|  |  |
| --- | --- |
|  | Вступительные тесты по акушерству для клинических ординаторов  по специальности «Врач детский гинеколог» |
|  | Туберкулез, выявленный во время беременности отличается:1. медленным благоприятным течением
2. острым началом, тяжелым течением
3. стертой клиникой
4. благоприятный исход беременности
5. часто сочетается с анемией
 |
|  | 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. специальные смотровые перчатки
 |
|  | Какой характер имеет коагулопатичесское кровотечение?1. из половых путей, разрезов мест уколов вытекает жидкая кровь, не образуя сгусков.
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. внезапное начало
 |
|  | Шоковый индекс - это1. 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. частное от деления суммы показателей диастолического АД на частоту пульса
5. разница между систолическим и диастолическим давлением.
 |
|  | В патогенезе геморрагического шока большое значение имеет :1. влияние боли в родах
2. утомление роженицы
3. кровопотеря
4. срок беременности
5. возраст беременной
 |
|  | При геморрагическом шоке основные мероприятия направлены на:1. снижение АД
2. восполнение объема циркулирующей крови
3. определение уровня гемоглобина
4. исследование функции почек
5. определение показателей свертывающей системы крови
 |
|  | 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.
 |
|  | Началу ДВС-синдрома способствует: 1. многоводие.
2. преждевременные роды .
3. массивное поступление в кровь тканевого тромбобластина.
4. расстройство микроциркуляции.
5. преждевременный разрыв плодных оболочек
 |
|  | 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
 |
|  | 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. начало родовой деятельности
5. преждевременном излитии околоплодных вод
 |
|  | 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. рубец на матке после 2 –х операций кесарево сечения
 |
|  | 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 коньюгате
2. анатомической коньюгате
3. диагональной коньюгате
4. истинной коньюгате
5. размерам ромба Михаэлиса
 |
|  | Классификация клинически узкого таза с зависимости от степени несоответствия между тазомроженицы 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
 |
|  | Плоскорахитическим 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 плоскорахитическом 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. угроза 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
 |
|  | Укорочение всех наружных размеров таза характерно для:1. простого плоского таза
2. поперечносуженного таза
3. плоскорахитического таза
4. общеравномерносуженного таза
5. Все ответы правильные
 |
|  | 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

ВЫРАЖЕННАЯ КОНФИГУРАЦИЯ ГОЛОВКИ |
|  | Передний асинклитизм — это1. 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
 |
|  | Задний асинклитизм:* 1. называется литцмановским и встречается в родах пи плоскорахитическом 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

  |
|  | 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
 |
|  | Пособие по Цовьянову способствует:освобождению плечевого поясапереводу ножного предлежания в смешанное ягодичноеосвобождению головкисохранению нормального членорасположения плодабыстрейшему завершению родов  |
|  | 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
 |
|  | 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 переднеголовном предлежании проводной точкой является:* 1. малый родничок
	2. лоб
	3. большой родничок
	4. подбородок
	5. надбровья
 |
|  | Диагностирован передний вид лицевого вставления, головка в широкий 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 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
 |
|  | Назовите первый момент биомеханизм родов при лицевом предложении:1. максимальное разгибание головки
2. внутренний поворот головки
3. вставление головы плода во входе в малый таз
4. незначительное разгибание головки
5. сгибание головки
 |
|  | 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

  |
|  | 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
 |
|  | 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

  |
|  | Наиболее частое заболевание почек у беременных:* 1. гломерулонефрит
	2. мочекаменная болезнь
	3. гидронефроз
	4. опухоли почек
	5. пиелонефрит
 |
|  | 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
 |
|  | 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

