, 3
161. Клиника микоплазменной инфекции:
1. периодический зуд и жжение в области гениталий, дизурические расстройства, бесплодие I и II, невынашивание беременности, аномалии развития плода
 2. жалоб особых нет, в анамнезе невынашивание беременности, бесплодие II

3. боли внизу живота, гнойные выделения из половых путей, бесплодие I и II, невынашивание беременности
 4. все перечисленное верно
 5. все перечисленное не верно
162. Методы исследования микоплазменной инфекции:
1. культуральный метод (концентрация микоплазм более 10 в 4 степени КОЕ в 1 мл)
 2. ПЦР, ИФА
 3. реакция непрямой иммунофлюоресценции
 4. реакция пассивной гемагглютинации
 5. все перечисленное
163. Лица, подлежащие обследованию на микоплазменную инфекцию:
1. женщины, планирующие беременность (включая подготовку к ЭКО)
 2. женщины с ОАА и/или с воспалительными процессами в нижних отделах мочеполового тракта
 3. женщины, имеющие большое число половых партнёров, и/или с признаками уретрита, вагинита, цистита, эндометрита
 4. 1, 2,
 5. 1, 2, 3
164. Антибактериальная терапия не проводится при:
1. у всех пациентов при выявлении *M.genitalium*
 2. при выявлении *M.genitalium* и при наличии клинических симптомов
 3. при выделении *Ureaplasma urealiticum* и *M.hominis* у больных с нарушением фертильности, репродуктивными потерями, предгравидарной подготовкой
 4. при выявлении *Ureaplasma urealiticum* и *M.hominis* в титрах 10 в 3 степени КОЕ/мл и отсутствии клинических проявлений
 5. при выделении *Ureaplasma urealiticum* и *M.hominis* у больных с ОАА
165. Антибактериальная терапия проводится в течение 7-14 дней:
1. с учётом чувствительности к антибиотикам по результатам бак.посева из цервикального канала/уретры
 2. одним из препаратов: доксициклин, тетрациклин, азитромицин, джозамицин, кларитромицин, офлоксацин, спирамицин
 3. сочетанием доксициклина или тетрациклина с азитромицином или джозамицином
 4. сочетанием джозамицина с офлоксацином или кларитромицином
 5. метрид 100,0 в/в капельно каждые 8 часов в течение 3 суток в сочетании с антибиотиком широкого спектра действия
166. Половой путь передачи инфекции характерен в основном
1. для хламидий
 2. для вируса простого герпеса
 3. для трихомонады
 4. верно 1) и 3)
 5. верно 2) и 3)
167. В патогенезе воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии особое значение имеет
1. вирулентность микроба
 2. состояние защитных сил организма женщины
 3. наличие раневых входных ворот

4. верно 1) и 2)
 5. все перечисленное
168. В настоящее время отмечаются следующие особенности микрофлоры при воспалительных заболеваниях женских половых органов
1. преобладание ассоциаций микроорганизмов
 2. возрастание числа анаэробов и вирусов
 3. наличие хламидий и микоплазм
 4. верно 2) и 3)
 5. верно все перечисленное
169. В развитии гарднереллеза большое значение имеют:
1. гипоэстрогения;
 2. сдвиги pH влагалищного содержимого в щелочную сторону;
 3. гибель лактобацилл;
 4. рост анаэробов;
 5. все ответы правильные
170. Особенности взятия мазков на GN
1. мазки берутся, как правило, из уретры и цервикального канала
 2. мазки необходимо брать до назначения антибактериальных препаратов
 3. за 1 час до взятия мазков больная не должна мочиться
 4. в день взятия мазков женщина не должна подмываться или спринцеваться
 5. все перечисленные
171. Локализация первичного очага у больной с гонореей зависит
1. от возраста женщины
 2. от анатомических особенностей гениталий
 3. от нарушения правил асептики при инвазивных методах диагностики в гинекологии
 4. верно 1) и 3)
 5. от всего перечисленного
172. Гонорейную этиологию воспалительного процесса в области придатков матки можно предположить (с большой долей вероятности)
1. при наличии двустороннего сальпингоофорита у первично бесплодной женщины
 2. при сочетании двустороннего сальпингоофорита с эндоцервицитом (у женщин, у которых не было родов, абортов, инвазивных лечебно-диагностических процедур)
 3. при сочетании двустороннего сальпингоофорита с уретритом, бартолинитом
 4. верно 2) и 3)
 5. при всем перечисленном
173. Инкубационный период при гонококковой инфекции составляет:
1. до 3 месяцев,
 2. до 1 месяца,
 3. до 1 года,
 4. до 0,5 года
 5. больше 1 года
174. Для гонококковой инфекции не типично поражение :
1. сердечно-сосудистой системы,
 2. нижних отделов мочеполовой системы,
 3. прямой кишки,
 4. глаз

5. ничего из перечисленного
175. Гонорейную этиологию воспалительного процесса в области придатков матки можно
176. предположить:
 1. при наличии двустороннего сальпингоофорита у первично бесплодной женщины;
 2. при сочетании двустороннего сальпингоофорита с эндоцервицитом (у женщин, у которых не было родов, абортов);
 3. при сочетании двустороннего сальпингоофорита с уретритом, бартолинитом;
 4. все ответы правильные
 5. все перечисленное не верно
177. Преимущественный путь распространения гонорейной инфекции:
 1. лимфогенный;
 2. гематогенный;
 3. перинеуральный;
 4. контактный;
 5. интраканаликулярный.
178. В соответствии с существующей классификацией гонореи различают
 1. свежую гонорею
 2. хроническую гонорею
 3. латентную гонорею
 4. гонококконосительство
 5. все перечисленное
179. Укажите критерии излеченности гонореи
 1. отсутствие жалоб;
 2. отсутствие в мазках гонококков после окончания курса специфической терапии;
 3. отсутствие анатомических изменений в придатках матки;
 4. отсутствие в мазках гонококков, взятых в дни менструации в течение
 5. менструальных циклов после окончания курса лечения и проведения провокаций.
180. Критерии излеченности больных гонореей устанавливаются после лечения в течение:
 1. одного месяца;
 2. двух месяцев;
 3. трех месяцев;
 4. четырех месяцев;
 5. пяти месяцев.
181. Восходящая гонорея – это поражение:
 1. канала шейки матки;
 2. маточных труб;
 3. парауретральных желез;
 4. уретры;
 5. всех перечисленных выше органов.
182. Для гонококков характерны следующие признаки:
 1. положительная окраска по Граму;
 2. расположение внутри клетки (в цитоплазме мононуклеаров);
 3. округлая форма;
 4. тропность к многослойному плоскому эпителию;
 5. все перечисленное выше.
183. Какие поражения может вызывать диссеминированная гонококковая инфекция?

1. дерматит;
 2. лихорадку;
 3. эндокардит;
 4. септицемию;
 5. менингит.
184. Назовите основной клинический симптом бактериального вагиноза:
1. зуд наружных половых органов и промежности;
 2. диспареуния;
 3. обильные бели с неприятным запахом;
 4. дизурия;
 5. тазовая боль.
185. Укажите диагностические тесты, свидетельствующие о наличии бактериального вагиноза:
1. обнаружение ключевых клеток;
 2. повышение рН влагалищного секрета;
 3. положительный аминотест белей;
 4. все перечисленное выше;
 5. ничего из перечисленного выше.
186. Трихомонады устойчивы к воздействию:
1. прямых солнечных лучей,
 2. антибиотиков,
 3. влаги,
 4. высокой температуры (выше 40*С)
 5. ничего из перечисленного
187. С учетом продолжительности заболевания различают следующие формы трихомониаза, кроме:
1. свежая,
 2. хроническая,
 3. бессимптомное носительство,
 4. подострая
 5. все перечисленное верно
188. Трихомониаз не передается :
1. половым путем,
 2. гематогенным,
 3. бытовым путем,
 4. контактным путем,
 5. инфицирование детей во время родов
189. Развитию трихомониаза способствуют:
1. интенсивность инфекции,
 2. время года,
 3. возраст пациентки,
 4. паритет беременности
 5. все перечисленное верно
190. Для трихомонадного кольпита наиболее типичны выделения из влагалища:
1. белые, творожные;
 2. серые, с аминным запахом;

3. прозрачные, слизистые;
 4. желто-зеленые, пенистые;
 5. серозные с прожилками крови.
191. При урогенитальном трихомонозе поражается в основном
1. влагалище
 2. уретра
 3. цервикальный канал
 4. мочевого пузыря
 5. верно 1, 2, 3
192. К развитию кандидозного вагинита предрасполагают:
1. химиотерапия рака;
 2. климактерический период;
 3. полиартрит;
 4. антибиотикотерапия;
 5. пиелонефрит.
193. Принципы лечения больных с генитальным кандидозом
1. проведение антипротозойной и антимикробной санации очагов инфекции
 2. лечение кандидозной инфекции
 3. лечение полового партнера
 4. исключение половой жизни во время лечения
 5. все перечисленные
194. В классификацию урогенитального кандидоза не входит форма:
1. кандидоносительство,
 2. острая,
 3. хроническая,
 4. волнообразно-текущая
 5. подострая
195. Что не является предрасполагающим фактором развития урогенитального кандидоза:
1. использование ВМС
 2. нерациональное применение антибиотиков, цитостатиков
 3. гормональный дисбаланс
 4. нормальные показатели иммунитета
 5. заболевания ЖКТ
196. У 18-летней женщины при задержке менструации на 10 дней появились острые боли нижней части живота, повышение температуры до 37,4°C, лейкоцитоз $12,4 \times 10^9/\text{л}$. При пальпации боли распространяются до верхней части живота справа. Дифференциальную диагностику проводят со всеми следующими заболеваниями, кроме:
1. эктопической беременности;
 2. аппендицита;
 3. острого сальпингита;
 4. кольпита;
 5. перекрута ножки опухоли яичника.
197. К факторам способствующим возникновению кандидозного вульвовагинита относятся
198. все нижеперечисленные, кроме:
1. ожирения
 2. спринцевания содовым раствором

3. сахарного диабета
 4. редких половых сношений
 5. частого приема антибактериальных препаратов.
199. Какое заболевание следует заподозрить, если влагалищная дрожжевая инфекция часто
200. повторяется
1. анемию;
 2. сахарный диабет;
 3. системную красную волчанку;
 4. эндометриоз гениталий;
 5. врожденную гиперплазию надпочечников.
201. Сифилис – это хроническая венерическая болезнь, характеризующаяся поражением:
1. слизистой оболочки органов мочеполовой сферы
 2. кожи и слизистой оболочки наружных половых органов
 3. кожи, слизистых оболочек, внутренних органов, костей и нервной системы
 4. кожи, слизистой оболочки ротовой полости и наружных половых органов
 5. лимфатической системы
202. Клинически различают следующие стадии течения сифилиса:
1. острый, латентный, хронический сифилис
 2. инкубационный, первичный, вторичный, третичный сифилис
 3. острый, подострый, рецидивирующий сифилис
 4. первичный, вторичный, третичный сифилис
 5. острый, хронический
203. Пути передачи сифилиса:
1. половой, бытовой, воздушно-капельный
 2. алиментарный, половой
 3. только половой, в том числе гомосексуальный
 4. половой; от матери к плоду, через плаценту; бытовой
 5. гематогенный
204. Туберкулез женских половых органов развивается чаще в результате:
1. заноса инфекций половым путём
 2. вторичного заноса инфекций гематогенным, лимфогенным путем чаще из легких, реже из кишечника
 3. поражение первично происходит внутриутробно от больной матери
 4. все перечисленное верно
 5. все перечисленное не верно
205. Лечение генитального туберкулёза проводят:
1. в ГСВ по месту жительства
 2. в гинекологическом отделении род. дома по месту жительства
 3. в септической гинекологии
 4. в специализированном диспансере/санатории
 5. в общей терапии
206. Диагностика туберкулеза проводится:
1. R-графия грудной клетки и органов малого таза
 2. анамнез, R-графия грудной клетки и органов малого таза
 3. анамнез, туберкулиновая проба, бак посев выделений из половых путей, менструальная кровь, соскобы/смывы из полости матки, лапароскопия
 4. туберкулиновая проба + ПЦР

5. ПЦр
207. Брак считается бесплодным, если беременность не наступает при наличии регулярной половой жизни без использования средств контрацепции в течении:
1. 6 месяцев
 2. 1 года
 3. 2х лет
 4. 2.5 лет
 5. 5 лет
208. Термин «первичное бесплодие» означает:
1. не было ни одной беременности
 2. не было рождено живых детей
 3. все беременности прерваны по медицинским показаниям
 4. отсутствуют внутренние половые органы
 5. все перечисленное выше
209. Что не является причиной эндокринного бесплодия:
1. СПКЯ
 2. ВГКИ
 3. аденома гипофиза
 4. гипотиреоз
 5. синдром Ашермана
210. Эндокринное бесплодие может быть обусловлено всем, кроме:
1. адреногенитального синдрома
 2. синдрома гиперпролактинемии
 3. синдрома поликистозных яичников
 4. гипоталамо-гипофизарной дисфункции
 5. дисгерминомы
211. Показаниями для применения кломифена является все нижеперечисленное, кроме:
1. длительность нарушения менструального цикла не более 5 лет
 2. ранее использование для стимуляции овуляции агонистов ГН-РГ
 3. достаточная эстрогенная насыщенность
 4. лабораторные параметры: ЛГ до 10 МЕ/л; ФСГ=5-7 МЕ/л; E2=150-200пмоль/л;
212. Т и ПРЛ норма
5. возраст женщин до 30 лет
213. Назовите наиболее информативный тест на определение овуляции
1. натяжение цервикальной слизи
 2. симптом зрачка
 3. ректальная температура
 4. фолликулометрия
 5. тест на овуляцию по моче
214. Для диагностики ановуляции проводятся все нижеперечисленные гормональные исследования, кроме:
1. пролактин
 2. ЛГ, ФСГ
 3. эстрадиол
 4. тестостерон, ДГЭАС
 5. СТГ

215. УЗИ критерии доминантного фолликула в преовуляторной фазе
1. диаметром 5-6 мм
 2. диаметром 10 -15мм
 3. диаметром 18-20 мм
 4. диаметром 30 -35 мм
 5. диаметром более 35 мм
216. Что имеет основное значение при мониторинге овуляции
1. день менструального цикла
 2. размер доминантного фолликула по УЗИ
 3. подъем ректальной температуры
 4. положительный тест на овуляцию по моче
 5. натяжение слизи до 12 см
217. Какова тактика врача акушера-гинеколога в случае неэффективности 50 мг кломифена с 5-9 день цикла в первом цикле стимуляции
1. 50 мг кломифен с 5-9 день цикла повторно
 2. 100 мг кломифен с 5-9 день цикла
 3. стимуляция овуляции гонадотропинами (Хумегон) + ЧГХ
 4. лапароскопия
 5. ничего из перечисленного
218. Индукция овуляции кломифеном не показана во всех случаях, кроме
1. при гипоестрогении (эстрадиол <150 пмоль/л)
 2. после индукции агонистами ГН-РГ
 3. длительном анамнезе бесплодия
 4. высокий уровень ЛГ(>15МЕ/л)
 5. активный репродуктивный возраст
219. Сколько курсов стимуляции овуляции кломифеном рекомендуется проводить подряд
1. не более 1
 2. не более 2
 3. не более 3
 4. не более 4
 5. не более 5
220. К УЗИ признакам ановуляции относится все, кроме
1. полного отсутствия антральных фолликулов
 2. полного отсутствия созревания антрального фолликула
 3. неполноценного созревания антрального фолликула
 4. лютеинизации неовулировавшего фолликула
 5. формирования из преовуляторного фолликула фолликулярной кисты
221. Стимуляция овуляции гонадотропинами показана во всех нижеперечисленных случаях, кроме
1. при отсутствии эффекта от стимуляции кломифеном
222. 2. при недостаточной эстрогенной насыщенности
2. в позднем репродуктивном возрасте
 3. СПКЯ
 4. синдром истощения яичников
223. Для синдрома Штейна – Левенталя характерно
1. нарушение менструального цикла с менархе
 2. патологический рост волос на теле

3. бесплодие
 4. нормальное развитие молочных желез
 5. все ответы правильны
224. Наличие ановуляции устанавливают на основании:
1. монофазной базальной температуры
 2. отсутствия доминантного фолликула на 12-14 день менструального цикла d18-20 мм
 3. монотонно низкого уровня прогестерона на 16-22 д.м.ц
 4. укорочения II фазы цикла до 6-8 дней и ступенеобразного подъема ее после овуляции
 5. верно 1,2,3
225. Для лечения ановуляции применяются все нижеперечисленные лекарственные препараты, кроме:
1. достинекса
 2. кломифена
 3. ХГ
 4. даназола
 5. дексаметазона
226. Методами, позволяющими уточнить диагноз синдрома лютеинизации неовулировавшего фолликула, являются:
1. лапароскопия
 2. ультразвуковое сканирование
 3. определение уровня гонадотропных гормонов в крови
 4. тесты функциональной диагностики
 5. правильно 1.2
227. НЛФ – это нарушение функции яичников, характеризующееся:
1. увеличением передней доли гипофиза
 2. гиперплазией коры надпочечников
 3. гипофункцией желтого тела яичника
 4. диффузным увеличением щитовидной железы
 5. органическим нарушением гипоталамических структур
228. Причинами НЛФ является все нижеперечисленное кроме:
1. гиперандрогении яичникового и надпочечникового генеза
 2. гиперпролактинемии
 3. воспалительного процесса в малом тазу
 4. гипотиреоза
 5. синдрома истощения яичников
229. Что не используется в постановке диагноза НЛФ:
1. ректальная температура
 2. УЗИ – фолликулометрия
 3. экскреция прегнандиол с мочой
 4. определение АМГ
 5. биопсия эндометрия
230. Нормальная продолжительность лютеиновой фазы по данным ректальной температуры составляет:
1. 5-7 дней.
 2. 11-14 дней
 3. 16-18 дней

4. 20-24 дня
 5. 28-30 дней
231. На какой день подъема ректальной температуры приходится пик синтеза прогестерона
1. 1-2 день
 2. 4-5 день
 3. 7-8 день
 4. 10-11 день
 5. 14-15 день
232. Характерные признаки НЛФ по данным ректальной температуры:
1. укорочение второй фазы менструального цикла и разница t_0 в обе фазы не менее 0,3 0С
 2. укорочение второй фазы менструального цикла и разница t_0 в обе фазы не менее 0,6 0С
 3. укорочение второй фазы менструального цикла и разница t_0 в обе фазы не менее 0,8 0С
 4. укорочение второй фазы менструального цикла и разница t_0 в обе фазы не менее 1,0 0С
 5. укорочение второй фазы менструального цикла и разница t_0 в обе фазы не менее 1,3 0С
233. Характерным для НЛФ при биопсии эндометрия является:
1. недостаточность пролиферативной трансформации эндометрия
 2. выраженная пролиферативная трансформация эндометрия
 3. недостаточность секреторной трансформации эндометрия
 4. выраженная секреторная трансформация эндометрия
 5. атрофический эндометрий с фиброзом стромы
234. К УЗИ критериям НЛФ относится все нижеперечисленное, кроме
1. минимального прироста толщины эндометрия
 2. повышения эхоплотности эндометрия однородной структуры с ежедневным приростом его толщины
 3. узкого однослойного эндометрия
 4. трехслойного М эхо
 5. укорочения длительности фазы секреции
235. Какими лекарственными препаратами проводится лечение НЛФ
1. эстрофемом
 2. даназолом
 3. дидрогестероном
 4. фемостоном 1/10
 5. яриной
236. Для стимуляции овуляции применяют все перечисленные препараты, кроме:
1. кломифена
 2. пурегона
 3. премарина
 4. профази
 5. клостилбегита
237. При выявлении синдрома гиперстимуляции яичников необходимо:
1. прекратить применение препарата, стимулирующего овуляцию
 2. обеспечить физический и психо-эмоциональный покой
 3. заменить другим препаратом, стимулирующим овуляцию
 4. срочное чревосечение, резекция измененного яичника
 5. правильно 1.3
238. К факторам риска развития синдрома гиперстимуляции яичников до начала стимуляции овуляции относится все нижеперечисленное, кроме:

1. молодого возраста в сочетании с низким индексом массы тела (□25)
 2. СПКЯ
 3. большого объема яичника
 4. низких доз гонадотропинов
 5. наличия СГЯ в анамнезе
239. К легкой степени синдрома гиперстимуляции яичников относится все нижеперечисленное, кроме:
1. отсутствия клинических симптомов
 2. определения уровня E2 в плазме крови более 150 мкг.
 3. определения уровня прегнадиола в моче более 10 мг.
 4. асцита
 5. увеличения размеров яичников более 5 см в диаметре
240. К средней степени синдрома гиперстимуляции яичников относится все нижеперечисленное, кроме:
1. боли в низу живота
 2. тошнота, рвота, понос
 3. олигоурия
 4. асцит
 5. увеличение размеров яичников более 5 см в диаметре
241. К тяжелой степени синдрома гиперстимуляции яичников относится все нижеперечисленное, кроме:
1. асцита, гидроторекса
 2. гематокрита > 45%
 3. гиперпротеинемии
 4. яичников более 12 см в диаметре
 5. олигоанурии
242. Что является триггером индуцируемой овуляции при синдроме гиперстимуляции яичников?
1. кломифен
 2. дексаметазон
 3. ХГЧ
 4. дюфастон
 5. менотропин
243. К мерам профилактики синдрома гиперстимуляции яичников относится все нижеперечисленное, кроме:
1. прекращения стимуляции при выраженной тенденции к СГЯ
 2. снижения дозы гонадотропинов
 3. введения овуляторной дозы ХГЧ
 4. аспирации всех фолликулов при пункции
 5. отмены переноса эмбриона в полость матки в очередном менструальном цикле.
244. К клиническим проявлениям синдрома гиперстимуляции яичников относится все нижеперечисленное кроме,
1. желтушности кожных покровов
 2. тахикардии, тахипное
 3. положительных симптомов раздражения брюшины
 4. отеков конечностей и брюшной стенки
 5. олигоурии, анурии

245. К УЗИ характеристикам синдрома гиперстимуляции яичников относится все, кроме
1. увеличения яичников от 5 до 25 см в диаметре с множеством кист
 2. матки нормальных размеров или увеличена
 3. наличия свободной жидкости в малом тазу
 4. прогрессирующей беременности
 5. появления двухсторонних гидросальпинксов
246. При синдроме гиперстимуляции яичников характерны все нижеперечисленные лабораторные данные, кроме
1. гемоконцентрация, лейкоцитоз, тромбоцитоз
 2. гипопроотеинемия
 3. повышение концентрации фибриногена
 4. гематурия
 5. высокий уровень С реактивного белка
247. С каким заболеванием проводят дифференциальную диагностику синдрома гиперстимуляции яичников
1. СПКЯ
 2. рак яичников
 3. эктопическая беременность
 4. фолликулярная киста яичников
 5. ничего из перечисленного
248. Первостепенной задачей медикаментозного лечения синдрома гиперстимуляции яичников является:
1. антибиотикотерапия
 2. гематрансфузия
 3. возмещение ОЦК
 4. назначение диуретиков
 5. эвакуация свободной жидкости из плевральной, брюшной и полости малого таза
249. Какой из препаратов является основой инфузионной терапии синдрома гиперстимуляции яичников
1. гемодез
 2. диссоль
 3. глюкоза
 4. гидроксипроксиэтилкрахмал
 5. физиологический раствор
250. К маточным формам бесплодия относится все нижеперечисленное, кроме:
1. гиперпластических процессов эндометрия
 2. миомы матки
 3. аденомиоза
 4. синдрома Ашермана
 5. дисгенезии гонад
251. К гормональным изменениям при бесплодии, обусловленном генитальным эндометриозом относится все, кроме:
1. высокой концентрации эстрадиола
 2. уменьшения продукции ФСГ
 3. недостаточного подъема ЛГ
 4. гиперпролактенемии

5. увеличения концентрации тестостерона
252. Причинами бесплодия при эндометриозе маточных труб является все нижеперечисленное, кроме:
 1. прорастаний гетеротопий в просвет маточных труб
 2. диффузного утолщения стенок маточных труб
 3. сужения просвета маточных труб
 4. деструкции ампулярного отдела маточных труб
 5. наличия перивариальных спаек
253. Какой метод диагностики бесплодия обусловленного генитальным эндометриозом является наиболее достоверным?
 1. ТФД
 2. ГСГ
 3. УЗИ
 4. лапароскопия
 5. увеличение эстрадиола крови
254. Какова тактика ведения женщины с бесплодием обусловленным наружным эндометриозом I-II степени:
 1. гормональное лечение
 2. лапароскопическая коагуляция эндометриoidных гетеротопий
 3. лапароскопия с последующей гормональной терапией
 4. ЭКО
 5. ничего из перечисленного
255. Какова тактика ведения женщин с бесплодием, обусловленным наружным эндометриозом III степени:
 1. гормональное лечение
 2. лапароскопическая коагуляция эндометриoidных гетеротопий
 3. лапароскопическая коагуляция эндометриoidных с последующей гормональной терапией
 4. ЭКО
 5. ничего из перечисленного
256. Какова тактика ведения женщин с бесплодием, обусловленным наружным эндометриозом IV степени:
 1. гормональное лечение
 2. лапароскопическая коагуляция эндометриoidных гетеротопий
 3. лапароскопия с последующей гормональной терапией
 4. ЭКО
 5. ничего из перечисленного
257. В лечении бесплодия обусловленного наружным эндометриозом применяют все препараты, кроме:
 1. эстрогены
 2. агонисты ГН-РГ
 3. КОК
 4. гестагены
 5. даназол
258. Бесплодие при синехиях полости матки обусловлено всем нижеперечисленным, кроме
259. 1. облитерации устья маточных труб
 2. уменьшения площади функционального эндометрия
 3. гипоэстрогении

260. 4. создания механических препятствий для имплантации плодного яйца
4. отсутствия васкуляризации участков слизистой полости матки
261. Бесплодие при миоме матки обусловлено всем нижеперечисленным, кроме
262. 1. отсутствия полноценной секреторной трансформации эндометрия
263. 2. наличия механического препятствия для nidации плодного яйца
264. 3. гипопрогестеронемии
5. гиперпролактинемии
6. ничего из вышеперечисленного
265. Бесплодие при гиперплазии эндометрия обусловлено
266. 1. недостаточной пролиферативной трансформацией эндометрия
267. 2. недостаточной секреторной трансформацией эндометрия
268. 3. атрофическими изменениями в эндометрии
5. нарушением васкуляризации эндометрия
6. лейкоцитарной инфильтрацией эндометрия
269. Причинами синдрома Ашермана являются:
1. повторные диагностические выскабливания слизистой оболочки матки
2. послеродовые и послеабортные осложнения
3. воздействие химических прижигающих веществ
4. эндометрит
5. верно все перечисленное
270. Методами позволяющими уточнить диагноз иммунологического бесплодия, являются:
1. определение антиспермальных антител в крови и в шейной слизи
2. посткоитальный тест (проба Шуварского)
3. проба Курцрока - Миллера
4. определение количества лейкоцитов в шейной слизи
5. правильно 1.2.3
271. Нарушение проходимости маточных труб может быть следствием:
1. генитального хламидиоза
2. наружного генитального эндометриоза
3. оперативных вмешательств на органах малого таза и брюшной полости
4. гонорейного сальпингита
5. всего перечисленного выше
272. Наиболее частыми причинами ТПФБ являются:
1. неспецифические рецидивирующие воспалительные заболевания придатков матки
2. специфические воспалительные заболевания придатков матки
3. эндометриоз маточных труб
4. пороки развития маточных труб
5. правильно 1.2.3
273. К причинам формирования ТПФБ относится все, кроме:
1. воспалительных заболеваний органов малого таза
2. внутриматочных манипуляций
3. оперативных вмешательств на органах малого таза и брюшной полости
4. метаболического синдрома
5. эндометриоза маточных труб и др. формы наружного эндометриоза.
274. К нарушению функции маточных труб приводит все нижеперечисленное, кроме
1. нарушения синтеза половых стероидов

2. хронического психологического стресса по поводу бесплодия
 3. увеличения метаболитов простагличина и тромбоксана в маточной трубе
 4. эндометриоза маточных труб
 5. варикозного расширения маточных сосудов
275. Факторами, обуславливающими ТПФБ при хроническом сальпингофорите являются:
1. полная облитерация просвета маточных труб
 2. повреждение реснитчатого эпителия слизистой маточной трубы
 3. развитие перитубарных спаек
 4. локальная гипертермия
 5. правильно 1.2.3.
276. К профилактике ТПФБ относится все нижеперечисленное, кроме
1. своевременное лечение ИППП
 2. рациональное ведение родов и послеродового периода
 3. ранняя реабилитация после гинекологических операций
 4. своевременное проведение гидротубаций
 5. своевременная диагностика и лечение аппендицита
277. Какой из методов обследования наиболее эффективен в диагностике ТПФБ:
1. пертубация
 2. гистеросальпингография
 3. эхогистероскопия
 4. лапароскопия с хромотубацией
 5. биконтрастная гистерография
278. К основным видам эндоскопических операций при ТПФБ относится все нижеперечисленное, кроме
1. адгезиолизиса
 2. сальпинголизиса
 3. сальпингостомии
 4. фимбриопластики
 5. гистероскопии
279. Показаниями к искусственной инсеминации спермой донора являются:
1. азоспермия
 2. олиго и олигоастеноспермия
 3. несовместимость супругов по резус-фактору
 4. заболевания мужа, передающиеся потомству
 5. все перечисленное выше
280. Для лечения ТПФБ применяют все перечисленные ниже методы, кроме:
1. лечебной гидротубации
 2. реконструктивно-пластической операции на маточных трубах
 3. лечебно-диагностической лапароскопии
 4. ЭКО
 5. верно все перечисленное
281. Относительными противопоказаниями к хирургическому лечению ТПФБ с целью восстановления естественной фертильности являются все, кроме:
1. возраст женщины старше 35 лет и длительность бесплодия свыше 10 лет;
 2. острые и подострые воспалительные заболевания;
 3. эндометриоз III–IV степени по классификации AFS;

- 4 перенесённые ранее реконструктивнопластические операции на маточных трубах;
 - 5 туберкулёз внутренних половых органов.
282. Противопоказания к проведению лапароскопии при ТПФБ является все, кроме
283. 1. острых воспалительных заболеваний
284. 2. эндометриоза III – IV стадии
285. 3. спаечного процесса в малом тазу III – IV стадии
286. 4. перенесенных ранее реконструктивно-пластические операции на маточных трубах
6. параовариальной кисты
287. Тактика ведения врача акушера гинеколога при диагностике сактосальпинкса диаметром 4-5 см при лапароскопии
1. сальпинголизис
 2. сальпингостомия
 3. сальпингостомия с фимбриопластикой
 4. тубэктомия
 5. консервативное лечение
288. Тактика ведения врача акушера гинеколога при отсутствии беременности в течение
289. 2 лет после двухсторонней сальпингостомии
1. противовоспалительное лечение
 2. стимуляция овуляции
 3. повторная лапароскопия
 4. ЭКО
 5. ничего из перечисленного
290. Тактика ведения врач акушера гинеколога при непроходимости маточных труб в истмическом и интерстициальном отделах маточных труб
1. противовоспалительное лечение
 2. гидротубация
 3. гистероскопия
 4. лапароскопия
 5. ЭКО
291. В клубочковой зоне коры надпочечника образуются
1. глюкокортикоиды
 2. альдостерон
 3. норадреналин
 4. андрогены
 5. все перечисленное
292. При предменструальном синдроме отмечается, как правило, во II фазу менструального цикла
1. гиперэстрогения
 2. повышение секреции АКТГ
 3. повышение уровня серотонина
 4. верно 1) и 2)
 5. все перечисленное
293. Методом лечения синдрома склерокистозных яичников является:
1. синтетические прогестины
 2. клиновидная резекция обоих яичников
 3. лечение прогестероном

4. лечение кломифенцитратом
 5. КОК
294. Метод лечения при лечении гиперплазии эндометрии в репродуктивном возрасте
1. синтетические прогестины
 2. гестагены и андрогены
 3. гестагены
 4. гестагены и эстрогены
 5. ничего из перечисленного
295. Метод лечения при лечении гиперплазии эндометрии в климактерическом периоде
1. синтетические прогестины
 2. гестагены и андрогены
 3. гестагены
 4. гестагены и эстрогены
 5. ничего из перечисленного
296. Метод лечения при лечении гиперплазии эндометрии в постменопаузальном периоде
1. синтетические прогестины
 2. гестагены и андрогены
 3. гестагены
 4. гестагены и эстрогены
 5. ничего из перечисленного
297. При климактерическом синдроме у женщин в пременопаузе наблюдаются следующие клинические симптомы
1. вегето-сосудистые
 2. психо-эмоциональные
 3. обменно-эндокринные
 4. все перечисленные
 5. ничего из перечисленного
298. Проявления нейровегетативных форм климактерического синдрома?
1. атрофия, сухость слизистой влагалища, зуд
 2. остеопороз
 3. нарушение сна, памяти, раздражительность
 4. отеки, нагрубание молочных желез
 5. приливы и потливость
299. Проявления психоневрологических симптомов климактерического синдрома?
1. атрофия, сухость слизистой влагалища, зуд
 2. остеопороз
 3. нарушение сна, памяти, раздражительность
 4. отеки, нагрубание молочных желез
 5. приливы и потливость
300. Поздние проявления климактерического синдрома?
1. атрофия, сухость слизистой влагалища, зуд
 2. остеопороз
 3. нарушение сна, памяти, раздражительность
 4. отеки, нагрубание молочных желез
 5. приливы и потливость
301. Первичная альгоменорея обусловлена
1. инфантилизмом

2. ретродевиацией матки
 3. высокой продукцией простагландинов
 4. всем перечисленным
 5. ничем из перечисленного
302. Лечение больных с синдромом истощения яичников должно быть направлено
1. на стимуляцию функции яичников
 2. на получение менструальноподобной реакции
 3. на уменьшение выраженности вегето-сосудистых расстройств
 4. на все перечисленное
 5. ни на что из перечисленного
303. У больных с синдромом Шихана на фоне снижения уровня ТТГ наблюдаются следующие проявления гипотиреозидизма
1. безразличие к окружающей обстановке
 2. зябкость
 3. снижение общего тонуса организма
 4. все перечисленные
 5. ничего из перечисленного
304. Аменорея при гигантизме связана
1. с гиперпродукцией АКТГ до периода полового созревания
 2. с гиперпродукцией СТГ до периода полового созревания
 3. с гиперпродукцией АКТГ после окончания периода полового созревания
 4. с гиперпродукцией СТГ после окончания периода полового созревания
 5. ни с чем из перечисленного
305. О какой форме аменореи свидетельствует отрицательный результат функциональной пробы с комбинированными эстроген-гестагенными препаратами:
1. гипоталамической
 2. гипофизарной
 3. яичниковой
 4. маточной
 5. ничего из перечисленного
306. О какой форме аменореи свидетельствует положительна проба с дексаметазоном (если уровень андрогенов снижается на 50%):
1. гипоталамо-гипофизарной
 2. яичниковой
 3. надпочечниковой
 4. маточной
 5. ничего из перечисленного
307. Положительная проба с прогестероном означает о:
1. наличие достаточной эстрогенной насыщенности организма
 2. недостаточную продукцию прогестерона в организме
 3. центральный генез аменореи
 4. маточной формы аменоери
 5. правильно 1, и 2
308. Дисгенетическое яичко у больной с аменореей яичникового генеза склонно
1. к вирилизации
 2. к малигнизации
 3. к феминизации

4. ко всему перечисленному
 5. ни к чему из перечисленного
309. При отрицательной пробе с гонадотропинами у больных с аменореей показано
1. проба с эстрогенами и гестагенами в циклическом режиме
 2. лапароскопия и биопсия яичников
 3. лапароскопия и удаление гонад
 4. прогестероновая проба
 5. ничего из перечисленного
310. Дефицит массы тела, как правило, является одной из причин
1. запаздывания наступления первой менструации
 2. длительного становления менструальной функции
 3. развития или усугубления нарушения менструальной функции
 4. всего перечисленного
 5. ничего из перечисленного
311. В цепи биосинтеза стероидов первым биологически активным гормоном является
1. андростендион
 2. эстрадиол
 3. эстриол
 4. тестостерон
 5. прогестерон
312. ФСГ стимулирует:
1. рост фолликула в яичнике
 2. продукцию кортикостероидов
 3. продукцию ТТГ в щитовидной железе
 4. синтез прогестерона
 5. функцию желтого тела
313. ЛГ способствует:
1. овуляции
 2. образованию желтого тела
 3. трофическому воздействию на желтое тело
 4. секреции эстрогенов
 5. все вышеперечисленное
314. В яичнике андрогены служат субстратом для образования
1. прогестерона
 2. эстрогенов
 3. прогестерона и эстрогенов
 4. всего перечисленного
 5. ничего из перечисленного
315. У больных с аменореей при болезни Иценко - Кушинга имеет место гиперпродукция гормона аденогипофиза
1. соматотропного
 2. тиреотропного
 3. адренокортикотропного
 4. фолликулостимулирующего
 5. лютеинизирующего
316. Гиперпролактинемия – это состояние, при котором:
1. повышенный уровень пролактина в плазме крови

2. нарушается механизм гипоталамо-гипофизарной системы
 3. нарушается менструальный цикл и репродуктивная функция
 4. патологические изменения молочных желез
 5. верно 1.2.3.
317. Синтез и секреция пролактина происходит:
318. 1. в тканях гипофиза
 319. 2. в клетках эндометрия и плаценты
 320. 3. в эпителиальных клетках тонкой кишки
 321. 4. в раковых клетках легких и почек
 322. 5. все ответы правильны
323. Лабораторное обследование при гиперпролактинемии:
324. 1. определение уровня пролактина в крови
 325. 2. определение уровней ТТГ, Т3, Т4 в крови
 326. 3. определение уровней гонадотропинов
 327. 4. верны 1
 328. 5. все ответы правильны
329. Для дифференциальной диагностики функциональной и опухолевой гиперпролактинемии проводится проба:
330. 1. с бромокриптином
 331. 2. с кломифеном
 332. 3. с дексаметазоном
 5. верно 1
 333. 5. верно 1.2.3.
334. При врожденной форме АГС нарушения функции надпочечников развивается внутриутробно вследствие:
1. гормонпродуцирующей опухоли яичников
 2. моногенной мутации и дефицита энзимной системы С21 гидроксилазы
 3. избыточного образования энзима С17 гидроксилазы
 4. менингомиелоцеле
 5. поликистоза почек
335. В какой анатомической части надпочечников синтезируются андрогены:
1. в корковом веществе пучковой зоне
 2. в корковом веществе клубочковой зоне
 3. в корковом веществе сетчатой зоне
 4. в мозговом веществе
 5. в феохромоцитах надпочечников
336. Хромосомный набор девочек с врожденной формой АГС
1. 46XX
 2. 46 XY
 3. 45XO
 4. 45XO/46XX
 5. 45XX/46XY
337. Для клинических проявлений врожденной формы АГС характерно все, кроме

1. вирилизации НПО (увеличение клитора, слияние половых губ, персистенция уrogenитального синуса)
 2. прогрессирования вирильного гипертрихоза с 3 -5 лет
 3. мужское телосложение и аплазия молочных желез
 4. раннего окостенения зон роста костей
 5. аплазии матки
338. Характерными диагностическими признаками врожденной формой АГС является все нижеперечисленное, кроме:
1. увеличения размеров надпочечников на УЗИ и КТ
 2. повышения тестостерона, ДГЭАС сыворотки крови
 3. повышения 17 кетостероидов в моче
 4. увеличения размеров турецкого седла
 5. положительной дексаметазоновой пробы
339. В лечении врожденной формы АГС применяют гормональную терапию:
1. анаболическими гормонами
 2. гестагенами
 3. глюкокортикоидами
 4. эстрогенами
 5. даназолом
340. Для клинических проявлений пубертатной формы АГС характерно все, кроме
1. позднего менархе 14-16 лет с тенденцией к олиго и аменореям
 2. прибавки в весе сразу после менархе
 3. гипертрихоза
 4. быстрого роста
 5. множественных угрей
341. Для клинических проявлений постпубертатной формы АГС характерно все, кроме
1. после менархе н.м.ц. по типу олигоменореи
 2. гипертрихоза
 3. бесплодия
 4. невынашивания беременности в сроках 5-10 недель
 5. снижения уровня ДГЭАС и тестостерона сыворотки крови, 17 КС в моче на менее чем 30% после проведения пробы с дексаметазоном
342. Для гиперандрогении надпочечникового происхождения характерно:
1. снижение уровня ДГЭАС и тестостерона сыворотки крови, 17 КС в моче на менее чем 30% после проведения пробы с дексаметазоном
 2. снижение уровня ДГЭАС и тестостерона сыворотки крови, 17 КС в моче на 50%-75% после проведения пробы с дексаметазоном
343. 3. повышение уровня ДГЭАС и тестостерона сыворотки крови, 17 КС в моче после проведения пробы с дексаметазоном
344. 4. уровни ДГЭАС и тестостерона сыворотки крови, 17 КС в моче после проведения пробы с дексаметазоном не изменяются
6. ничего из вышеперечисленного не характерно
345. Избыточный синтез андрогенов вызывает все нижеперечисленное, кроме:

1. подавляет рост и созревание фолликулов на ранних стадиях фолликулогенеза
 2. появления ановуляторных циклов
 3. недостаточность лютеиновой фазы цикла
 4. образования антиспермальных антител
 5. разрывов сосудов эндометрия, кровоизлияний и отслойки хориальной ткани при беременности
346. Регулярные обильные менструации длительностью от 7 до 10 дней:
1. меноррагия.
 2. метроррагия.
 3. менометроррагия.
 4. полименорея.
 5. опсоменорея.
347. Меноррагия это:
1. болезненные менструации.
 2. обильные менструации.
 3. ациклические кровотечения.
 4. скудные менструации.
 5. нерегулярные менструации.
348. Этиологическими факторами ДМК у женщин репродуктивного возраста могут быть все, кроме:
1. абортов
 2. нейроэндокринных заболеваний (болезнь Иценко – Кушинга, послеродовое ожирение).
 3. эмоциональных и психических стрессов
 4. позднего наступления менархе.
 5. приема лекарственных препаратов(нейролептиков).
349. Персистенция фолликула это:
1. обратное развитие незрелого фолликула.
 2. длительное существование зрелого фолликула.
 3. отсутствие доминантного фолликула.
 4. разрыв зрелого фолликула.
 5. созревание фолликула
350. Причиной ДМК является:
1. гиперэстрогения.
 2. гипоестрогения.
 3. гиперпрогестеронемия.
 4. гиперпролактинемия.
 5. гиперандрогения.
351. Ановуляция при ДМК репродуктивного периода обусловлена:
1. атрезией фолликула.
 2. персистенцией фолликула.
 3. относительной гиперэстрогенией.
 4. гиперпрогестеронемией.
 5. незрелостью гипофизотропных структур.
352. Лечение ДМК у женщин репродуктивного периода следует начинать с:
1. назначения эстроген – гестаген содержащих оральных контрацептивов.
 2. назначения ЗГТ.