  |
|  | 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

  |
|  | 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

  |
|  | 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
 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Под акушерской промежностью подразумевается участок тканей:1. между задней спайкой и копчиком;2. между задней спайкой и анусом;3. между анусом и копчиком;4. от нижнего края лона до ануса;5. от нижнего края копчика до ануса  |
|  | Физиологические изменения, происходящие в лонном сочленении во времябеременности, приводят к расхождению лонных костей в стороны не более:1. 0,1 – 0,3 см;2. 0,4 – 0,6 см;3. 0,7 – 0,9 см;4.1,0 – 1,2 см;5.1,3 –1,5 см. |
|  | Какой из перечисленных ниже гормонов используется в качестве маркеранормально развивающейся беременности?1. эстрадиол;2. гипофизарный гонадотропин;3. прогестерон;4. пролактин;5. хорионический гонадотропин.  |
|  | Дайте название процессу, при помощи которого зародыш устанавливаетсвязь с телом матери (матки):1. гаструляция;2. имплантация;3. гистогенез;4.оплодотворение;5. плацентация. |
|  | Какие структуры (органы) зародыша обеспечивают внешнюю среду привнутриутробном развитии человека?1. хорион;2. тело матери;3. желточный мешок;4. аллантоис;5. амнион.  |
|  | Когда заканчивается зародышевый и начинается плодовый периодвнутриутробного развития человека?1. в конце первого месяца;2. в середине второго месяца;3. в начале третьего месяца;4. в конце третьего месяца;5. в начале четвертого месяца. |
|  | Какой из указанных гормонов во время беременности секретируетсяпередней долей гипофиза матери и плода?1. прогестерон;2. пролактин;3. эстриол;4. человеческий хорионический гонадотропин;5. человеческий плацентарный лактоген. |
|  | Взаимоотношение отдельных частей плода – это:1. положение;2. позиция;3. вид;4. членорасположение;5. вставление. |
|  | К достоверным признакам беременности относится:1. шевеление плода;2. увеличение матки;3. цианоз влагалища;4. пальпация частей плода;5. повышение ректальной температуры. |
|  | Наиболее выраженный фактор риска невынашивания беременности средиперечисленных:1. возраст;2. наличие в анамнезе 3 самопроизвольных выкидышей в сроке 8-14 недель;3. курение;4. тазовое предлежание плода;5. рост женщины. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | В каком сроке прерывается беременность при хромосомных аномалияхплода?1. 16 – 18 недель;2. 5 – 6 недель;3. 8 – 10 недель;4. 28 – 30 недель;5. 36 – 38 недель. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 64 Найдите гистологический признак, не характерный для пузырного заноса:1. наличие кровеносных сосудов в ворсинах;2. отсутствие тканей плода;3. пролиферация трофобласта;4. увеличение ворсин;5. отек ворсин. |
|  | 65 Истинная коньюгата равна:1) 15 см;2) 11 см;3) 10 см;4) 20 см;5) 9 см. |
|  | 66 Расстояние между передним углом большого родничка головки плода иподзатылочной ямкой – это:1) прямой размер;2) вертикальный размер;3) малый косой размер;4) средний косой размер;5) большой поперечный размер. |
|  | 67 Наибольшее значение в выборе тактики родоразрешения при неполномпредлежании плаценты имеет:1. предлежание плода (головное, тазовое);2. состояние шейки матки;3. состояние плода (живой, мертвый);4. выраженность кровотечения;5. возраст роженицы. |
|  | 68 При предлежании плаценты кровотечение впервые возникает, как правило, при сроке беременности: 1. 8 – 12 нед; 2. 16 – 20 нед; 3. 22 – 24 нед; 4. 28 – 32 нед; 5. 36 – 40 нед.   |
|  | 69Наиболее характерным клиническим симптомом предлежания плаценты является: 1. хроническая внутриутробная гипоксия плода; 2. снижение уровня гемоглобина и уменьшение количества эритроцитов в крови; 3. повторные кровянистые выделения из половых путей; 4. артериальная гипотензия; 5. угроза прерывания беременности |
|  | 70 При каком сроке беременности в основном заканчивается миграция плаценты: 1. 16 – 18 недель; 2. 20 – 25 недель; 3. 32 – 35 недель; 4. 38 недель;5. 40 недель. |
|  | 71 При подозрении на предлежание плаценты влагалищное исследование можно проводить: 1. в женской консультации; 2. в приемном покое родильного дома; 3. в родильном отделении и только при развернутой операционной; 4. в любых условиях; 5. не производят из-за опасности возникновения профузного кровотечения. |
|  | 72 Предлежание плаценты - это такая патология, при которой плацента, как правило, 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 |
|  | 73 Расположение плаценты следует считать низким, 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 7-8 см 4. на 5-6 см5. на 8-9 см |
|  | 74 Для низкой плацентации наиболее характерен следующий симптом:1. артериальная гипотония 2. артериальная гипертензия 3. анемия 4. кровянистые выделения из половых путей 5. бессимптомное течение |
|  | 75 Основным фактором в выборе тактики родоразрешения при предлежании плаценты является:1. разновидность предлежания (полное, неполное) 2. состояние родовых путей (шейка матки сглажена, укорочена, полностью открыта) 3. предлежание плода (головное, тазовое) 4. сопутствующая экстрагенитальная патология 5. возраст роженицы |
|  | 76 ПОНРП наиболее часто происходит при:1. гипертензивных нарушениях у беременных женщин2. воспалительных изменениях эндометрия3.инфекционно-аллергическом васкулите4.иммунологическом конфликте между матерью и плодом5. многоплодной беременности |
|  | 77 Признаком клинического несоответствия между головкой плода и тазомматери является:1. положительный симптом Цангемейстера;2. признак Горвица-Гегара;3. отрицательный симптом Вастена;4. признак Шредера;5. признак Пискачека  |
|  | 78 Размеры таза 24 – 26 – 29 – 18 см. Какой это таз?1) нормальные размеры таза;2) общеравномерносуженный таз;3) простой плоский таз;4) общесуженный плоский таз;5) плоскорахитический таз. |
|  | 79 При размерах таза 25 – 27 – 32 – 18 см таз следует отнести к:1) простому плоскому;2) плоскорахитическому;3) косому;4) общеравномерносуженному;5) поперечносуженному. |
|  | 80 Наиболее частой методикой операции кесарева сечения является:1. корпоральное кесарево сечение;2. экстраперитонеальное кесарево сечение;3. истмико-корпоральное кесарево сечение;4. кесарево сечение в нижнем сегменте (поперечным разрезом);5. влагалищное кесарево сечение. |
|  | 81 Физиологическая кровопотеря в родах не превышает:1. 1,5 % массы роженицы2. 1,0 % массы роженицы3. 300мл4) 0,5 % массы роженицы5) 150 мл |
|  | 82 Излитие вод следует считать своевременным:1. до начала родовой деятельности2. в первом периоде родов3. во втором периоде родов4. при раскрытии маточного зева 5-6 см5. при раскрытии маточного зева более 7-8 см |
|  | 83 Ранним называется излитие околоплодных вод:1. до начала родов2. до начала второго периода родов3. до раскрытия маточного зева на 5 см4. до раскрытия маточного зева на 7 см5. до начала потуг |
|  | 84 Излитие околоплодных вод считается преждевременным:1. до появления родовой деятельности2. в первом периоде родов3. при беременности сроком до 38 недель4. до раскрытия маточного зева на 7 см5. при раскрытии маточного зева от 5 см до полного |
|  | 85 При раннем излитии околоплодных вод возрастает риск развития:1. родовых травм матери2. слабости родовой деятельности3. преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты4. стремительного течения родов5. родовой травмы у плода |
|  | 86 При преждевременом излитии околоплодных вод повышается степень риска:1. родовой травмы матери2. преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты3. инфекционных осложнений4. родовой травмы у плода5. развития бурной родовой деятельности |
|  | 87 К признакам переношенности плода относится:1. масса плода более 4500г2. симптом "прачки"3. повышенная мягкость костей черепа4. окружность головки плода более 35 см5. отсутствие первородной смазки |
|  |