3. симптоматического гемостаза.
 4. диагностического выскабливания полости матки.
 5. стимуляции овуляции гонадотропными препаратами.
353. Морфологическая характеристика эндометрия при персистенции фолликула:
1. децидуальное превращение эндометрия.
 2. десквамация эндометрия.
 3. атрофия эндометрия.
 4. пролиферация эндометрия.
 5. секреция эндометрия.
354. Лечение – диагностические мероприятия при ДМК климактерического периода следует начинать с:
1. гормонального гемостаза.
 2. назначения ЗГТ.
 3. гемостатических препаратов.
 4. диагностического выскабливания полости матки с гистологическим исследованием соскоба эндометрия.
 5. показано оперативное лечение.
355. Ановуляция при ЮМК обусловлена:
1. атрезией фолликулов.
 2. персистенцией фолликула.
 3. отсутствием доминантного фолликула.
 4. гипопрогестеронемией.
 5. гиперэстрогенией.
356. Отсутствие секреторной трансформации эндометрия при ЮМК обусловлено:
1. гиперэстрогенией.
 2. гипоестрогенией.
 3. гиперандрогенией.
 4. гиперпрогестеронемией.
 5. гипопрогестеронемией.
357. Методами гемостаза при ЮМК не являются:
1. гемостатические средства.
 2. эстроген – гестаген содержащие оральные контрацептивы.
 3. выскабливание полости матки.
 4. агонисты РГ ЛГ.
 5. гестагены.
358. Гиперстимуляция яичников на фоне бесконтрольного применения кломифена обычно проявляется
1. в увеличении яичников в размерах
 2. в болях в нижней части живота
 3. в меноррагии
 4. в явлениях вирилизации
 5. верно 1, 2, 3
359. Особенности терапии ДМК у больных климактерического возраста является
360. 1. проведение отдельного лечебно-диагностического выскабливания матки для верификации
361. диагноза
3. терапия, направленная на подавление функции яичников

4. лечение сопутствующей соматической патологии
 5. проведение циклической гормональной терапии
 6. верно 1, 2, 3
362. Дексаметазоновая проба
1. основана на тормозящем действии высоких концентраций глюкокортикоидов в крови на секрецию кортикотропина гипофизом
363. применяется для исключения болезни Иценко - Кушинга
2. применяется для диагностики гиперплазии коркового вещества надпочечников
 3. применяется для диагностики аденобластомы яичника
 4. применяется для диагностики аденобластомы яичника
 5. верно все перечисленное
364. Для лечения гирсутизма используют все нижеперечисленное, кроме:
1. даназола
 2. КОКов
 3. глюкокортикоидов
 4. ципротерона ацетата
 5. верошпирона
365. Дисгенезия гонад - это
1. врожденная патология
 2. результат неблагоприятных воздействий в ранний антенатальный период
 3. аномалия в системе половых хромосом
 4. дефект ферментных систем
 5. все перечисленное
366. Основные диагностические критерии аменореи центрального генеза
1. наличие матки и яичников
 2. положительные пробы с гонадотропными гормонами
 3. пропорциональное телосложение
 4. низкая секреция гонадотропинов
 5. верно 1, 2, 3
367. В диагностике аменореи, связанной с акромегалией и гигантизмом, имеет значение изменение
1. размеров турецкого седла на рентгенограмме черепа
 2. полей зрения
 3. формы турецкого седла на рентгенограмме черепа
 4. экскреции 17-КС
 5. всего перечисленного
368. Методы исследования, используемые обычно при ДМК
1. ТФД
 2. гистероскопия
 3. диагностическое выскабливание матки
 4. лапароскопия
 5. верно 1, 2, 3
369. Показаниями к заместительной терапии женскими половыми гормонами являются
1. гипофункция яичников
 2. ложный мужской гермафродитизм у больной с женским гражданским полом
 3. синдром Шерешевского - Тернера
 4. гипофизарный нанизм

5. все перечисленные
370. Для клинических проявлений типичной формы климактерического синдрома наиболее характерно
 1. сухость слизистых
 2. боли в области сердца
 3. остеопороз
 4. ларингит
 5. верно 1, 2, 3
371. Возможными причинами маточной аменореи являются
 1. гибель базального слоя эндометрия
 2. отсутствие матки
 3. рубцовые изменения в матке, образование синехий
 4. отсутствие реакции эндометрия на гормональные стимулы
 5. все перечисленные
372. Для гипофункции коры надпочечников характерно
 1. повышение либидо
 2. гирсутизм
 3. гипертрихоз
 4. гипертензия
 5. ничего из перечисленного
373. При лечении больных с климактерическим синдромом используют
 1. эстрогены
 2. гестагены
 3. комбинированные эстроген-гестагенные препараты
 4. комбинацию эстрогенов с андрогенами
 5. все перечисленное
374. При остеопорозе у больных с климактерическим синдромом рекомендуется применять
 1. чистые эстрогены
 2. комбинацию эстрогенов с андрогенами
 3. гестагены
 4. андрогены
 5. все перечисленное
375. Препараты, тормозящие синтез простагландинов
 1. напроксин
 2. индометацин
 3. аспирин
 4. бутадиион
 5. верно 1, 2
376. Ановуляторные дисфункциональные маточные кровотечения необходимо дифференцировать:
 1. с беременностью (прогрессирующей)
 2. с начавшимся самопроизвольным выкидышем
 3. с подслизистой миомой матки
 4. правильные ответы 2 и 3
 5. все ответы правильные
377. Термин «Аденомиоз» применяется:
 1. во всех случаях выявления эндометриоза независимо от локализации

2. только при разрастаниях эндометриоидной ткани в стенке матки
 3. при эндометриозе, который сопровождается образованием кист
 4. только в тех случаях, когда прорастание миометрия сопровождается наличием миоматозных узлов
 5. только при ретроцервикальном эндометриозе
378. Гистеросальпингография в диагностике внутреннего эндометриоза матки наиболее информативна:
1. за 1-2 дня до начала менструации
 2. сразу после менструации
 3. на 12-14-й день
 4. на 16-18-й день
 5. на 20-22-й день
379. При выявлении аденогенитального синдрома лечение необходимо начинать:
1. с момента установления диагноза
 2. после установления менструальной функции
 3. после замужества (в зависимости от времени планируемой беременности)
 4. только после родов
 5. лечение не требуется
380. Эндометриоз – это:
1. дисгормональная гиперплазия эктопированного эндометрия
 2. опухолевидный процесс
 3. доброкачественное разрастание ткани по морфологически и функциональным свойствам подобной эндометрию
 4. правильные ответы 1 и 3
 5. правильные ответы 1, 2 и 3
381. Для «малых» форм эндометриоза яичников характерно наличие:
1. сохраненного двухфазного менструального цикла
 2. болей внизу живота накануне менструации
 3. бесплодия
 4. правильные ответы 2 и 3
 5. правильные ответы 1, 2 и 3
382. Хорионический гонадотропин:
1. секретируется клетками трофобласта
 2. по своему действию сходен с лютропином
 3. усиливает продукцию эстрогенов и прогестерона клетками желтого тела
 4. все правильно
 5. все неправильно
383. Укажите гормон, секреция которого ингибируется при высокой концентрации эстрадиола:
1. ПРЛ
 2. ЗГ
 3. ЛГ
 4. ФСГ
 5. все перечисленное
384. Аменорея у 16-летней девочки может быть результатом всех перечисленных состояний, кроме:
1. заращения девственной плевы
 2. синдрома нечувствительности к эстрогенам

3. синдрома Тернера
 4. поликистоза яичников
 5. гранулезоклеточной опухоли
385. При появлении ациклических кровяных выделений проводится:
1. гистеросальпингография
 2. определение ЛГ
 3. ультразвуковое исследование
 4. определение ХГ
 5. диагностическое выскабливание
386. Какой нейро-эндокринный синдром представляет опасность для возникновения рака эндометрия:
1. первичных поликистозных яичников (с. Штейна-Левентала)
 2. предменструальный
 3. климатический
 4. метаболический
 5. синдром Майера-Ракитанского-Кюстера
387. При дисгенезии гонад восстановление генеративной функции:
1. возможность длительной циклической терапией половыми гормонами
 2. достигается стимуляцией овуляции
 3. обеспечивается клиновидной резекцией яичников
 4. как правило, бесперспективно
 5. наступает самостоятельно
388. При взаимодействии гипоталамуса, гипофиза и яичников в регуляции менструального цикла:
1. одно звено (вышележащее) стимулирует функцию другого звена (нижележащего)
 2. нижележащее звено тормозит или регулирует функцию вышележащего
 3. функция звеньев синхронна
 4. выключение одного звена нарушает всю систему в целом
 5. все перечисленное
389. Основные клинические проявления гиперпролактинемии:
1. ановуляция
 2. аменорея, олигоменорея
 3. бесплодие
 4. все ответы правильны
 5. галакторея
390. К гипергонадотропной аменорее относится
1. синдром истощения яичников
 2. синдром резистентных яичников
 3. синдром дисгенезии яичников
 4. синдром гиперстимуляции яичников
 5. все перечисленное
391. Избыточный синтез андрогенов вызывает все нижеперечисленное, кроме:
1. подавляет рост и созревание фолликулов на ранних стадиях фолликулогенеза
 2. появление ановуляторных циклов
 3. образование антиспермальных антител

4. разрыв сосудов эндометрия, кровоизлияние и отслойку хориальной ткани при беременности
 5. верно 1,4
392. Физиологическое течение климактерического периода обычно характеризуется
- 1 прогрессирующей инволюцией половых органов
 - 2 прекращением менструальной функции
 - 3 прекращением репродуктивной функции
 - 4 верно все
6. верно 2,3
393. Обязательное обследование перед назначением ЗГТ:
1. УЗИ органов малого таза (состояние эндометрия, структура яичников)
 2. УЗИ молочных желез, маммография
 3. мазок на онкоцитологию и кольпоскопия
 4. гемастозиограмма
 5. все верно
394. К эхографическим признакам аденомиоза относят все, кроме:
1. увеличения размеров матки, в основном переднезаднего размера
 2. преимущественного увеличения одной из стенок
 3. толщины эндометрия более 15 мм
 4. наличия в эндометрии зоны повышенной эхогенности занимающая более половины стенки матки
 5. верно 1,2
395. Какие гормональные препараты не используются в лечении эндометриоза:
1. эстрогены
 2. прогестины
 3. агонисты Гн-РГ
 4. антигонадотропины
 5. даназол
396. При синдроме Ашермана диагностическое значение имеет:
1. гистероскопия
 2. лапороскопия
 3. УЗИ
 4. верно 1 и 2
 5. верно 1 и 3
397. Для больных с синдроме Шихана характерно:
1. Снижение уровня гонадотропинов
 2. снижение уровня половых гормонов
 3. повышение уровня гонадотропинов
 4. верно 1 и 2
 5. верно 1 и 3
398. Основные критерии диагностики синдрома резистентных яичников:
1. аменорея
 2. эпизодические приливы
 3. высокие уровни ФСГ и ЛГ
 4. верно 1 и 3
 5. все перечисленное верно

399. Для синдрома резистентных яичников характерно все перечисленное, кроме:
1. положительной пробы на ЦГТ
 2. фенотипа – женского
 3. генотипа – 46 XX
 4. снижения эстродиола крови
 5. отсутствия фолликул в яичниках
400. При синдроме истощения яичников:
1. проба с гестагенами отрицательна
 2. проба с кломифеном отрицательна
 3. проба с ЦГТ отрицательна
 4. верно 1 и 2
 5. верно 1 и 3
401. При синдроме истощения яичников возможно:
1. вторичная аменорея
 2. мультифолликулярный яичник
 3. уменьшение размеров яичников, отсутствие в них фолликулов
 4. верно 1 и 3
 5. верно 1 и 2
402. Методами, проведение которых помогает уточнить диагноз синдром истощения яичников, являются:
1. определение гонадотропных гормонов
 2. определение половых гормонов
 3. биопсия яичников
 4. верно 1,2,3
 5. верно 1,2
403. К гипергонадотропной аменорее относится:
1. синдром истощения яичников
 2. синдром резистентных яичников
 3. дисгенезия гонад
 4. все перечисленное
 5. верно 1 и 2
404. Синдром гиперторможения яичников обычно проявляется:
1. увеличением яичников в размерах
 2. аменореей
 3. в болях в нижней части живота
 4. верно 1 и 3
 5. все перечисленное
405. При синдроме Майера – Рокитанского – Кюстнера ...
1. кариотип мужской 46, XY
 2. кариотип мозаичный 45,X
 3. кариотип женский 46,XX
 4. кариотип 45, XO
 5. кариотип 47, XXX
406. Диагностика атрезии гимена или части влагалища проводится
1. гинекологическим исследованием и эхографией малого таза
 2. определением кариотипа 46, XY

3. гинекологическим исследованием и вагиноскопия
 4. гинекологическое исследование и экоскопией или КТ
 5. лечебно – диагностической лапароскопией
407. Патология удвоения матки и влагалища развивается в следствии...
1. нарушения внутриутробного развития
 2. неправильного слияния мезодермальных протоков
 3. слияния мюллеревых протоков
 4. неправильного слияния вольфовых протоков
 5. нарушения канализации нижнего отдела урогенитального синуса
408. При аплазии матки:
1. уровни гонадотропинов и половых стероидов в пределах нормы
 2. уровни гонадотропинов и половых стероидов повышены
 3. уровни гонадотропинов и половых стероидов понижены
 4. уровни половых стероидов повышены
 5. уровни половых стероидов понижены
409. Единственной возможностью «терапии бесплодия» аплазии матки является:
1. ВРТ – ПЭ в матку суррогатной матери
 2. метропластика
 3. заместительная гормонотерапия
 4. циклическая витаминотерапия
 5. назначение гонадотропин рилизинг – гормона
410. Отечная форма предменструального синдрома характеризуется:
1. нагрубанием и болезненностью молочных желез; увеличением массы тела на 4-8 кг; вздутием живота; отечностью лица, голеней
 2. головными болями по типу мигрени; головными болями напряжения ; сосудистыми головными болями
 3. повышенной раздражительностью ; депрессией; плаксивостью; агрессивностью.
 4. повышением АД; чувством сдавления за грудиной; появлением чувства страха, сопровождающегося похолоданием и онемением конечностей
 5. вегето- сосудистой дистонией
411. Цефалгическая форма предменструального синдрома характеризуется:
1. нагрубанием и болезненностью молочных желез; увеличением массы тела на 4-8 кг; вздутием живота; отечностью лица, голеней
 2. головными болями по типу мигрени; головными болями напряжения ; сосудистыми головными болями
 3. повышенной раздражительностью ; депрессией; плаксивостью; агрессивностью.
 4. повышением АД; чувством сдавления за грудиной; появлением чувства страха, сопровождающегося похолоданием и онемением конечностей
 5. вегето- сосудистой дистонией
412. Кризовая форма предменструального синдрома характеризуется:
1. нагрубанием и болезненностью молочных желез; увеличением массы тела на 4-8 кг; вздутием живота; отечностью лица, голеней
 2. головными болями по типу мигрени; головными болями напряжения ; сосудистыми головными болями
 3. повышенной раздражительностью ; депрессией; плаксивостью; агрессивностью.
 4. повышением АД; чувством сдавления за грудиной; появлением чувства страха, сопровождающегося похолоданием и онемением конечностей

5. вегето- сосудистой дистонией
413. Клиника психо – вегетативной формы предменструального синдрома:
 1. агрессивность, плаксивость, депрессия.
 2. нагрубание молочных желез, отечность.
 3. мигрень и головокружение
 4. тошнота , подъем АД, рвота и сердцебиения
 5. остеопороз агрессивность, плаксивость, депрессия.
414. Клиника отежной формы предменструального синдрома:
 1. агрессивность, плаксивость, депрессия.
 2. нагрубание молочных желез, отечность.
 3. мигрень и головокружение
 4. тошнота , подъем АД, рвота и сердцебиения
 5. остеопороз
415. Клиника кризовой формы предменструального синдрома:
 1. агрессивность, плаксивость, депрессия.
 2. нагрубание молочных желез, отечность.
 3. мигрень и головокружение
 4. тошнота , подъем АД, рвота и сердцебиения
 5. остеопороз
416. Для компенсированной стадии предменструального синдрома характерно:
 1. клинических проявлений предменструального синдрома нет.
 2. симптомы заболевания не прогрессируют, с наступлением менструации прекращаются.
 3. тяжесть предменструального синдрома усугубляется , симптомы исчезают с прерращением менструации.
 4. симптомы предменструального продолжаютя в течение нескольких дней после прекращения менструации.
 5. симптомы предменструального синдрома сохраняются на протяжении всего менструального цикла
417. Для субкомпенсированной стадии предменструального синдрома характерно:
 1. клинических проявлений предменструального синдрома нет.
 2. симптомы заболевания не прогрессируют , с наступлением менструации прекращаются
 3. тяжесть предменструального синдрома усугубляется , симптомы исчезают с прекращением менструации.
 4. симптомы предменструального синдрома продолжаютя в течение нескольких дней после прекращения менструации
 5. симптомы предменструального синдрома сохраняются на протяжении всего менструального цикла
418. Для декомпенсированной стадии предменструального синдрома характерно:
 1. клинических проявлений предменструального синдрома нет.
 2. симптомы заболевания не прогрессируют, с наступлением менструации прекращаются
 3. тяжесть предменструального синдрома усугубляется, симптомы исчезают с прерращением менструации.
 4. симптомы предменструального синдрома продолжаютя в течение нескольких дней после прекращения менструации.
 5. симптомы предменструального синдрома сохраняется во время овуляции.
419. Клиническими формами предменструального синдрома являются все, кроме:

1. психовегетативной
 2. отечной
 3. гипоталамо – гипофизарной
 4. цефалгической
 5. кризовой
420. Метаболический синдром – это нарушение:
1. репродуктивной и менструальной функции в сочетании с вегетативно – обменными нарушениями, ведущим среди которых является прогрессирующее нарастание массы тела.
 2. в основе которого лежит патология структуры и функции яичников на фоне нейрообменных нарушений.
 3. комплекс патологических симптомов , возникающих после тотальной овариэктомии.
 4. верно все
 5. неверно ничего из перечисленного
421. Клиническая картина метаболического синдрома характеризуется:
1. висцеральным типом ожирения
 2. вторичной аменореей
 3. нигроидный акантоз
 4. выраженный гирсутизм
 5. все ответы верны
422. С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику метаболического синдрома:
1. болезнь Иценко – Кушинга
 2. первичные ПКЯ
 3. конституционное ожирение
 4. верно 1,3
 5. верно все перечисленные
423. Лечение пациенток с СПКЯ направлено на:
1. нормализацию массы тела и метаболических нарушений
 2. восстановление овуляторных менструальных циклов
 3. восстановление генеративной функции
 4. устранение гиперпластических процессов эндометрия
 5. все перечисленное верно
424. К хирургическим методам лечения СПКЯ относятся все , кроме:
1. клиновидной резекции
 2. каутеризации яичников
 3. вапоризации (дрелинг)
 4. овариотомии
 5. декортации яичника
425. Синдром тотальной овариэктомии характеризуется возникновением:
1. вегето – сосудистых расстройств
 2. нейропсихических нарушений
 3. обменно – эндокринных нарушений
 4. верно 1 и 2
 5. верно все
426. При синдроме тотальной овариэктомии наблюдается:

1. повышение уровня гонадотропных гормонов
 2. снижение гонадотропных гормонов
 3. снижение уровня эстрогенов
 4. верно 1 и 3
 5. верно 2 и 3.
427. Ответ: 4
428. Патогенетически обоснованной терапией синдрома тотальной овариоэктомии является:
1. лечение эстрогенами
 2. заместительная гормональная терапия
 3. КОК
 4. циклическая витаминотерапия
 5. агонисты гонадотропинов
429. У женщин с СПКЯ менархе чаще всего:
1. своевременный – 12-13 лет
 2. менархе запоздалый – с 14-15 лет.
 3. поздний – 16 – 17 лет
 4. ранний – 9 – 10 лет
 5. менархе отсутствует
430. К Роттердамским критериям диагностики СПКЯ относятся все, кроме:
1. олигоменореи
 2. ановуляции
 3. гиперандрогении
 4. эхографических признаков ПКЯ
 5. гиперпролактинемии
431. К эхографическим критериям ПКЯ относится все, кроме:
1. объема яичников более 8 см³
 2. увеличения площади гиперэхогенной стромы
 3. число анэхогенных фолликулов диаметром до 10 мм не менее десяти
 4. усиленного кровотока и обильной сосудистой сети в строме (при доплерометрии)
 5. все перечисленные, верно
432. При нарушении функции щитовидной железы развитие бесплодия обусловлено
1. выраженным нарушением жирового обмена
 2. постоянной гипотермией тела
 3. угнетением процессов овуляции
 4. уплотнением белочной оболочки яичников
 5. все перечисленное верно
433. Отсутствие менструально – подобной реакции после проведения пробы с прогестероном свидетельствует, о:
1. гипопрогестеронемии
 2. гипоэстрогении
 3. гиперэстрогении
 4. гиперпрогестеронемии
 5. гиперпролактинемии
434. Эхографическая картина эндометрия в первую фазу менструального цикла
1. в виде гиперэхогенной полости толщиной до 5мм

2. трехслойный до 15 мм
 3. разнородная структура М-ЭХО толщиной более 20 мм
 4. наличие в базальном слое эндометрия эхопозитивного включения
 5. все вышеперечисленное
435. В какой фазе менструального цикла частота «пульсаций» секрции ЛГ является максимальной
1. в фолликулярной
 2. в предовуляторном периоде
 3. в постовуляторном периоде
 4. в лютеиновой фазе
 5. на протяжении всего цикла
436. О чем свидетельствует выраженная кристаллизация образца цервикальной слизи с образованием картины «листьев папоротника»?
1. о достаточном образовании эстрогенов в организме женщины
 2. в недостаточном образовании прогестерона в организме женщины
 3. об избыточном образовании андрогенов в организме женщины
 4. о дисфункции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы
 5. ничего из перечисленного
437. Какие «кожные» проявления наиболее характерны для гиперинсулинемии?
1. acne vulgaris
 2. гирсутизм
 3. андрогензависимая алопеция
 4. черный акантоз
 5. ничего из перечисленного
438. Назовите наиболее часто встречающуюся наследственную аутосомно-рецессивную форму патологии у женщин:
1. синдром избыточной активности ароматазы
 2. синдром дефицита ароматазы
 3. неклассический вариант дефицита 21-гидроксилазы надпочечников
 4. дефицит 3β – гидроксистероид-дегидрогеназы надпочечников
 5. ничего из перечисленного
439. Как изменяется характер секреции ГРГ и гонадотропинов в пременопаузальном периоде?
1. образование ГРГ, ФСГ и ЛГ уменьшается
 2. секреция ГРГ возрастает, ФСГ и ЛГ уменьшается
 3. образование ГРГ, ФСГ и ЛГ возрастает
 4. секреция ГРГ уменьшается, ФСГ и ЛГ увеличивается
 5. ничего из перечисленного
440. Уменьшение контрацепции какого гормона в крови наиболее достоверно свидетельствует о снижении «яичникового резерва»?
1. ФСГ
 2. ЛГ
 3. ХГ
 4. АМГ
 5. ПРЛ
441. Что из ниже перечисленного вызывает циклические боли в низу живота?
1. эндометриоз
 2. болезненная овуляция

3. гематокольпос – накопление менструальной крови во влагалище
 4. все выше перечисленное
 5. ничего из перечисленного
442. К ранним симптомам климактерия относятся:
1. урогенитальные расстройства
 2. остеопороз
 3. вегетососудистые нарушения
 4. обменно-эндокринные нарушения
 5. ничего из перечисленного
443. К средне временным расстройства климактерия относятся:
1. урогенитальные расстройства
 2. остеопороз
 3. вегетососудистые нарушения
 4. метаболический синдром
 5. ничего из перечисленного
444. К поздним симптомам климактерия относятся:
1. урогенитальные расстройства
 2. остеопороз
 3. вегетососудистые нарушения
 4. психоэмоциональные расстройства
 5. ничего из перечисленного
445. Патогенетической терапией постменопаузального остеопороза являются следующие препараты:
1. бифосфонаты
 2. кальцитонин
 3. ЗГТ
 4. препараты кальция и витамина «Д»
 5. ничего из перечисленного
446. Женщинам пременопаузального возраста с симптомами климактерия чаще назначают:
1. фемостон 1/5
 2. фемостон 1/10
 3. фемостон 2/10
 4. КОКи
 5. инноклим
447. Женщинам постменопаузального возраста с целью профилактики климактерического синдрома чаще назначают:
1. фемостон 1/5
 2. фемостон 1/10
 3. фемостон 2/10
 4. КОКи
 5. инноклим
448. Какая из перечисленных гормональных проб свидетельствует о маточной форме аменореи:
1. положительная проба с прогестероном
 2. отрицательная проба с эстрогенами и прогестероном
 3. положительная проба с кломифенцитратом
 4. положительная проба с эстрогенами
 5. отрицательная проба с дексаметазоном

449. Особенности нормального менструального цикла являются:
1. овуляция
 2. образование жёлтого тела в яичнике
 3. преобладание гестагенов во второй фазе цикла
 4. всё перечисленное
 5. ничего из перечисленного
450. Гипоталамус вырабатывает следующие гормоны:
1. гонадотропины
 2. эстрогены
 3. гестагены
 4. рилизинг-факторы
 5. пролактин
451. При взаимодействии гипоталамуса, гипофиза и яичников в регуляции менструального цикла:
1. одно звено (вышележащее) стимулирует функцию другого звена (нижележащего)
 2. нижележащее звено тормозит или регулирует функцию вышележащего
 3. функция звеньев синхронна
 4. выключение одного звена нарушает всю систему в целом
 5. всё перечисленное верно
452. Эстрогены секретируются:
1. клетками внутренней оболочки фолликула
 2. жёлтым телом
 3. корковым веществом надпочечника
 4. всё перечисленное
 5. ничего из перечисленного
453. В своём действии на организм эстрогены:
1. блокируют рецепторы к окситоцину
 2. прекращают (ослабляют) пролиферативные процессы в эндометрии
 3. вызывают секреторные преобразования в эндометрии
 4. всё перечисленное
 5. ничего из перечисленного
454. Эстрогены:
1. способствуют перистальтике матки и труб
 2. усиливают процессы окостенения
 3. стимулируют активность клеточного иммунитета
 4. всё перечисленное
 5. ничего из перечисленного
455. Гестагены:
1. снижают содержание холестерина в крови
 2. определяют развитие первичных и вторичных половых признаков
 3. повышают тонус матки
 4. всё перечисленное
 5. ничего из перечисленного
456. Повышение ректальной температуры во вторую фазу овуляторного менструального цикла обусловлено:
1. действием прогестерона яичника на центр терморегуляции в гипоталамусе
 2. действием прогестерона, который снижает теплоотдачу

3. интенсификацией биохимических процессов в матке
 4. всё перечисленное
 5. ничего из перечисленного
457. Альгодисменорея — это НМЦ, проявляющееся схваткообразными, реже ноющими болями внизу живота, в области крестца, поясницы во время:
1. в дни овуляции
 2. во время менструации
 3. после менструации
 4. в течение первой фазы менструального цикла
 5. в течение второй фазы менструального цикла
458. Вторичная альгодисменорея может быть связана со следующими заболеваниями:
1. генитальный эндометриоз
 2. пороки развития матки и влагалища
 3. миома матки
 4. верно 2, 3
 5. верно 1, 2, 3
459. Что такое альгодисменорея?
1. Изменение продолжительности менструального цикла
 2. отсутствие менструаций
 3. болезненные менструации
 4. боли, связанные с овуляцией
 5. кровотечение
460. Толщина неизмененного М-эхо матки в раннюю стадию фазы пролиферации не превышает:
1. 2 мм.
 2. 6 мм
 3. 10 мм
 4. 15 мм
 5. 20 мм
461. При трансабдоминальном сканировании неизмененные маточные трубы визуализируются в виде:
1. гипоэхогенных образований
 2. гиперэхогенных образований
 3. анэхогенных образований
 4. образований средней эхогенности
 5. не визуализируется
462. Значение объема неизмененного яичника женщины репродуктивного возраста не превышает:
1. 2см³
 2. 5 см³
 3. 7 см³
 4. 9 см³
 5. 15 см³
463. Средние значения диаметра преовуляторного фолликула при ультра звуковом исследовании составляют:
1. 10-14 мм
 2. 12-15 мм
 3. 14-16 мм

4. 18-23 мм
 5. 25-32 мм
464. Прогностическими ультразвуковыми признаками овуляции являются:
1. наличие доминантного фолликула диаметром более 17 мм
 2. выявление в доминантном фолликуле яйценосного бугорка
 3. двойной контур вокруг доминантного фолликула
 4. фрагментарное утолщение, неровность внутреннего контура доминантного фолликула
 5. верно все перечисленное
465. Свободная жидкость в позадиматочном пространстве при ультразвуковом исследовании в норме чаще визуализируется в:
1. пролиферативную фазу
 2. периовуляторный период
 3. секреторную фазу
 4. фазу кровотечения
 5. верно все
466. Для эхографической диагностики субмукозной и интерстициальной миомы матки с центрипитальным ростом исследование рекомендуется осуществлять в:
1. пролиферативную фазу
 2. периовуляторный период
 3. секреторную фазу
 4. фазу кровотечения
 5. в любое время
467. Значения толщины М-эхо матки в норме у пациенток в постменопаузальном периоде длительностью более 5 лет не превышают:
1. 1 мм
 2. 3 мм
 3. 5 мм
 4. 7 мм
 5. 10 мм
468. Эхографический симптом "снежной бури" в матке наблюдается:
1. при раке эндометрия
 2. при субмукозной миоме
 3. при гиперплазии эндометрия
 4. при пузырьном заносе
 5. не встречается
469. Для аденомиоза характерно всё, кроме:
1. аменореи
 2. менометроррагии
 3. железодефицитной анемии
 4. болевых симптомов
 5. бесплодия
470. К наружному генитальному эндометриозу относится все нижеперечисленное, кроме:
1. эндометриоза яичников
 2. эндометриоза тела матки
 3. эндометриоза шейки матки
 4. эндометриоза крестцово-маточных связок
 5. эндометриоза интерстициального отдела маточных труб

471. К возможным причинам нарушения репродуктивной функции при генитальном эндометриозе относится все нижеперечисленное, кроме:
1. изменения функциональной активности маточных труб
 2. спаечного процесса в брюшной полости
 3. выраженных морфологических изменений миометрия
 4. изменения состава перитонеальной жидкости
 5. нарушения функции яичников⁴
472. Основным клиническим симптомом эндометриоза шейки матки:
1. альгодисменорея
 2. менометроррагия
 3. пред- и постменопаузальные кровянистые выделения
 4. бесплодие
 5. диспареуния
473. Назовите оптимальный метод оперативного лечения эндометриоза гетеротопий на поверхности яичника:
1. лапароскопия, коагуляция эндометриозных гетеротопий
 2. лапаротомия, коагуляция эндометриозных гетеротопий
 3. лапароскопия, резекция яичников
 4. лапаротомия, овариэктомия
 5. экстирпация матки с придатками
474. При андробластомах образуется...
1. избыток андрогенов
 2. недостаток андрогенов
 3. повышение эстрогенов
 4. снижение гонадотропинов
 5. повышение ФСГ
475. Особенности опухоли яичников у девочек
1. быстрый рост опухоли
 2. интралигаментарное расположение опухоли
 3. двухсторонние опухоли
 4. воспалительные изменения
 5. метастазы в ЖКТ
476. К гормонопродуцирующим опухолям яичников не относится: ...
1. андробластомы
 2. гонадобластомы
 3. гранулезостромальные опухоли
 4. аденофиброматоз
 5. фиброма - текома
477. Для слизистой влагалища у девочек характерно:...
1. наличие большого количества малых вестибулярных железок и крипт
 2. наличие малого количества малых вестибулярных железок и крипт
 3. отсутствие малых вестибулярных железок и крипт
 4. большее количество малых вестибулярных желез и малое количество крипт.
 5. все перечисленное не верно
478. Основными симптомами вульвовагинита у девочек являются:
1. бели слизисто-гнойные
 2. зуд

3. жжение и дискомфорт в области вульвы
 4. отек и гиперемия вульвы
 5. все вышеперечисленное
479. Для вирусного вульвовагинита у девочек характерно...
1. боль, жжение, дизурия
 2. зуд, фибринозный налет
 3. явление уретрита, отек и гиперемия
 4. болезненность преддверия влагалища, зуд
 5. отек и гиперемия
480. При лечении воспалительных заболеваний вульвы и влагалища группа хинолонов-фторхинолонов противопоказан детям...
1. до 10 лет
 2. новорожденным
 3. до года
 4. не противопоказан
 5. до 15 лет
481. Появление вторичных половых признаков и менструаций у девочек в возрасте до 8 лет называют:
1. задержкой полового развития.
 2. преждевременным половым развитием (ППР).
 3. метаболическим синдромом
 4. предменструальным синдромом
 5. все перечисленное не верно.
482. Преждевременное половое созревания (ППР) – это появление вторичных половых признаков и менструаций у девочек в возрасте:
1. до 8 лет
 2. до 9 лет
 3. до 10 лет
 4. до 11 лет
 5. до 12 лет
483. Причинами, приводящими к преждевременному половому созреванию (ППР) относятся все, кроме:
1. церебральных инфекций (менингиты, менингоэнцефалиты, энцефалиты)
 2. анте-, интранатальной патологии (асфиксия, родовая травма)
 3. тяжелых интоксикаций и инфекций в течение первого года жизни ребенка
 4. опухолей мозга
 5. все перечисленное верно
484. К числу обязательных методов обследования девочек с клиническими проявлениями преждевременного полового развития относятся все, кроме:
1. определения содержания гонадотропинов в плазме крови.
 2. УЗИ органов малого таза.
 3. определения полового хроматина.
 4. определения костного возраста (рентгенография костей рук).
 5. рентгенографии черепа (турецкое седло).
485. Какая форма преждевременного полового развития носит наследственный характер:
1. яичниковая форма.
 2. церебральная форма.

3. конституциональная форма.
 4. все перечисленные формы.
 5. ничего из перечисленного.
486. При какой форме преждевременного полового развития не удастся выявить неврологической церебральной патологии:
1. яичниковая форма.
 2. церебральная форма.
 3. конституциональная форма.
 4. все перечисленные формы.
 5. ничего из перечисленного.
487. Преждевременное половое созревание в сочетании с фиброзной дисплазией костей и ассиметричной пигментацией кожи характерно для:
1. синдрома Шиена.
 2. синдрома Шершевского - Тернера.
 3. синдрома Штейна - Левенталя.
 4. синдрома Олбрайта - Брайцева.
 5. все перечисленное неверно.
488. К ложному половому созреванию относится:
1. яичниковая форма.
 2. конституциональная форма.
 3. церебральная форма.
 4. все перечисленное.
 5. ничего из перечисленного.
489. Причиной ложного преждевременного созревания является:
1. фолликулярная киста яичника.
 2. эндометриоидная киста.
 3. дермоидная киста.
 4. киста желтого тела.
 5. кистозные изменения яичников.
490. Причинами ложного полового созревания являются все, кроме:
1. гранулезоклеточных опухоли яичников.
 2. гранулезотеклоклеточных опухоли яичников.
 3. фолликулярной кисты яичника.
 4. тератобластомы
 5. дермоидной кисты яичника.
491. Первым симптомом ложного преждевременного созревания является:
1. Менструальноподобные выделения ациклического характера.
 2. Появление лобкового оволосения.
 3. Рост молочных желез.
 4. Ускорение роста в длину - «скачок роста».
 5. Появление подмышечного оволосения.
492. Аномалии полового развития без нарушения половой дифференцировки:
1. АГС, врожденная форма.
 2. дисгенезия гонад.
 3. задержка полового созревания.
 4. пороки развития матки и влагалища.
 5. все перечисленное верно.

493. Оценка полового созревания девочек проводится по следующим признакам, кроме:
1. развития молочных желез.
 2. лобкового оволосения.
 3. данных о менструациях.
 4. наличия угревой сыпи.
 5. все перечисленное верно.
494. Преждевременное половое развитие называют появлением вторичных половых признаков и менструации у девочек в возрасте:
1. до 4-5 лет
 2. до 5-6 лет
 3. до 7-8 лет
 4. до 9-10 лет
 5. до 9-10 лет
495. Преждевременное половое развитие называют:
1. появление вторичных половых признаков у девочек в возрасте до 8 лет
 2. появление менструации у девочек до 8 лет
 3. появление пубархе до 8 лет
 4. появление телархе до 8 лет
 5. все вышеперечисленное верно
496. К методам диагностики преждевременного полового развития относятся все нижеперечисленные, кроме:
1. УЗИ малого таза
 2. исследования гонадотропинов плазмы крови
 3. рентгенографии костей рук
 4. гистеросальпинографии
 5. лапароскопии
497. Для клинических проявлений ППР характерно все перечисленно, кроме:
1. максимального роста 150 -155 см
 2. телосложения : относительно короткие руки и ноги , при длинном туловище
 3. костного возраста: опережает календарный более чем на 2 года
 4. развития половых признаков и менструации до 8 лет
 5. появления винильного возраст
498. В лечении церебральной формы преждевременного полового развития применяются все перечисленные лекарственные препараты , кроме:
1. золадекса, декапептила, бусерилина
 2. медроксипрогестерона
 3. ципротерон ацетата
 4. хирургического удаления яичников
 5. прогестерона
499. Причиной преждевременного полового развития могут быть все перечисленные ниже заболевания , кроме:
1. опухоли головного мозга
 2. фолликулярный кисты яичника
 3. адреногенитального синдрома
 4. дисгенезии гонад
 5. гранулезоклеточный опухоли яичников

500. О чем нужно предупредить родителей девочки, страдающей идиопатическим преждевременным половым созреванием:
1. девочка будет ниже своих сверстниц
 2. заболевания сопровождается преждевременной половой активностью
 3. в будущем возможно бесплодие
 4. умственное развитие будет ускоренно
 5. эффективной терапии нет
501. Особенность телосложения девочек с врожденным адреногенитальным синдромом:
1. узкие плечи
 2. широкий таз
 3. длинные конечности
 4. высокий рост
 5. ничего из перечисленного
502. При кровянистых выделениях из половых путей у девочек в возрасте до 8 лет необходимы:
1. гормональный гемостаз
 2. наблюдение
 3. назначение кровоостанавливающих и сокращающих матку средств
 4. исключение локальной « органической причины кровотечения»
 5. хирургический гемостаз
503. Ложное преждевременное созревание гетеросексуального типа чаще обусловлено:
1. развитием андрогенсекретирующим опухолем яичника
 2. врожденной гипертрофией коры надпочечников
 3. родовой травмой
 4. внутриутробным инфицированием
 5. верно 1,2
504. Особенности преждевременного полового созревания гетеросексуального типа:
1. у девочки период полового созревания начинается рано (6-7 лет)
 2. появляются мужские половые признаки (увеличение клитора, низкий тембр голоса)
 3. выраженное и быстрое увеличение молочных желез
 4. наличие менструации
 5. верно 1,2
505. Лечение преждевременного созревания гетеросексуального типа включает:
1. применение глюкокортикоидов
 2. наиболее эффективное лечение начатое до 7 лет
 3. оперативную коррекцию наружных половых органов
 4. все перечисленное
 5. ничего из перечисленного
506. Основными причинами преждевременного полового созревания изосексуального типа являются:
1. церебральная патология функционального характера
 2. церебральная патология органического характера
 3. следствии перенесенной перинатальной гипоксии

4. следствии перенесенной родовой травмы
 5. все перечисленное
507. Основными клиническими признаками при истинном преждевременном половом созревании центрального генеза являются:
1. неврологическая симптоматика
 2. внутричерепная гипертензия
 3. эмоциональные нарушения (агрессивность, резкая смена настроения)
 4. отсутствие менструации до 15-16 лет
 5. верно 1,2,3
508. Основные клинические признаки преждевременного полового созревания изоэксексуального типа органического характера:
1. задержка интеллектуального развития
 2. эмоциональная неустойчивость
 3. застойные изменения глазного дна
 4. преждевременное появление вторичных половых признаков
 5. верно все перечисленное
509. Для полной формы преждевременного полового созревания характерно:
1. различная степень развития вторичных половых признаков
 2. отсутствие менструации
 3. костный возраст соответствует календарному
 4. масса тела не повышена
 5. ничего из перечисленного
510. Клиническая картина ложного преждевременного полового развития:
1. кровянистые выделения из влагалища нерегулярного характера
 2. незначительное развитие вторичных половых признаков (скудное оволосение, недостаточное развитие молочных желез)
 3. наружные и внутренние половые органы имеют выраженные черты эстрогенного влияния
 4. высокий уровень эстрогенов
 5. все перечисленное
511. К методам диагностики задержки полового развития относятся все нижеперечисленные, кроме:
1. определения гонадотропинов плазмы крови
 2. рентгенографии черепа и турецкого седла
 3. УЗИ малого таза
 4. ЭЭГ и РЭГ
 5. ГСГ
512. К клиническим проявлениям задержки полового развития относятся все нижеперечисленные, кроме:
1. отсутствия или недоразвития вторичных половых признаков в возрасте до 13-14 лет
 2. отсутствия менструации в возрасте 15-16 лет
 3. гипоплазии наружных и внутренних половых органов в сочетании с задержкой роста
 4. дефицита массы тела
 5. высокого роста
513. Для лечения задержки полового развития применяют:
1. эстрогены и гестагены
 2. агонисты гонадотропинов

3. гонадотропин - рилизинг гормон
 4. верно 2 и 3
 5. верно 1
514. К первичной аменорее относится :
1. синдром дисгенезии гонад
 2. синдром тестикулярной феминизации
 3. синдром резистентных яичников
 4. верно 1 и 2
 5. верно 1 и 3
515. При дисгенезии гонад встречается :
1. отсутствие функционально – активной гормонпродуцирующей ткани яичников
 2. дефект ферментных систем
 3. аномалия в системе половых хромосом
 4. верно 1 и 2
 5. верно 1 и 3
516. Синдром Шерешевского – Тернера – это :
1. « чистая» форма дисгенезии гонад
 2. « типичная» форма дисгенезии гонад
 3. « смешанная» форма дисгенезии гонад
 4. ложный мужской гермафродитизм
 5. ничего из перечисленного
517. У больных со « смешанной» формой дисгенезии гонад имеет место:
1. первичная аменорея , интерсексуальный тип развития НПО, нормальный рост
 2. гомосексуальный тип развития, вторичная аменорея, низкий рост
 3. при половом созревании фенотип приближается к мужскому
 4. верно 2 и 3
 5. верно 1 и 3
518. У больных с «чистой» формой дисгенезии гонад имеет место:
1. первичная аменорея или олигоменорея с высоким ростом
 2. низкий рост и бочкообразная грудная клетка
 3. множество соматических пороков развития
 4. выраженный гирсутизм , гипертрихоз на фоне задержки развития
 5. ничего из перечисленного
519. Для всех форм дисгенезии гонад характерны следующие диагностические критерии, кроме:
1. первичной аменореи
 2. отсутствия или резкого недоразвития половых признаков , генитальный инфантилизм
 3. высокого уровня гонадотропинов
 4. отрицательной пробы с гестагенами
 5. отрицательной проба с циклической гормонотерапией
520. Объективные данные, имеющие значение в диагностике аменореи:
1. масса тела, рост женщины
 2. развитие вторичных половых признаков
 3. развитие половых органов
 4. верно 1 и 3
 5. верно 2 и 3

521. При лечении любой формы дисгенезии гонад исключается:
1. менструальная функция
 2. половая функция
 3. генеративная функция
 4. все перечисленное верно
 5. ничего из перечисленного
522. У больных с тестикулярной феминизацией (при полном синдроме) имеет место:
1. нормальное развитие молочных желез
 2. отсутствие матки
 3. отсутствие полового и подмышечного оволосения
 4. все перечисленное
 5. все кроме 1.
523. Отсутствие матки с первичной аменореей имеет место при:
1. синдроме Майера – Рокитанского – Кюстнера
 2. синдроме тестикулярной феминизации
 3. дисгенезии гонад
 4. верно 2 и 3
 5. верно 1 и 2
524. Ответ 5
525. При синдроме Майера – Рокитанского – Кюстнера имеет место все, кроме:
1. нормального фолликулогенеза
 2. нормальной овуляции
 3. нормального уровня гонадотропинов
 4. нормального уровня половых стероидов
 5. нормальной менструации
526. Основной формой тератомы у девочек является:
1. дисгерминома
 2. текома
 3. фиброма
 4. дермоидная киста
 5. гонадобластома
527. Самой злокачественной опухолью яичников у девочек является:
1. текаклеточная опухоль
 2. дисгерминома
 3. фиброма
 4. фолликулома
 5. липоидоклеточная опухоль
528. Атрезия гимена или части влагалища возникает в результате...
1. отсутствия одной из X – хромосом или мозаичного набора половых хромосом
 2. нарушения канализации нижнего отдела уrogenитального синуса в период внутриутробного развития
 3. нарушения развития производных парамезонефральных протоков
 4. синдрома тестикулярной феминизации (СТФ)
 5. генетически обусловленных патологиях
529. Синоним термина «Аплазия матки»
1. синдром Майера – Рокитанского – Кюстнера

2. синдром Лоренса – Бердста – Бидля
 3. синдром «пустого» турецкого седла
 4. синдром Суайера
 5. синдром Шихана
530. Клиническая картина при атрезии гимена:
1. пациентки жалуются только на отсутствие менструации
 2. пациентки жалуются только на циклические боли внизу живота
 3. характеризуется длительными, обильными и анемизирующими ациклическими кровотечениями
 4. у пациентки появляются слабость, головные боли, утомляемость, тахикардия, возникающие вследствие кровотечения.
 5. циклические боли внизу живота и учащенное мочеиспускание
531. Почему у девочки 13-14 лет, начавшей менструировать, кривая базальной температуры имеет монотонный гипотермический характер:
1. из-за отсутствия овуляций
 2. из-за позднего образования желтого тела
 3. из-за выраженного эстрогенного влияния
 4. из-за недостатка эстрогенных гормонов
 5. из-за НЛФ
532. В основе развития ЮМК у девочек-подростков лежат:
1. нарушение функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы
 2. нарушение свёртывающей системы крови
 3. наличие органической патологии репродуктивной системы
 4. прервавшаяся беременность
 5. нарушение сократительной активности матки
533. При дифференциальной диагностике между миомой матки и опухолью яичника наиболее информативным методом является:
1. двуручное влагалищное исследование
 2. УЗИ
 3. лапароскопия
 4. зондирование полости матки
 5. гистеросальпингография
534. Последовательность проведения пункции брюшной полости через задний свод
1. влагалищное исследование – обработка операционного поля – обнажение шейки матки в зеркалах – взятие шейки матки на пулевые щипцы – пункция брюшной полости через задний свод
 2. влагалищное исследование – обнажение шейки матки в зеркалах – обработка операционного поля – взятие шейки матки на пулевые щипцы – пункция брюшной полости через задний свод
 3. обработка операционного поля – влагалищное исследование – обнажение шейки матки в зеркалах – взятие шейки матки на пулевые щипцы – пункция брюшной полости через задний свод
 4. влагалищное исследование – обнажение шейки матки в зеркалах – взятие шейки матки на пулевые щипцы – обработка операционного поля – пункция брюшной полости через задний свод

5. обработка операционного поля – обнажение шейки матки в зеркалах – взятие шейки матки на пулевые щипцы – влагалищное исследование – пункция брюшной полости через задний свод
535. Последовательность проведения операции раздельного диагностического выскабливания цервикального канала и полости матки
 1. Влагалищное исследование – обработка операционного поля – обнажение шейки матки в зеркалах – взятие шейки матки на пулевые щипцы – зондирование полости матки – расширение цервикального канала – выскабливание цервикального канала – выскабливание кюреткой стенок полости матки
 2. Влагалищное исследование – обработка операционного поля – обнажение шейки матки в зеркалах – взятие шейки матки на пулевые щипцы – расширение цервикального канала – зондирование полости матки – выскабливание цервикального канала – выскабливание кюреткой стенок полости матки
 3. обработка операционного поля – влагалищное исследование – обнажение шейки матки в зеркалах – взятие шейки матки на пулевые щипцы – расширение цервикального канала – зондирование полости матки – выскабливание цервикального канала – выскабливание кюреткой стенок полости матки
 4. Влагалищное исследование – обнажение шейки матки в зеркалах – взятие шейки матки на пулевые щипцы – расширение цервикального канала – обработка операционного поля – зондирование полости матки – выскабливание цервикального канала – выскабливание кюреткой стенок полости матки
 5. обработка операционного поля – обнажение шейки матки в зеркалах – взятие шейки матки на пулевые щипцы – влагалищное исследование – расширение цервикального канала – зондирование полости матки – выскабливание цервикального канала – выскабливание кюреткой стенок полости матки
536. .
537. Последовательность проведения осмотра пациентки с подозрением на внематочную беременность по типу трубного аборта
 1. жалобы – сбор анамнеза – общий осмотр – осмотр в зеркалах – влагалищное исследование – оценка состояния матки и придатков – оценка состояния влагалищных сводов – пункция брюшной полости через задний свод
 2. жалобы – сбор анамнеза – общий осмотр – влагалищное исследование – осмотр в зеркалах – оценка состояния матки и придатков – оценка состояния влагалищных сводов – пункция брюшной полости через задний свод
 3. влагалищное исследование – осмотр в зеркалах – оценка состояния матки и придатков – оценка состояния влагалищных сводов – пункция брюшной полости через задний свод – жалобы – сбор анамнеза – общий осмотр
 4. жалобы – влагалищное исследование – сбор анамнеза – общий осмотр – осмотр в зеркалах – оценка состояния матки и придатков – оценка состояния влагалищных сводов – пункция брюшной полости через задний свод
 5. жалобы – влагалищное исследование – осмотр в зеркалах – сбор анамнеза – общий осмотр – оценка состояния матки и придатков – оценка состояния влагалищных сводов – пункция брюшной полости через задний свод
538. Последовательность проведения операции искусственного аборта

1. влагалищное исследование – обработка операционного поля – обнажение шейки матки в зеркалах – взятие шейки матки на пулевые щипцы – зондирование полости матки – расширение цервикального канала – удаление кюреткой плодного яйца
 2. обработка операционного поля – влагалищное исследование – обнажение шейки матки в зеркалах – взятие шейки матки на пулевые щипцы – зондирование полости матки – расширение цервикального канала – удаление кюреткой плодного яйца
 3. влагалищное исследование – обнажение шейки матки в зеркалах – обработка операционного поля – взятие шейки матки на пулевые щипцы – зондирование полости матки – расширение цервикального канала – удаление кюреткой плодного яйца
 4. обработка операционного поля – обнажение шейки матки в зеркалах – влагалищное исследование – обнажение шейки матки в зеркалах – взятие шейки матки на пулевые щипцы – зондирование полости матки – расширение цервикального канала – удаление кюреткой плодного яйца
 5. влагалищное исследование – обнажение шейки матки в зеркалах – взятие шейки матки на пулевые щипцы – обработка операционного поля – зондирование полости матки – расширение цервикального канала – удаление кюреткой плодного яйца
539. Последовательность проведения операции аднексэктомии
1. обработка операционного поля – лапаротомия – наложение зажимов на собственную связку яичников, маточный отдел трубы, воронко-тазовую связку – лигирование сосудов – перитонизация – ревизия органов брюшной полости – счет тампонов, инструментов – послойное ушивание передней брюшной стенки
 2. лапаротомия – обработка операционного поля – лапаротомия – наложение зажимов на собственную связку яичников, маточный отдел трубы, воронко-тазовую связку – лигирование сосудов – перитонизация – ревизия органов брюшной полости – счет тампонов, инструментов – послойное ушивание передней брюшной стенки
 3. обработка операционного поля – лапаротомия – лигирование сосудов – наложение зажимов на собственную связку яичников, маточный отдел трубы, воронко-тазовую связку – перитонизация – ревизия органов брюшной полости – счет тампонов, инструментов – послойное ушивание передней брюшной стенки
 4. обработка операционного поля – лапаротомия – лигирование сосудов – наложение зажимов на собственную связку яичников, маточный отдел трубы, воронко-тазовую связку – ревизия органов брюшной полости – перитонизация – счет тампонов, инструментов – послойное ушивание передней брюшной стенки
 5. обработка операционного поля – лапаротомия – лигирование сосудов – наложение зажимов на собственную связку яичников, маточный отдел трубы, воронко-тазовую связку – перитонизация – ревизия органов брюшной полости – послойное ушивание передней брюшной стенки – счет тампонов, инструментов
540. Последовательность проведения операции цистэктомии
1. обработка операционного поля – лапаротомия – вылушивание кисты яичника – лигирование сосудов, ушивание яичника – ревизия органов брюшной полости – счет тампонов, инструментов – послойное ушивание передней брюшной стенки
 2. обработка операционного поля – лапаротомия – вылушивание кисты яичника – лигирование сосудов, ушивание яичника – ревизия органов брюшной полости – послойное ушивание передней брюшной стенки – счет тампонов, инструментов

3. лапаротомия – обработка операционного поля – вылушивание кисты яичника – лигирование сосудов, ушивание яичника – ревизия органов брюшной полости – счет тампонов, инструментов – послойное ушивание передней брюшной стенки
 4. лапаротомия – обработка операционного поля – вылушивание кисты яичника – лигирование сосудов, ушивание яичника – ревизия органов брюшной полости – послойное ушивание передней брюшной стенки – счет тампонов, инструментов
 5. обработка операционного поля – лапаротомия – вылушивание кисты яичника – лигирование сосудов, ушивание яичника – счет тампонов, инструментов – ревизия органов брюшной полости – послойное ушивание передней брюшной стенки
541. Последовательность проведения операции тубэктомии
1. обработка операционного поля – лапаротомия – наложение зажимов на мезосальпинкс и маточный отдел трубы – лигирование сосудов – перитонизация – ревизия органов брюшной полости – счет тампонов, инструментов – послойное ушивание передней брюшной стенки
 2. обработка операционного поля – лапаротомия – наложение зажимов на мезосальпинкс и маточный отдел трубы – лигирование сосудов – перитонизация – ревизия органов брюшной полости – послойное ушивание передней брюшной стенки – счет тампонов, инструментов
 3. лапаротомия – обработка операционного поля – наложение зажимов на мезосальпинкс и маточный отдел трубы – лигирование сосудов – перитонизация – ревизия органов брюшной полости – счет тампонов, инструментов – послойное ушивание передней брюшной стенки
 4. лапаротомия – обработка операционного поля – наложение зажимов на мезосальпинкс и маточный отдел трубы – лигирование сосудов – перитонизация – ревизия органов брюшной полости – послойное ушивание передней брюшной стенки – счет тампонов, инструментов
 5. обработка операционного поля – лапаротомия – наложение зажимов на мезосальпинкс и маточный отдел трубы – лигирование сосудов – перитонизация – счет тампонов, инструментов – ревизия органов брюшной полости – послойное ушивание передней брюшной стенки
542. Объем операции при апоплексии яичника
1. тубэктомия
 2. аднексэктомия
 3. ушивание яичника
 4. цистэктомия
 5. овариоэктомия
543. Объем операции при трубной беременности
1. тубэктомия
 2. аднексэктомия
 3. ушивание яичника
 4. цистэктомия
 5. овариоэктомия
544. Объем операции при разрыве кисты яичника
1. тубэктомия
 2. аднексэктомия
 3. ушивание яичника

4. цистэктомия
5. овариоэктомия
545. Объем операции при дермоидной кисте
 1. ушивание яичника
 2. клиновидная резекция яичников
 3. цистэктомия
 4. аднексэктомия
 5. овариоэктомия
546. Объем операции при склерокистозе яичников
 1. ушивание яичника
 2. клиновидная резекция яичников
 3. цистэктомия
 4. аднексэктомия
 5. овариоэктомия
547. Объем операции при абсцессе бартолиниевой железы
 1. консервативное лечение
 2. вскрытие абсцесса
 3. аднексэктомия
 4. тубэктомия и дренирование брюшной полости
 5. аднексэктомия и дренирование брюшной полости
548. Объем операции при tuboовариальном абсцессе
 1. консервативное лечение
 2. вскрытие абсцесса
 3. аднексэктомия
 4. тубэктомия и дренирование брюшной полости
 5. аднексэктомия и дренирование брюшной полости
549. Объем операции при пиосальпинксе
 1. консервативное лечение
 2. вскрытие абсцесса
 3. аднексэктомия
 4. тубэктомия и дренирование брюшной полости
 5. аднексэктомия и дренирование брюшной полости
550. Объем оперативного вмешательства у женщины 30 лет с субсерозной миомой матки
 1. надвлагалищная ампутация матки без придатков
 2. экстирпация матки без придатков
 3. консервативная миома матки
 4. экстирпация матки с придатками
 5. надвлагалищная ампутация матки с придатками
551. Объем оперативного вмешательства у женщины 40 лет с субмукозной миомой матки
 1. надвлагалищная ампутация матки без придатков
 2. экстирпация матки без придатков
 3. консервативная миома матки
 4. экстирпация матки с придатками
 5. надвлагалищная ампутация матки с придатками
552. Объем оперативного вмешательства у женщины 45 лет с миомой матки и эрозией шейки матки
 1. надвлагалищная ампутация матки без придатков

2. экстирпация матки без придатков
 3. консервативная миома матки
 4. экстирпация матки с придатками
 5. надвлагалищная ампутация матки с придатками
553. Объем оперативного вмешательства у женщины 56 лет с миомой матки и эрозией шейки матки
1. надвлагалищная ампутация матки без придатков
 2. экстирпация матки без придатков
 3. консервативная миома матки
 4. экстирпация матки с придатками
 5. надвлагалищная ампутация матки с придатками
554. Объем операции при цисто и ректоцеле
1. передняя, задняя кольпоррафия
 2. влагалищная экстирпация матки без придатков
 3. передняя, задняя кольпоррафия, уретропластика и леваторопластика
 4. Манчестерская операция
 5. экстирпация матки с придатками
555. Объем операции при опущении стенок влагалища и недержании мочи
1. передняя, задняя кольпоррафия
 2. влагалищная экстирпация матки без придатков
 3. передняя, задняя кольпоррафия, уретропластика и леваторопластика
 4. Манчестерская операция
 5. экстирпация матки с придатками
556. Объем операции при полном выпадении матки
1. передняя, задняя кольпоррафия
 2. влагалищная экстирпация матки без придатков
 3. передняя, задняя кольпоррафия, уретропластика и леваторопластика
 4. Манчестерская операция
 5. экстирпация матки с придатками
557. Выскабливание эндометрия следует производить
1. при дисфункциональном маточном кровотечении
 2. при подозрении на рак эндометрия
 3. при гиперплазии эндометрия
 4. при подозрении на эндомиометрит
 5. верно 1, 2, 3
558. Наиболее благоприятные дни для проведения плановой гинекологической операции
1. в дни менструации
 2. в первую неделю после прекращения менструации
 3. в дни ожидаемой овуляции
 4. накануне менструации
 5. выбор дня менструального цикла не имеет значения
559. При проведении полостных гинекологических операций, как правило, необходимо
1. за три недели до операции исключить из пищевого рациона прием продуктов, богатых клетчаткой
 2. за несколько дней до операции ограничить прием продуктов, богатых белками
 3. накануне операции увеличить в суточном рационе содержание углеводов в 2 раза

4. накануне операции дать легкий обед (жидкий суп, бульон с белым хлебом, каша), а вечером сладкий чай с сухарем, в день операции - не завтракать
 5. ничего из перечисленного значение не имеет
560. В комплекс мероприятий по подготовке к полостным гинекологическим операциям, как правило, входит назначение
1. сифонных клизм за 3-4 дня до операции, на ночь, ежедневно
 2. растительного масла по 1 столовой ложке 3 раза в день перед едой за 10 дней до операции
 3. очистительной клизмы накануне операции, на ночь
 4. верно все перечисленное
 5. все перечисленное не верно
561. Длительность предоперационной подготовки зависит
1. от степени экстренности операции
 2. от вида сопутствующей экстрагенитальной патологии
 3. от характера гинекологического заболевания
 4. от предполагаемого объема предстоящей операции
 5. от всего перечисленного
562. Проведение нижнесрединной лапаротомии предпочтительнее
1. при повторных чревосечениях с удалением старого продольного расположения рубца
 2. при предполагаемом большом объеме операции
 3. при необходимости тщательной ревизии органов брюшной полости
 4. при молодом возрасте женщины
 5. верно 1, 2, 3
563. Преимущества нижнесрединной лапаротомии состоит
1. в возможности продления разреза кверху (обходя пупок слева)
 2. в технической простоте исполнения
 3. в меньшем риске эвентрации при воспалительных послеоперационных осложнениях
 4. в возможности раннего вставания больной с постели
 5. верно 1, 2
564. Наиболее типичные возможные осложнения при проведении нижнесрединного разреза передней брюшной стенки
1. ранение кишечника или сальника
 2. ранение мочевого пузыря
 3. повреждение внутренней подвздошной артерии
 4. ранение мочеточника
 5. верно 1, 2
565. Причины, повышающие риск ранения кишечника при проведении нижнесрединной лапаротомии
1. недостаточно глубокий наркоз и релаксация тканей
 2. сращение кишечника и сальника с париетальной брюшиной
 3. применение хирургических пинцетов при вскрытии брюшины
 4. истончение апоневроза и растяжение белой линии живота
 5. все перечисленные причины
566. Возможные осложнения при ампутации шейки матки
1. повреждение мочевого пузыря
 2. кровотечение во время операции и в послеоперационном периоде
 3. сужение канала шейки матки
 4. расхождение швов на культе шейки матки

5. все перечисленные
567. Показания к надвлагалищной ампутации матки при наличии миомы матки
 1. размеры опухоли более 12 недель
 2. подслизистое расположение узла
 3. нарушение функции соседних органов (учащенное мочеиспускание)
 4. подозрение на озлокачествление миомы
 5. верно 1, 2, 3
568. Недостатки влагалищной экстирпации матки
 1. более высокая техническая сложность операции, требующая высокой квалификации хирурга
 2. невозможность ревизии органов брюшной полости в процессе операции
 3. большие затруднения при удалении крупных образований матки и яичников
 4. она не устраняет слабости мышц тазового дна
 5. все перечисленные
569. Ранение мочеоточника возможно при проведении операции
 1. передней кольпорафии
 2. высокой ампутации шейки матки
 3. простой экстирпации матки
 4. влагалищной экстирпации матки
 5. все перечисленное верно
570. При надвлагалищной ампутации матки маточные сосуды, как правило, пересекают
 1. на уровне внутреннего зева
 2. на 1.5 см выше области внутреннего зева
 3. на 1.5 см ниже области внутреннего зева
 4. в области кардинальных связок
 5. ничего из перечисленного не верно
571. При экстирпации матки с придатками, как правило, пересекается все перечисленное, кроме
 1. воронко-тазовых связок
 2. круглых связок
 3. крестцово-маточных связок
 4. кардинальных связок
 5. маточных концов труб
572. У больной 36 лет на вторые сутки после операции надвлагалищной ампутации матки (по поводу подслизистой миомы) в связи с подозрением на внутрибрюшное кровотечение из послеоперационной культи произведена релапаротомия. Во время операции обнаружен источник кровотечения - сосуды культи шейки матки. Необходимо произвести
 1. ревизию культи шейки матки и ушивание сосудистых пучков
 2. экстирпацию культи шейки матки
 3. экстирпацию культи шейки матки с придатками
 4. экстирпацию культи шейки матки с трубами
 5. ничего из перечисленного не верно
573. Радикальным оперативным вмешательством в гинекологии является
 1. надвлагалищная ампутация матки
 2. экстирпация матки
 3. удаление больших (более 10 см) подбрюшинных узлов миомы матки
 4. верно 1 и 2
 5. все перечисленное

574. При проведении операции удаления трубы по поводу нарушенной трубной беременности для обеспечения надежного гемостаза необходимо наложить на мезосальпинкс
1. один зажим и всю брыжейку трубы прошить одной кетгутовой лигатурой
 2. несколько зажимов и прошить отдельно каждый участок кетгутом
 3. один зажим с последующей перевязкой его культи кетгутом без прошивания
 4. несколько зажимов и прошивать каждый (небольшой) участок шелком
 5. все перечисленное не верно
575. Для восстановления детородной функции женщины при аномалиях развития тела матки производятся операции производится:
1. сальпингостомия
 2. сальпинголизис
 3. имплантация маточных труб в матку
 4. метропластика
 5. пересадка яичника в матку
576. Объем операции при подозрении на злокачественное поражение яичника у больной 55 лет заключается
1. в удалении придатков матки на стороне поражения
 2. в надвлагалищной ампутации матки с придатками и резекции большого сальника
 3. в экстирпации матки с придатками
 4. в удалении придатков матки с обеих сторон
 5. в надвлагалищной ампутации матки с придатками
577. В состав хирургической ножки кисты яичника входит все перечисленное, кроме
1. воронко-тазовой связки
 2. собственной связки яичника
 3. мезовариума
 4. трубы
 5. круглой связки
578. Во время лапароскопии обнаружена ретенционная киста одного яичника диаметром 5 см. Тактика врача?
1. лапаротомии, удаления придатков матки на стороне поражения
 2. лапаротомии, удаления пораженного яичника
 3. удаления образования яичника при оперативной лапароскопии
 4. лапаротомии, удаления пораженных придатков и резекции второго яичника
 5. ничего из перечисленного
579. При операции по поводу ретенционной кисты яичника больной следует произвести (при наличии технической возможности)
1. удаление придатков
 2. удаление яичника
 3. пункцию кисты и отсасывание содержимого
 4. резекцию яичника с оставлением неизменной его ткани
 5. ничего из перечисленного
580. При лапароскопии по поводу подозрения на апоплексию яичника обнаружено небольшое кровотечение из яичника. Необходимо произвести
1. лапаротомию и ушивание яичника
 2. диатермокоагуляцию яичника под контролем лапароскопии
 3. лапаротомию и резекцию яичника
 4. лапаротомию и удаление придатков матки на стороне поражения

5. лапароскопия и резекция яичника
581. У больной 30 лет во время операции по поводу двустороннего пиосальпинкса следует произвести
 1. надвлагалищную ампутацию матки с придатками
 2. экстирпацию матки с придатками
 3. надвлагалищную ампутацию матки с трубами
 4. удаление обеих маточных труб
 5. удаление обоих придатков
582. Во время операции искусственного прерывания беременности у женщины 26 лет произведена перфорация матки. Во время лапаротомии обнаружено: перфорация произошла в области перешейка матки справа, здесь же имеется гематома между листками широкой связки, за мочевым пузырем, доходящая до стенок таза. Следует произвести
 1. ушивание перфорационного отверстия
 2. надвлагалищную ампутацию матки без придатков
 3. надвлагалищную ампутацию матки с придатками
 4. экстирпацию матки с придатками
 5. экстирпацию матки с трубами
583. Во время операции у больной с интралигаментарным расположением опухоли яичника чаще всего имеется риск
 1. кровотечения из ложа опухоли
 2. варикозного расширения вен связочного аппарата
 3. двустороннего поражения яичников
 4. ранения мочеочника в связи с аномальным его расположением
 5. верно все перечисленное
584. При операции по поводу паровариальной кисты следует произвести
 1. вылушивание кисты
 2. удаление придатков на стороне поражения
 3. удаление яичника на стороне поражения
 4. удаление обоих яичников
 5. резекцию яичника на стороне поражения
585. Объем оперативного вмешательства при раке эндометрия II стадии
 1. надвлагалищная ампутация матки без придатков
 2. надвлагалищная ампутация матки с придатками
 3. экстирпация матки без придатков
 4. экстирпация матки с придатками
 5. расширенная экстирпация матки
586. Наиболее предпочтительные методы лечения при хориокарциноме матки
 1. химиотерапия
 2. экстирпация матки с придатками
 3. экстирпация матки с придатками и химиотерапия
 4. расширенная экстирпация матки
 5. расширенная экстирпация матки и химиотерапия
587. Показаниями для передней кольпографии являются
 1. опущение передней стенки влагалища
 2. опущение передней стенки влагалища и мочевого пузыря
 3. неполное выпадение матки
 4. верно 1 и 2

5. все перечисленные
588. Показанием для проведения операции задней кольпорафии является
 1. слишком емкое влагалище
 2. частичное выпадение матки
 3. недержание мочи
 4. опущение и выпадение задней стенки влагалища
 5. удлинение шейки матки
589. Показанием для проведения операции срединной кольпорафии является
 1. удлинение шейки матки
 2. недержание мочи
 3. опущение и выпадение передней стенки влагалища
 4. опущение и выпадение задней стенки влагалища
 5. полное выпадение матки в старческом возрасте
590. Наилучшие отдаленные результаты операции создания искусственного влагалища получены при методике кольпопоза
 1. из тонкой кишки
 2. из сигмовидной кишки
 3. из прямой кишки
 4. из плодных оболочек
 5. из кожи
591. При ранении брюшинного покрова кишечника во время полостной гинекологической операции необходимо
 1. наложить серо-серозный шов тонким кетгутом или шелком
 2. подшить место повреждения кишки к париетальной брюшине
 3. наложение стомы
 4. все перечисленное
 5. ничего из перечисленного
592. Вентрофиксация матки способствует
 1. исправлению положения матки
 2. восстановлению нормальной величины и формы влагалища
 3. укреплению тазового дна
 4. всему перечисленному
 5. ничему из перечисленного
593. Преимущества влагалищной экстирпации матки перед полостной операцией
 1. более простой доступ для обзора органов малого таза
 2. меньший риск ранения мочевого пузыря во время операции
 3. возможность проведения операции под легкой закисно-кислородной аналгезией
 4. более легко переносится больными, исход их более благоприятный
 5. все перечисленное верно
594. При надвлагалищной ампутации матки с левыми придатками, как правило, пересекают
 1. обе круглые связки
 2. собственную связку правого яичника и правую трубу (маточный конец)
 3. воронко-тазовую связку слева
 4. воронко-тазовую связку справа
 5. верно 1, 2, 3
595. При надвлагалищной ампутации матки с придатками, как правило, пересекают
 1. обе круглые связки

2. обе воронко-тазовые связки
 3. обе маточные трубы (маточные концы их)
 4. обе собственно яичниковые связки
 5. верно 1, 2
596. Показаниями к экстирпации матки при миоме являются
1. низкое расположение узлов, невозможность их удаления при надвлагалищной ампутации матки
 2. предраковые заболевания шейки матки
 3. вторичные изменения в подслизистой миоматозном узле
 4. сочетание миомы с кистой яичника
 5. верно 1, 2
597. При экстирпации матки без придатков, как правило, пересекаются
1. круглые связки
 2. маточные концы труб
 3. собственные связки яичников
 4. крестцово-маточные связки
 5. все перечисленное
598. Основные условия, определяющие эффект хирургического лечения больных с мочеполовыми и ректовагинальными свищами
1. тщательная и правильная подготовка больных к операции
 2. владение хирургом соответствующей техникой операции
 3. обеспечение необходимого ухода за больными после операции
 4. обеспечение в течение 4-6 дней после операции проточного струйного промывания мочевого пузыря или прямой кишки растворами антисептиков
 5. верно 1, 2, 3
599. При полостной гинекологической операции культи влагалища зашивается по следующей методике
1. передняя и задняя стенки сшиваются отдельными кетгутowymi швами (просвет влагалища закрывается наглухо)
 2. стенки влагалища сшиваются отдельными кетгутowymi швами (просвет остается открытым)
 3. стенки влагалища обшиваются непрерывным Реверденовским кетгутovým швом (просвет остается открытым)
 4. передняя стенка влагалища сшивается с пузырно-маточной складкой, а задняя - с задним листком брюшины
 5. верно все перечисленное
600. К консервативным операциям, производимым на матке, относятся
1. отсечение подбрюшинного миоматозного узла на ножке
 2. вылушивание миоматозных узлов, расположенных межмышечно
 3. дефундация матки
 4. удаление подслизистого узла миомы под контролем гистероскопии
 5. все перечисленные
601. При операции удаления трубы по поводу нарушенной трубной беременности между зажимами пересекают
1. маточный конец трубы
 2. брыжейку трубы (мезосальпинкс)
 3. собственную связку яичника

4. круглую связку матки
 5. верно 1, 2
602. При операции удаления трубы по поводу нарушенной трубной беременности необходимо, как правило, произвести
1. проверку проходимости оставшейся маточной трубы
 2. разъединение спаек, имеющихсся вокруг второй трубы
 3. удаление трубы (с плодным яйцом) с обязательным иссечением трубного угла матки для профилактики возникновения повторной внематочной беременности
 4. резекцию яичника на стороне поражения
 5. верно 1, 2
603. Для лечения женского бесплодия при непроходимости маточных труб чаще всего применяют следующие операции
1. сальпинголизис
 2. сальпингостомию
 3. имплантацию маточных труб в матку
 4. метропластику
 5. верно 1, 2
604. Техника операции Мадленера с целью хирургической стерилизации женщины состоит
1. в лапаротомии
 2. в оттягивании трубы кверху до образования петли
 3. в раздавливании трубы в области петли мощной клеммой
 4. в перевязке шелковой лигатурой в области раздавливания
 5. во всем перечисленном
605. Во время операции по поводу миомы матки у больной 40 лет обнаружены ретенционные кисты яичников. Необходимо
1. произвести резекцию яичников
 2. произвести вылушивание кист
 3. произвести прокалывание кист иглой
 4. произвести удаление яичников
 5. верно 1, 2
606. Консервативная миомэктомия проводится обычно
1. у больных молодого возраста (репродуктивный период)
 2. при подбрюшинном расположении узла миомы на ножке
 3. для сохранения менструальной функции женщины
 4. для сохранения генеративной функции женщины
 5. верно все перечисленное
607. Во время операции консервативной миомэктомии факторами, осложняющими операцию, являются
1. низкое расположение узла в области сосудистого пучка
 2. расположение узла в области трубных углов матки
 3. большое количество узлов
 4. подбрюшинное расположение узла
 5. верно 1, 2, 3
608. Во время операции откручивания подслизистого миоматозного узла (производимой под контролем гистероскопии) диаметром 5 см на тонкой ножке наибольшие трудности связаны
1. с отделением узла от стенки матки

2. с возможностью профузного кровотечения из ложа узла
 3. с возможностью перфорации матки
 4. с трудностью выведения узла через шейку матки
 5. ни с чем из перечисленным
609. При расширенной экстирпации матки удаляются следующие группы лимфатических узлов
1. внутренние подвздошные
 2. наружные подвздошные
 3. общие подвздошные
 4. запираательные
 5. все перечисленные
610. Показания для рассечения девственной плевы
1. полное ее заращение
 2. выраженная ее ригидность, препятствующая половой жизни
 3. необходимость выскабливания матки у женщин, не живших половой жизнью
 4. развитие вульвовагинита у девочек
 5. верно 1, 2, 3
611. При ранении мочевого пузыря необходимо
1. при повреждении мышечной оболочки мочевого пузыря дефект ткани восстановить отдельными кетгутовыми швами
 2. при проникающем ранении края раны соединить в два этажа узловатыми кетгутовыми швами
 3. после восстановления целостности мочевого пузыря ввести в него постоянный катетер на 7-10 дней и производить 1-2 раза в день промывание мочевого пузыря раствором антисептиков
 4. при проникающем ранении края раны соединить в два этажа шелковыми швами; первый - через все слои, второй - мышечно-серозный
 5. верно 1, 2, 3
612. Наиболее характерные ближайшие и отдаленные осложнения при операциях по поводу заращения влагалища
1. ранение мочевого пузыря
 2. ранение прямой кишки
 3. ранение мочеоточника
 4. образование пролежней во влагалище
 5. верно 1, 2
613. Показания для влагалищной экстирпации матки
1. полное выпадение матки у женщин пожилого возраста
 2. доброкачественные опухоли матки у ослабленных больных или женщин пожилого возраста
 3. неполное выпадение матки у женщин с ожирением
 4. рак тела матки у женщин пожилого возраста
 5. все перечисленные
614. При ранении кишечника со вскрытием полости необходимо
1. маленькое отверстие зашить кетгутным швом из кетгута через все слои кишки и затем наложить Z-образный серо-серозный шов из тонкого шелка
 2. при значительных размерах дефекта тонкой кишки, проникающего в ее полость, наложить швы в два этажа: первый - непрерывный кетгутовый шов через все слои стенки кишки, а второй - отдельные узловатые серозно-мышечные швы
 3. при обширных повреждениях кишечника - резекция участка кишки

4. наложение стомы
 5. верно 1, 2, 3
615. Операции, применяемые при опущении и выпадении стенок влагалища (без нарушения положения матки)
1. передняя кольпорафия
 2. задняя кольпорафия
 3. передняя и задняя кольпорафия
 4. срединная кольпорафия
 5. экстирпация матки
616. Показанием для высокой ампутации шейки матки является
1. сочетание гипертрофии, деформации и других патологических изменений с удлинением шейки матки
617. 2. резко выраженная деформация шейки матки вследствие множественных разрывов
2. хронический эндоцервицит с гипертрофией шейки матки
 3. рецидивирующая длительно незаживающая псевдоэрозия шейки матки
 4. верно 1, 2, 3
618. Брюшина малого таза покрывает всю, кроме:
1. тела матки
 2. яичников
 3. дна мочевого пузыря
 4. ампулярных отделов маточных труб
 5. крестцово-маточных связок
619. Внематочную беременность по типу разрыва маточной трубы сопровождают:
1. внезапный приступ боли в одной из подвздошных областей
 2. иррадиация боли в задний проход
 3. тошнота и рвота
 4. правильные ответы 1 и 2
 5. все ответы правильные
620. Внематочную беременность, нарушенную по типу трубного аборта, надо дифференцировать с:
1. самопроизвольным выкидышем малого срока
 2. обострением хронического сальпингоофорита
 3. апоплексией яичника
 4. дисфункциональным маточным кровотечением
 5. все ответы правильные
621. Пластические операции на шейке матке противопоказаны:
1. при беременности
 2. при подозрении на злокачественный процесс в шейке матки
 3. при остром воспалительном процессе гениталий
 4. при всем перечисленном
 5. ни при чем из перечисленного
622. Что противоречит профилактике тромбоэмболических осложнений:
1. наложение эластических бинтов на нижние конечности
 2. длительный постельный режим
 3. ранее вставание
 4. антикоагулянтная терапия

5. антибиотико терапия
623. Прерывание трубной беременности по типу трубного аборта происходит чаще в сроке беременности
 1. 11-12 недель
 2. 9-10 недель
 3. 7-8 недель
 4. 4-6 недель
 5. 3-5 недель
624. Нарушение внематочной беременности по типу трубного аборта протекает со следующей симптоматикой
 1. скудные кровянистые выделения из половых путей
 2. боли внизу живота и в подвздошной паховой области, сопровождающиеся парезом кишечника
 3. при влагалищном исследовании - увеличение и болезненность придатков
 4. верно все перечисленное
 5. верно 1,3
625. Что не является причиной «острого живота» в гинекологии:
 1. внематочная беременность
 2. перекрут ножки опухоли яичника
 3. инфаркт миоматозного узла
 4. маточная беременность
 5. апоплексия яичника
626. Для апоплексии яичника характерно все перечисленное, кроме:
 1. болей внизу живота, возникающих на фоне полного благополучия
 2. отсутствия наружного кровотечения
 3. отрицательных биологических реакций на беременность
 4. резко выраженного нарастания числа лейкоцитов в крови
 5. данные УЗИ исследования
627. Для шеечной беременности характерно все перечисленное, кроме
 1. увеличения шейки матки
 2. расположения эксцентрично маточного зева
 3. асимметричности шейки матки
 4. положения маточного зева в центре нижнего полюса растянутой шейки матки
 5. синюшность шейки матки
628. У больной с клиническим диагнозом апоплексии яичника показанием к операции является
 1. наличие воспаления придатков в анамнезе
 2. дисфункция яичников в анамнезе
 3. болевой синдром
 4. внутрибрюшное кровотечение
 5. все перечисленное не верно
629. Эхографическим признаком внематочной беременности является:
 1. увеличение размеров матки
 2. ложное плодное яйцо
 3. свободная жидкость в позадиматочном пространстве
 4. плодное яйцо с эмбрионом вне полости матки
 5. утолщение М-эхо

630. УЗИ диагностика прогрессирующей внематочной беременности основывается на определении всего, кроме:
1. выявления в области придатков округлого анэхогенного образования
 2. размеры образования соответствуют предполагаемому сроку беременности
 3. вокруг образования имеется ободок ворсинчатого хориона
 4. иногда внутри образования виден плод с сердечной деятельностью
 5. гиперплазии эндометрия
631. В анатомическую ножку кистомы входят:
1. маточная труба, собственно-яичниковая связка, воронко-тазовая связка
 2. собственно-яичниковая связка, мезовариум, маточная труба
 3. собственно-яичниковая связка, воронко-тазовая связка, мезовариум
 4. мезовариум, маточная труба, воронко-тазовая связка
 5. угол матки, маточная труба, собственно-яичниковая связка
632. Определите объем клинико-инструментального обследования больной при подозрении на злокачественную опухоль яичников:
1. ультразвуковое сканирование внутренних половых органов;
 2. пункция брюшной полости через задний свод влагалища с последующим цитологическим исследованием полученного аспирата;
 3. рентгенологическое или эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта;
 4. количественное определение содержания в крови опухолевых маркеров (СА-125).
 5. все ответы правильные
633. Хирургическая ножка опухоли яичника состоит из:
1. собственной связки яичника;
 2. воронко-тазовой связки;
 3. мезовариума;
 4. маточной трубы.
 5. все ответы правильные
634. Основные показания к выполнению оперативной лапароскопии в гинекологической практике:
1. внематочная беременность, нарушенная по типу трубного аборта;
 2. первичное или вторичное бесплодие;
 3. «малые» формы перитонеального эндометриоза;
 4. перевязка (клеммирование) маточных труб с целью стерилизации;
 5. все перечисленное выше.
635. Оптимальный метод обезболивания лечебно-диагностической лапароскопии в гинекологии:
1. эндотрахеальный наркоз;
 2. внутривенная анестезия;
 3. перидуральная анестезия;
 4. местная инфильтрационная анестезия;
 5. выбор метода обезболивания зависит от объема эндоскопического вмешательства и тяжести состояния больной.
636. Трансвагинальная эхография малоинформативна при:
1. гиперпластических процессах эндометрия
 2. внематочной беременности
 3. подслизистой локализации узлов миомы
 4. внутреннем эндометриозе

5. яичниковых образованиях больших размеров
637. Наиболее характерные изменения эндометрия при внематочной беременности:
 1. Атрофия
 2. Пролиферация
 3. Железисто-кистозная гиперплазия
 4. Децидуальная трансформация
 5. Эндометриальный полип
638. Эктопия шейки матки – это:
 1. выворот цервикального канала
 2. язва на шейке матки
 3. выход цилиндрического эпителия за пределы цервикального канала
 4. дисплазия шейки матки
 5. локальная гиперемия
639. Основной причиной возникновения эктопии шейки матки является:
 1. воспалительные заболевания
 2. гормональные нарушения
 3. ношение ВМС
 4. роды
 5. КОКи
640. Что не относится к факторам риска возникновения эктопии. Выберите 1 неправильный ответ:
 1. наследственность
 2. механическое и химическое воздействие на шейку матки.
 3. изменение гормонального гомеостаза.
 4. инфекция.
 5. наличие родов в анамнезе.
641. Максимальная частота развития эктопий шейки матки наблюдается в возрасте:
 1. до 18 лет
 2. от 18 до 25 лет
 3. от 26 до 30 лет
 4. от 31 до 35 лет
 5. в любом
642. При врожденной эктопии молодым женщинам (до 25 лет) рекомендуется:
 1. наблюдение периодически один раз в год после исследования на И.П.П.П, с последующей гормональной коррекцией.
 2. взятие прицельной биопсии с последующей криодеструкцией.
 3. химическая коагуляция
 4. местное лечение: тампоны с облепиховым маслом
 5. ничего из перечисленного не верно
643. Диагностическая проба с 3% раствором уксусной кислоты позволяет:
 1. определить границы поражения
 2. отдифференцировать цилиндрический эпителий от плоского
 3. выявить участки с дисплазией
 4. отдифференцировать цилиндрический эпителий и выявить ацетобелый
 5. определить доброкачественность процесса
644. В алгоритм обследования пациенток с эктопией шейки матки входит все, кроме:
 1. сбор анамнеза, гинекологический осмотр.

2. кровь на RW, ВИЧ, инфекции, вирус папилломы человека 16,18 тип.
 3. мазки на флору, онкоцитологию.
 4. кольпоскопия: простая и расширенная
 5. гистероскопия.
645. Диагноз эктопии шейки матки выставляется при:
1. визуальном осмотре
 2. проведении кольпоскопии
 3. цитологическом исследовании
 4. гистологическом
 5. бакпосеве мазка на флору
646. К методом деструкции очага эктопии можно отнести все, кроме:
1. диатермоэлектрокоагуляция
 2. криодеструкция
 3. лазерная вапоризация
 4. радиоволновой метод
 5. гистерэктомия
647. Наиболее благоприятный период менструального цикла для проведения диатермокоагуляции эктопии шейки матки
1. в дни менструации
 2. сразу после менструации
 3. в период овуляции
 4. за 2-3 дня до менструации
 5. за 2-3 дня до менструации и/или сразу после менструации
648. Наиболее типичные осложнения после диатермокоагуляции шейки матки
1. кровотечение при отторжении струпа
 2. эндометриоз влагалищной части шейки матки
 3. заращение наружного зева шейки матки
 4. посткоагуляционный синдром
 5. верно все перечисленное
649. Показанием для диатермоконизации шейки матки является
1. деформация шейки матки вследствие множественных разрывов
 2. хронический эндоцервицит с рецидивирующими шеечными полипами
 3. сочетание гипертрофии шейки матки с псевдоэрозией органа
 4. интраэпителиальный рак шейки матки у женщины молодого возраста
 5. все перечисленное
650. Осложнениями эктопии шейки матки являются:
1. бесплодие
 2. дисплазия шейки матки
 3. ВЗОМТ
 4. НМЦ
 5. НМЦ и бесплодие
651. Основными факторами возникновения эктропиона шейки матки являются:
1. воспалительные заболевания
 2. роды
 3. аборт
 4. эрозии
 5. травматическое повреждение шейки

652. Под эктропионом шейки матки понимают:
1. эрозию
 2. выворот цервикального канала+
 3. полип шейки матки
 4. язву
 5. воспаление
653. Неосновным обследованием при диагностике эктропиона шейки матки является:
1. осмотр гинеколога
 2. бактериологическое исследование
 3. кольпоскопия
 4. PAP тест
 5. мазок на флору
654. При эктропионе поверхность шейки матки:
1. неоднородная
 2. бугристая
 3. утолщена
 4. гиперемирована
 5. гладкая
655. Лейкоплакия шейки матки – это участок :
1. патологического утолщения эпителия
 2. патологического истончения эпителия
 3. патологического ороговения эпителия
 4. патологической десквамации эпителия
 5. патологического изъязвления
656. Местом локализации лейкоплакии может являться:
1. только влагалищная часть шейки матки
 2. только наружные половые органы
 3. цервикальный канал
 4. прямая кишка
 5. все вышеизложенное
657. При визуальном осмотре участки с лейкоплакии шейки матки выглядят в виде:
1. пленок или бляшек белого цвета
 2. пленок или бляшек серого цвета
 3. пленок или бляшек белого и серого цветов
 4. побелевших пятен
 5. гиперемированных участков
658. Кольпоскопическая картина лейкоплакия выглядит в виде:
1. белых бляшек, гладких или слегка приподнятых над окружающей тканью, видимые до обработки уксусной кислотой
 2. белых бляшек, не видимых до обработки уксусной кислотой
 3. белых бляшек, видимых после обработки уксусной кислотой
 4. плотных чешуек, четко видимых после проведения пробы шиллера
 5. в виде темно- вишневых или синюшных образований разной величины.
659. Для постановки окончательного диагноза лейкоплакии шейки матки необходимо:
1. кольпоскопия
 2. прицельная биопсия с захватом подлежащей стромы
 3. раздельное диагностическое выскабливание

4. взятия мазка на вирус папилломы человека 16,18 типы
 5. гистероскопия.
660. Для диагностики лейкоплакии шейки матки необходимо все, кроме:
1. анамнеза
 2. кольпоскопии: простой и расширенной
 3. прицельной биопсии с последующим гистологическим обследованием
 4. обследование на ВПЧ 16,18 типы
 5. гистероскопии
661. Простая лейкоплакия шейки матки относится к:
1. фоновым заболеваниям шейки матки
 2. предраковым
 3. воспалительным
 4. онкологическим
 5. фоновым + воспалительным
662. Окончательный диагноз лейкоплакии шейки матки выставляется:
1. при осмотре невооруженным глазом
 2. при проведении кольпоскопии
 3. при гистологическом исследовании
 4. при проведении PAP теста
 5. при исследовании мазка на флору
663. При проведении пробы с 3% раствором уксусной кислоты лейкоплакия шейки матки проявляется:
1. мозаикой
 2. пунктуацией
 3. наличием ороговевающих желез
 4. наличием открытых желез
 5. мозаикой и пунктуацией+
664. Лечение лейкоплакии шейки матки состоит из всего нижеперечисленного, кроме:
1. лечение основного заболевания
 2. коррекция гормонального состояния
 3. коррекция иммунологического состояния
 4. деструкция очага лейкоплакии
 5. гистерэктомия
665. Дисплазия шейки матки – это:
1. нарушение строения эпителия шейки матки
 2. нарушение формы и структуры клеток
 3. появление атипических клеток
 4. патологическое утолщение эпителия
 5. опухолевое перерождение клеток
666. Что не способствует увеличению частоты возникновения дисплазии шейки матки:
1. роды
 2. курение
 3. заражение ВПЧ
 4. ЗППП
 5. ВЗОМТ
667. Какой кольпоскопический признак нехарактерен для дисплазии шейки матки:
1. лейкоплакия

2. немые йоднегативные участки
 3. мозаика
 4. атипическая зона трансформации
 5. наличие открытых желез
668. Кольпоскопическая картина при дисплазиях характеризуется всем, кроме:
1. атипических сосудов, ороговевших желез
 2. выраженного ацетобелого эпителия
 3. участков лейкоплакии, йоднегативные зоны
 4. грубой мозаики и пунктуации
 5. ретенционных кист
669. К лечению легкой формы дисплазии относят все, кроме:
1. диатермокоагуляции
 2. криодеструкции
 3. лазерной вапоризации
 4. верно 1 2 3
 5. конизации шейки матки
670. К лечению тяжелой степени дисплазии и преинвазивного рака относится :
1. ампутация или диатермоконизация шейки матки
 2. ампутация или диатермоконизация шейки матки с последующим обязательным гистологическим исследованием для исключения инвазивного рака
 3. экстирпация матки с придатками
 4. лазерная вапоризация
 5. диатермокоагуляция.
671. Каким нервом иннервируется область вульвы и промежности:
1. n.vagus
 2. срамной
 3. подвздошно-паховый
 4. седалищно-крестцовый
 5. половой
672. Основные причины дистрофии вульвы:
1. хронические воспалительные заболевания органов малого таза
 2. дефицит эстрогенов
 3. дефицит прогестерона
 4. неизвестна
 5. нарушение обмена веществ
673. Основной жалобой при дистрофии вульвы является:
1. зуд
 2. выделения из половых путей
 3. частые позывы к мочеиспусканию
 4. покраснение наружных половых органов
 5. болезненность при половой близости
674. Какой из методов обследования не входит в план диагностических мероприятий при дистрофии вульвы:
1. общий анализ крови, RW
 2. кольпоскопия
 3. PAP тест
 4. исследование мазка на флору

5. УЗИ органов малого таза
675. Основной причиной атрофического вагинита является:
 1. воспалительные заболевания
 2. облучение
 3. использование местных спермицидов
 4. онкологический процесс
 5. возрастной фактор
676. Наиболее характерный признак атрофического вагинита:
 1. количество лейкоцитов в мазке на флору не более 10-15
 2. утолщение экзоцервикса
 3. субэпителиальные петехии
 4. преобладание грибковой флоры во влагалище
 5. гиперемия влагалища
677. Основным методом лечения атрофического вагинита является:
 1. противовоспалительная терапия
 2. санация влагалища
 3. ЗГТ
 4. назначение контрацептивов
 5. иммуностимуляторы
678. Препараты для лечения атрофического вагинита содержат:
 1. только натуральный прогестерон
 2. натуральные половые гормоны
 3. синтетические гормоны
 4. кортикостероиды
 5. антибактериальные препараты
679. Наиболее эффективный способ введения лекарственных препаратов при атрофическом вагините:
 1. пероральный
 2. вагинальный
 3. ректальный
 4. инъекционный
 5. пероральный + вагинальный
680. Что из ниже перечисленного является необходимым для получения мазка по Папаниколау хорошего качества?
 1. получение образца из заднего свода влагалища
 2. получение образца из эндоцервикального канала специальной деревянной палочкой или щеточкой, с обязательной фиксацией
 3. получение образца из эндоцервикального канала специальной деревянной палочкой или щеточкой, с высушиванием на воздухе
 4. помещение как можно большего количества шеечного отделяемого на предметное стекло
 5. ничего из перечисленного
681. Наиболее уязвимым местом для ВПЧ инфекции является:
 1. эндоцервикс
 2. наружные половые органы
 3. влагалище
 4. зона стыка между цилиндрическим эпителием и многослойным плоским эпителием шейки матки

5. верно 1,4
682. Влагиалищная часть шейки матки у женщины репродуктивного возраста в норме покрыта:
1. цилиндрическим эпителием
 2. многослойным плоским ороговевающим эпителием
 3. железистым эпителием
 4. многослойным плоским неороговевающим эпителием
 5. ничего из перечисленного
683. В постменопаузе зона стыка между цилиндрическим и многослойным плоским эпителием шейки матки находится:
1. на экзоцервиксе
 2. в нижней трети эндоцервикса
 3. в верхней трети эндоцервикса
 4. верно 2 и 3
 5. все перечисленное неверно
684. Генетический риск – это:
1. вероятность рождения ребенка с хромосомной или врожденной патологией вследствие влияния тератогенных факторов или наследственной отягощенности.
 2. повышенная вероятность возникновения определенного заболевания в течении всей жизни
 3. повышенная вероятность рождения ребенка с ВУИ
 4. вероятность рождения ребенка определенного пола
 5. вероятность развития соматической патологии
685. Фенотип – это:
1. совокупность внешних признаков
 2. набор хромосом
 3. совокупность генов
 4. участок молекулы ДНК
 5. генеалогическое дерево
686. Показаниями к медико-генетическому консультированию является все, кроме:
1. кровнородственные браки
 2. возраст беременной старше 35 лет
 3. рождение ребенка с ВУИ
 4. ОАА
 5. рождение ребенка с ВПР
687. К наиболее информативным срокам беременности для УЗИ-диагностики ВПР плода является все перечисленное, кроме:
1. 12-13 недель
 2. 16-18 недель
 3. 24-26 недель
 4. 32-34 недели
 5. верно все перечисленное
688. При контакте беременной с краснухой, какой срок является самым опасным для плода в связи с возможным развитием врожденных пороков:
1. I триместр
 2. до 16 недель беременности
 3. до 12 недель беременности
 4. весь срок беременности
 5. II триместр

689. У женщины кариотип 46ху, отсутствуют матка и трубы, половые железы представлены яичками. влагалище заканчивается слепо. Диагноз:
1. тестикулярная феминизация
 2. синдром Шерешевского-Тернера
 3. истинный гермофрадитизм
 4. адрено-генитальный синдром
 5. дисгенезия гонад
690. Показания для исследования кариотипа:
1. возраст беременной старше 35 лет
 2. болезнь Дауна у детей в анамнезе
 3. аменорея в анамнезе
 4. ПНБ
 5. Верно все перечисленное
691. Шизофрения, эпилепсия, гипертония и сахарный диабет относятся к заболеваниям:
1. Хромосомным
 2. с наследственной предрасположенностью
 3. иммунного характера
 4. наследственным нарушениям обмена веществ
 5. генетическим
692. Определение отцовства возможно при применении следующих методов:
1. внешнее сходство
 2. определение группы крови
 3. определение антигенов М, Н и т.д.
 4. по особенностям кариотипа
 5. ДНК-диагностика
693. Укажите формулу кариотипа при синдроме Шерешевского-Тернера:
1. 46 хх
 2. 47 ху (+ 21)
 3. 45 хо
 4. 47 хху
 5. 47 ххх
694. У женщины аменорея, бесплодие, отсутствуют матка и яичники, кариотип 45хо. Диагноз?
1. синдром тестикулярной феминизации
 2. синдром Клайнфельтера
 3. синдром Шерешевского-Тернера
 4. синдром Ракитанского
 5. гермофрадитизм
695. Укажите формулу кариотипа при болезни Дауна:
1. 46 хх
 2. 47 ху (+ 21)
 3. 45 хо
 4. 47 хху
 5. 47 ххх
696. Какое обследование надо провести для подтверждения болезни Дауна:
1. исследование х-хроматина
 2. кариотипирование
 3. биохимическое

4. гормональное
 5. ЭЭГ,РЭГ
697. У ребенка эпикант, плоская переносица, ВПС, макроглоссия, поперечные складки на ладонках. Диагноз:
1. ДЦП
 2. болезнь Дауна
 3. синдром Патау
 4. ферментопатия
 5. синдром Эдвардса
698. Для синдрома тестикулярной феминизации характерны:
1. женский фенотип
 2. аменорея
 3. слепое окончание влагалища
 4. кариотип 46 ху
 5. верно все перечисленное
699. Пренатальный скрининг проводится в сроки:
1. 16-20 недель
 2. 12-16 недель
 3. 20-26 недель
 4. в любом сроке
 5. 1 триместр
700. ВПР плода совместимые с жизнью операбельны, не ведущие к инвалидности и умственной отсталости:
1. гидроцефалия
 2. незаращение верхней губы и твердого неба
 3. микроцефалия
 4. порок сердца
 5. полидоктимия
701. При неполном слиянии парамезонефральных протоков развивается :
1. атрезия девственной плевы
 2. двурога матка
 3. атрезия влагалища
 4. дисгенезия гонад
 5. все перечисленные выше аномалии развития
702. Атрезия девственной плевы может проявляться:
1. затруднением мочеиспускания
 2. гематокольпосом
 3. затруднением дефекации
 4. циклически возникающими болями внизу живота
 5. все ответы верны
703. В процессе эмбриогенеза из парамезонефральных (мюллеровых) протоков развиваются:
1. маточная труба
 2. матка
 3. верхняя треть влагалища
 4. все перечисленные выше
 5. ничего из перечисленных выше

704. Индифферентная стадия развития гонад завершается на:
1. 1-й неделе гестации
 2. 14-й неделе гестации
 3. 30-й неделе гестации
 4. 7-й неделе гестации
 5. в раннем неонатальном периоде
705. У зародыша, дифференцирующегося по женскому типу, протоки первичной почки превращаются в:
1. маточные трубы
 2. строму яичников
 3. тело матки
 4. круглые связки матки
 5. регрессируют и сохраняются в виде рудиментарного образования
706. Для синдрома тестикулярной феминизации характерно:
1. аплазия матки
 2. слепо заканчивающееся влагалище
 3. кариотип 46 ху
 4. отсутствие полового оволосения
 5. все ответы правильны
707. У больных с I аменореей яичникового генеза, дисгенетическое яичко может находиться:
1. в паховом канале
 2. в рудиментарной мошонке
 3. на месте яичника
 4. в большой половой губе
 5. все ответы правильные
708. У больных с « чистой » формой дисгенезии гонад имеет место:
1. первичная аменорея
 2. нормальный рост
 3. бочкообразная грудная клетка
 4. короткая шея с крыловидными складкам
 5. правильно 1.2
709. Из уrogenитального синуса развиваются:
1. нижние 2/3 влагалища
 2. девственная плева
 3. преддверие влагалища
 4. все перечисленное выше верно
 5. ничего из перечисленного выше
710. Миома матки - это:
1. доброкачественная гормонально- зависимая опухоль, наиболее часто встречающаяся у женщин репродуктивного возраста
 2. доброкачественная гормонально-зависимая опухоль развивающаяся из поперечнополосатой ткани миометрия
 3. доброкачественная опухоль, которая часто имеет злокачественное перерождение
 4. доброкачественная опухоль наиболее часто встречающаяся у женщин пременопаузального периода
 5. доброкачественная опухоль, формирующаяся вследствие гиперандрогении

711. Основную роль в развитии миомы матки играют:
1. изменения эндокринного статуса
 2. гормональная чувствительность тканей опухоли
 3. процесс неоангиогенеза
 4. цитогенетические нарушения
 5. все перечисленное выше верно
712. Наиболее информативным методом распознавания субмукозной и интерстициальной с центрипитальным ростом миомы матки является:
1. трансвагинальная эхография
 2. гистеросальпингография
 3. гистероскопия
 4. зондирование полости матки
 5. лапароскопия
713. Основным клиническим симптомом подслизистой миомы матки:
1. хроническая тазовая боль
 2. альгодисменорея
 3. меноррагия
 4. вторичное бесплодие
 5. железодефицитная анемия
714. Наиболее информативный метод диагностики рождающегося миоматозного узла:
1. трансвагинальная эхография
 2. осмотр шейки матки в зеркалах с последующим бимануальным исследованием
 3. гистеросальпингография
 4. гистероскопия
 5. лапароскопия
715. Неоперативное лечение миомы матки преследует цель:
1. торможение роста опухоли
 2. уменьшение ее размеров и предотвращение в ней вторичных изменений
 3. исчезновение опухоли
 4. увеличение роста опухоли
 5. верно 1,2
716. Некроз миоматозного узла наиболее часто происходит:
1. во время беременности
 2. в послеродовом периоде
 3. в послеабортном периоде
 4. за 3-5 дней до начала менструации
 5. правильно 1.2.3
717. Изменения в миоматозном узле, связанные с нарушением питания опухоли:
1. отек
 2. кровоизлияния
 3. некроз
 4. нагноение
 5. все ответы правильны
718. Эмболизация маточных артерий приводит к:
1. уменьшению кровоснабжения и частичному некрозу миоматозных узлов
 2. уменьшению кровоснабжения яичников

3. уменьшению кровоснабжения матки
 4. бесплодию
 5. аменорее
719. Факторами риска развития гиперпластических процессов эндометрия являются все, кроме:
1. ЮМК в анамнезе..
 2. СПКЯ.
 3. ановуляторные менструальные циклы.
 4. прием оральных контрацептивов.
 5. верно 1,2
720. У женщины на фоне лечения гиперплазии эндометрия КОК на 12 день приема появилась желтуха. Ваши действия:
1. порекомендуете допить ОК до конца упаковки
 2. прекратить прием ОК
 3. увеличить или уменьшить дозу ОК
 4. назначите более низкодозированный ОК
 5. все перечисленное верно
721. Контроль лечения гиперпластических процессов эндометрия проводят путем:
1. УЗИ органов малого таза.
 2. диагностического выскабливания полости матки с гистологическим исследованием соскоба эндометрия.
 3. гистеросальпингографии.
 4. исследования гормонального фона.
 5. все выше перечисленное не верно
722. Лечение атипичической гиперплазии эндометрия у женщины перименопаузального периода с субмукозной миомой матки:
1. кломифена цитрат + гестагены.
 2. эстрофем + гестагены.
 3. ЗГТ.
 4. оперативное лечение.
 5. все выше перечисленное не верно
723. Фиброматозный узел является в основном причиной кровотечения, когда он расположен:
1. интрамурально
 2. субмукозно
 3. субсерозно-интерстициально
 4. на ножке небольших размеров
 5. верно 1,2
724. Характерным эхографическим признаком ретенционных кист яичников являются:
1. Тонкая капсула
 2. Мелкосетчатое строение
 3. Анэхогенное содержимое
 4. Исчезновение при динамическом наблюдении
 5. Верно все
725. Какие кисты яичников обычно сочетаются с трофобластической болезнью?
1. тека-лютеиновые
 2. желтого тела
 3. параовариальные
 4. фолликулярные

5. геморрагические
726. Деформация "М-эхо" в наибольшей степени характерно для миом матки локализаций:
 1. субсерозной
 2. интрамуральной
 3. субсерозно-интрамуральной
 4. субмукозной
 5. наблюдается при любых видах локализаций миом
727. Наиболее информативный метод диагностики рождающегося миоматозного узла:
 1. трансвагинальная эхография
 2. осмотр шейки матки в зеркалах
 3. гистеросальпингография
 4. гистероскопия
 5. лапароскопия
728. Наиболее частое осложнение кисты желтого тела:
 1. кровоизлияние в полость кисты
 2. нет осложнений
 3. выраженный болевой синдром
 4. бесплодие
 5. спонтанное обратное развитие
729. Образование каких опухолевидных образований связано с нарушением овуляции?
 1. эндометриоидные кисты
 2. фолликулярных кист
 3. параовариальные кисты
 4. смешанные
 5. правильные ответы 1.2
730. Спаечный процесс с образованием кистозных полостей это:
 1. параовариальная киста
 2. серозоцеле
 3. воспалительное образование придатков матки
 4. опухоли из клеток Сертоли и Лейдига
 5. все ответы правильны
731. Перекрут ножки опухоли яичника чаще всего дифференцируют с:
 1. апоплексией яичника
 2. почечной коликой
 3. острой кишечной непроходимостью
 4. нарушенной внематочной беременностью
 5. все ответы правильны
732. Клинические проявления персистенции фолликула:
 1. скудные, болезненные менструации
 2. длительные, нескучные менструации
 3. олигоменорея
 4. обильные длительные кровотечения
 5. все ответы правильны
733. При влагалищном исследовании при эндометриозе и миоме определяется:
 1. опухолевидное образование с плотной капсулой, нечеткими границами, болезненное
 2. болезненное опухолевидное образование с четкими границами, подвижная при смещении

3. опухоль на ножке, подвижная, болезненная
4. увеличение придатков, ограничение в подвижности, чувствительное
5. температура тела выше 39град.

734. Назовите макроскопические данные эндометриоидных кист:

1. размер от 0.6 до 10см
2. толстая капсула
3. геморрагическое содержимое
4. поражение яичников
5. все ответы правильны

735. Клинические проявления эндометриоидных кист:

1. субфебрильная температура
2. увеличение СОЭ, лейкоцитоз
3. ноющие боли
4. боли, иррадирующие в прямую кишку и в поясницу
5. все ответы правильны

736. Главной причиной опущения и выпадения матки и стенок влагалища является:

1. повышение внутрибрюшного давления
2. пожилой возраст
3. повышенная физическая нагрузка
4. несостоятельность мышц тазового дна
5. загиб матки

737. Эффективный метод лечения при опущении и выпадении матки

1. лечебная гимнастика
2. гинекологический массаж
3. оперативный
4. ортопедический
5. гормональный

738. Метод лечения при опущениях стенок влагалища и недержания мочи

1. передняя и задняя кольпоррафия
2. влагалищная экстирпация матки без придатков
3. передняя, задняя кольпоррафия, уретропластика и леваторопластика
4. Манчестерская операция
5. экстирпация матки с придатками

739. Метод лечения при цисто – и ректоцеле?

1. передняя и задняя кольпоррафия
2. влагалищная экстирпация матки без придатков
3. передняя, задняя кольпоррафия, уретропластика и леваторопластика
4. Манчестерская операция
5. экстирпация матки с придатками

740. Метод лечения при полном выпадении матки?

1. передняя и задняя кольпоррафия
2. влагалищная экстирпация матки без придатков
3. передняя, задняя кольпоррафия, уретропластика и леваторопластика
4. Манчестерская операция

5. экстирпация матки с придатками
741. Диагноз рака шейки матки ставят на основании
 1. пробы Шиллера
 2. кольпоскопии
 3. кольпоцитологии
 4. данных гистологического исследования
 5. все перечисленное верно
742. Преинвазивный рак шейки матки характеризуется всем нижеперечисленным, кроме:
 1. во всей толще эпителиального покрова имеются патологические признаки рака
 2. утраты слоистости
 3. утраты слоистости и полярности
 4. отсутствия инвазии в подлежащую строму
 5. инвазии в подлежащую строму на 1-2 мм.
743. Инвазивный рак характеризуется всем нижеперечисленным, кроме:
 1. глубина инвазии до 3-х мм
 2. наибольший диаметр опухоли не более 1-см
 3. отсутствуют мультицентрические очаги роста
 4. отсутствуют раковые эмболы в кровеносных и лимфатических сосудах стромы
 5. имеются отдельные метастазы в регионарных лимфатических узлах.
744. Наиболее частая жалоба при раке шейки матки
 1. ациклические маточные кровотечения
 2. контактные кровянистые выделения
 3. циклические кровотечения
 4. гиперполименорея
 5. все выше перечисленное
745. Возникновению рака шейки матки способствуют следующие факторы, кроме:
 1. Раннее начало половой жизни и частая смена половых партнеров, внебрачные связи
 2. Ранняя беременность и роды до 18 лет
 3. Большое количество родов и абортов
 4. Эктопия шейки матки в анамнезе.
 5. Гиперпролактинемия
746. Метод лечения Cr in situ шейки матки
 1. экстирпация матки
 2. криодеструкция
 3. диатермокоагуляция
 4. электроконизация
 5. все выше перечисленное
747. Для определения стадии рака шейки матки используют
 1. лапароскопию
 2. УЗИ
 3. лимфографию
 4. кольпоскопию
 5. Гистеросальпингография
748. Основной метод лечения рака шейки матки 1 стадии
 1. лучевой
 2. химиотерапия

3. оперативный
 4. гормональный
 5. противовоспалительный
749. Объем оперативного лечения при раке тела матки
1. экстирпация матки с придатками
 2. экстирпация матки без придатков
 3. расширенная экстирпация матки с придатками
 4. операция Вертгейма
 5. химиотерапия
750. Метастазирование рака шейки матки происходит в лимфоузлы
1. наружные и внутренние подвздошные, запирательные
 2. общие подвздошные
 3. поясничные
 4. парааортальные
 5. во все перечисленные лимфоузлы
751. Метод лечения фоновых процессов эндометрия – это:
1. лучевой
 2. гормональный
 3. оперативный
 4. химиотерапия
 5. все выше перечисленное
752. Предраковое состояние эндометрия
1. железистая гиперплазия
 2. атипическая гиперплазия
 3. полипоз
 4. децидуальные изменения стромы
 5. железисто-кистозная гиперплазия эндометрия
753. Метод лечения при атипической гиперплазии эндометрия
1. гормонотерапия
 2. лучевая
 3. лучевая и гормонотерапия
 4. расширенная экстирпация матки с придатками
 5. симптоматическая
754. Основной метод диагностики рака эндометрия
1. лимфография
 2. диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала
 3. цитологическое исследование аспирата из полости матки
 4. ультразвуковое исследование
 5. Гистеросальпингография
755. Метод лечения при раке эндометрия I стадии
1. гормонотерапия
 2. лучевая
 3. лучевая и гормонотерапия
 4. расширенная экстирпация матки с придатками
 5. симптоматическая
756. Экстирпация матки как компонент комплексного лечения больных раком эндометрия показана при следующей распространенности опухолевого процесса

1. T1N0M0
 2. T1N1M0
 3. T2N0M0
 4. T1-2N1M0
 5. верно все перечисленное
757. Объем операции при раке яичников
1. экстирпация матки с придатками
 2. клиновидная резекция яичников
 3. цистэктомия
 4. аднексэктомия
 5. экстирпация матки с придатками и резекция большого сальника
758. Наиболее агрессивны опухоли вульвы локализующиеся в области:
1. малых половых губ
 2. больших половых губ
 3. область задней спайки
 4. бартолиновой железы
 5. клитора
759. У взрослых более 95% злокачественных опухолей влагалища и вульвы составляет:
1. плоскоклеточный рак
 2. рабдомиосаркома
 3. рабдомиосаркома эмбриональная
 4. низкодифференцированный рак
 5. светлоклеточная аденокарцинома
760. От незамедлительной операции при беременности в I триместре можно воздержаться при следующих образованиях яичника:
1. подвижная киста
 2. киста желтого тела
 3. плотное кистозное образование
 4. бугристое образование
 5. образование с пристеночным гипоехогенным включением
761. Существуют ли облигатные признаки кистомы от кисты яичника при бимануальном исследовании:
1. величина опухоли
 2. локализация
 3. болезненность
 4. бугристая поверхность
 5. не существует
- 1 Ответ: 5
762. Для диагностики рака шейки матки наиболее достоверным методом диагностики является:
1. УГИ
 2. кольпоскопия
 3. прицельная биопсия шейки матки при проведении кольпоскопии
 4. цитологическое исследование по Попаниколау
 5. наличие симптома «цветной капусты»
763. Что является профилактикой развития дисплазии шейки матки
1. скрининг на наличие ВПЧ

2. кольпоскопия
 3. использование презервативов
 4. вакцинация
 5. кольпоскопия и скрининг на ВПЧ
764. Какая патология шейки матки может иногда метастазировать:
1. дисплазия
 2. преинвазивный рак
 3. инвазивный рак 1а стадии
 4. инвазивный рак 1б стадии
 5. ничего из перечисленного
765. При каком заболевании гениталий образуются лютеиновые кисты:
1. рак тела матки
 2. рак маточных труб
 3. миома матки
 4. хорионкарциномы матки
 5. рак шейки матки
766. Пероральные коконтрацептивы можно применять для профилактики рака:
1. влагалища
 2. эндометрия
 3. шейки матки
 4. толстого кишечника
 5. ничего из вышеперечисленного
767. Пути метастазирования хорионкарциномы матки:
1. лимфогенный
 2. гематогены
 3. имплантационный
 4. все перечисленное правильно
 5. все перечисленное не правильно
768. С каким инфекционным фактором ассоциируется рак шейки матки в 90%:
1. гонококк
 2. туберкулезная палочка
 3. вирус герпеса
 4. вирус папилломы человека
 5. вирус иммунодефицита
769. Наиболее часто хорионкарцинома возникает после:
1. абортов
 2. пузырного заноса
 3. нормальных родов
 4. преждевременных родов
 5. внематочная беременность
770. При пузырном заносе в пузырьки превращаются:
1. ворсинки хориона
 2. децидуа
 3. эндометрий
 4. миометрий
 5. сероза
771. Для полного пузырного заноса характерно (исключить неверное):

1. перерождаются все ворсины хориона
 2. развитие в первые месяцы беременности
 3. плод всегда погибает
 4. плод всегда рассасывается
 5. развитие плода возможно
772. Для частичного пузырного заноса характерно (исключить неверное):
1. развитие в более поздние сроки беременности
 2. перерождаются не все ворсины хориона
 3. развитие плода возможно при перерождении небольшого участка хориона (очень редко)
 4. перерождаются все ворсины хориона
 5. после смерти плода пузырный занос продолжает расти
773. Диагностика пузырного заноса:
1. ХГЧ
 2. общий анализ крови
 3. общий анализ мочи
 4. кровь на ВИЧ
 5. группа крови
774. Клиника пузырного заноса:
1. кровотечение из матки
 2. боли внизу живота
 3. определяется с/б плода
 4. определяется шевеление плода
 5. матка соответствует сроку беременности
775. Клиника пузырного заноса:
1. кровотечение из матки нет
 2. боли внизу живота
 3. с/б плода определяется
 4. шевеление плода определяется
 5. матка не соответствует сроку беременности
776. Клиника пузырного заноса:
1. кровотечение из матки нет
 2. характерная картина на УЗИ “гроздь винограда”
 3. с/б плода определяется
 4. шевеление плода определяется
 5. матка соответствует сроку беременности
777. Лечение пузырного заноса (исключить неверное):
1. проводится в стационаре
 2. УЗС
 3. кровь на ХГЧ
 4. опорожнение матки только после установления вида пузырного заноса
 5. проводится в амбулаторных условиях
778. Наблюдение после стационарного лечения пузырного заноса (исключить неверное):
1. предохраняться от беременности в течении 2-х лет
 2. контролировать уровень ХГЧ в течении первого года
 3. индивидуальный подбор методов контрацепции
 4. постановка на Д-учет у акушер-гинеколога
 5. постановка на Д-учет у эндокринолога

779. Хорионэпителиома-это (исключить неверное):
1. злокачественная опухоль
 2. доброкачественная опухоль
 3. возникает из трофобласта
 4. возникает из синцития ворсин хориона
 5. опухоль располагается на сосудах
780. Вторичная хорионэпителиома чаще всего развивается (исключить неверное):
1. у женщин детородного возраста
 2. после пузырного заноса
 3. после аборта
 4. после родов
 5. у нерожавшей женщины
781. PАР тест позволяет выявить:
1. раковые заболевания шейки матки
 2. дисплазию шейки матки
 3. степень чистоты влагалища
 4. инфекцию во влагалище
 5. верно 1,2
782. Какой показатель спермы при бесплодии изменяется чаще всего ?
1. вязкость спермы
 2. подвижность сперматозоидов
 3. объем эякулята
 4. концентрация сперматозоидов
 5. правильно 2 и 4
783. Какие клетки в яичке выделяют тестостерон?
1. клетки Сертоли
 2. сперматозоиды
 3. сперматогонии
 4. клетки Лейдига
 5. правильно 1 и 4
784. Из каких клеток в яичке образуются сперматозоиды?
1. клетки Сертоли
 2. сперматозоиды
 3. сперматогонии
 4. клетки Лейдига
 5. правильно 1 и 4
785. Каковы нормальные размеры яичек у взрослого мужчины?
1. длина 35-50мм; ширина 25-32мм
 2. длина 40-55мм; ширина 25-32мм
 3. длина 55-65мм; ширина 15-32мм
 4. длина 65-45мм; ширина 25-32мм
 5. зависит от возраста
786. Уменьшение количества сперматозоидов менее 40 млн. называется:
1. аспермией
 2. олигоспермией
 3. некроспермией
 4. астеноспермией

5. тератозоспермией
787. Снижение количества активных сперматозоидов называется:
 1. аспермией
 2. олигоспермией
 3. некроспермией
 4. астеноспермией
 5. тератозоспермией
788. Азооспермия – это:
 1. отсутствие сперматозоидов
 2. отсутствие эякулята
 3. снижение подвижности сперматозоидов
 4. снижение концентрации сперматозоидов
 5. повышение контрацепции сперматозоидов
789. Увеличение количества морфологически измененных сперматозоидов
790. в эякуляте называется:
 1. аспермией
 2. олигоспермией
 3. некроспермией
 4. астеноспермией
 5. тератозоспермией
791. Причинами мужского бесплодия является все перечисленное, кроме:
 1. гиперпролактинемии
 2. синдрома Кляйнфельтера
 3. крипторхизма
 4. баланита
 5. варикоцеле
792. Аномалия расположения яичек это - ?
 1. орхид
 2. синдром Кляйнфельтера
 3. крипторхизм
 4. водянка яичка
 5. варикоцеле
793. Методы лечения крипторхизма?
 1. гормональная терапия
 2. хирургическое лечение
 3. гормональная и хирургическое лечение
 4. физиотерапия
 5. правильно а и в
794. Возможные причины вызывающие нарушение транспорта спермы:
 1. гипоспадия
 2. острый простатит
 3. эпидидимит
 4. вазэктомия
 5. правильно 1, 3 и 4
795. Показаниями к инсеминации спермой мужа является все перечисленное, кроме :
 1. импотенции
 2. простатита

3. гипоспадии уретры
 4. отрицательной пробы Курцрока - Миллера
 5. олигозооспермии
796. Показаниями к инсеминации спермой донора является все перечисленное, кроме -?
1. патозооспермии не поддающейся коррекции
 2. несовместимости супругов по Rh - фактору
 3. острой гонорее
 4. наличия наследственных заболеваний
 5. одиноких женщин, желающие иметь детей
797. Противопоказания к проведению инсеминации спермой мужа:
1. хронический уретропростатит
 2. эректильная дисфункция
 3. ВИЧ
 4. гидроцеле
 5. хронический простатовезикулит
798. К методам мужской контрацепции относится все перечисленное, кроме
1. КОКов
 2. прерванного полового акта
 3. презервативов
 4. вазэктомии
 5. гормональной мужской контрацепции
799. В каком возрасте у мужчин прекращается сперматогенез?
1. 50-55 лет
 2. 55-60 лет
 3. 60-65 лет
 4. после 70 лет
 5. не прекращается вообще
800. Варикоцеле – это?
1. варикозное расширение вен мочевого пузыря
 2. варикозное расширение вен полового члена
 3. варикозное расширение вен яичка
 4. варикозное расширение вен кожи мошонки
 5. правильно в и г
801. К факторам вызывающим мужское бесплодие относится все нижеперечисленное, кроме:
1. эпидемического паротита
 2. ионизирующего излучения
 3. ВИЧ
 4. экзогенной интоксикации
 5. условий высокой температуры
802. Показания к проведению биопсии яичка:
1. аспермия
 2. олигоспермия
 3. некроспермия
 4. астеноспермия
 5. тератозооспермия
803. Наличие одного яичка в мошонке характерно для:
1. полиорхизма

2. анорхизма
3. крипторхизма
4. монорхизма
5. правильно 3 и 4