|  |
| --- |
| 88 Сколько посещений рекомендовано при физиологической беременности1. 8
2. 12
3. 6
4. 4
5. 5
 |
| 89 Когда рекомендовано первое посещение1. в 25 недель гестации
2. до 8 недель гестации
3. до 13 недель гестации
4. до 12 недель гестации
5. в 10 недель гестации
 |
| 90 До какого срока назначается фолиевая кислота, с целью профилактики развития пороков развития плода1. до 15 недель беременности
2. до 13 недель беременности
3. до 8 недель беременности
4. до 14 недель беременности
5. до 16 недель беременности
 |
| 91 В какой суточной дозировке назначается фолиевая кислота по клиническому протоколу1. 440 мкг
2. 400 мкг
3. 1000 мкг
4. 1500 мкг
5. 800 мкг
 |
| 92 В каком сроке рекомендуется начинать заполнение гравидограммы при физиологической беременности1. 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
 |
| 93 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
 |
| 94 Динамическое заполнение гравидограммы позволяет заподозрить1. в/у гипоксию плода
2. задержку внутриутробного развития плода
3. замедленное сокращение матки
4. переношенность плода
5. угрозу преждевременных родов
 |
| 95 Нормальные роды-это роды, которые начались1. спонтанно
2. после амниотомии
3. после в/в введения окситоцина
4. после введения в цервикальный канал prepidil-геля
5. после интравагинального введения мизопростола
 |
| 96 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
 |
| 97 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
 |
| 98 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
 |
| 99 Интенсивность схватки, продолжительностью 20 сек отмечается на партограмме:1. точками
2. штрихами
3. сплошное закрашивание
4. не закрашивается
5. не отмечается
 |
| 100 Интенсивность схватки, продолжительностью 20-40 сек отмечается на партограмме:1. точками
2. штрихами
3. сплошное закрашивание
4. не закрашивается
5. не отмечается
 |
| 101 Интенсивность схватки, продолжительностью более 40 сек отмечается на партограмме:1. точками
2. штрихами
3. сплошное закрашивание
4. не закрашивается
5. не отмечается
 |
| 102 А/Д при физиологических родах фиксируется на партограмме каждые:1. 4 часа
2. 6 часов
3. 2 часа
4. 3 часа
5. 5 часов
 |
| 103 Температура тела при физиологических родах фиксируется на партограмме каждые:1. 4 часа
2. 6 часов
3. 2 часа
4. 3 часа
5. 5 часов
 |
| 104 Оптимальная температура тела ребенка после родов должна поддерживаться на уровне:1. не менее 36,6ос
2. не менее 37,0ос
3. не менее 37,2ос
4. не менее 36,8ос
5. не менее 36,4ос
 |
| 105 Активное ведение IIIп/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
 |
| 106 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
 |
| 107 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
 |
| 108 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
 |
| 109 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
 |
| 110 Партограмма-это графическое отображение 1. течения родов
2. течения беременности
3. раскрытия шейки матки
4. частоты маточных сокращений
5. сердцебиение в/у плода
 |
| 111 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
 |
| 112 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
 |
| 113 Переношенной называется беременность продолжительностью:1. более 42 нед
2. 40-41 нед
3. 41-42 нед
4. 39-40 нед
5. 40-42 нед
 |
| 114 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
 |
| 115 Показания для индукции родов:1. физиологическая беременность
2. преждевременные роды
3. крупный плод
4. преэклампсия тяжелой степени
5. Rh-отрицательная кровь, без изосенсибилизации
 |
| 116 Противопоказания к индукции родов:1. гематоиммунологический конфликт и изосенсибилизация по Rh-фактору и АВО – системе
2. антифосфолипидный синдром
3. преждевременный разрыв плодных оболочек
4. хориоамнионит
5. наличие рубцовых изменений в шейке матке, кесарево сечение, гистеротомия или разрыв матки в анамнезе, полное предлежание плаценты
 |
| 117 Условия проведения индукции:1. развернутая операционная
2. подготовленный персонал
3. информированное согласие роженицы
4. информированное согласие партнера
5. информированное согласие персонала отделения
 |
| 118 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
 |
| 119 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
 |
| 120 Критерии остановки инфузии окситоцина:1. более 5 сокращений за 10 мин
2. не более 3сокращений 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
 |
| 121 Ранние роды – это преждевременный процесс изгнания содержимого полости матки через естественные родовые пути в сроке гестации1. 22-37 недель
2. 26-32 недель
3. 28-32 недель
4. 28-33 недель
5. 28-31недель
 |
| 122 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. 28-31недель
 |
| 123 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
 |
| 124 Третий период родов:1. начинается с момента рождения ребенка и заканчивается рождением последа
2. начинается с началом родовой деятельности изаканчивается рождением последа
3. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается рождением ребенка
4. начинается с началом потуги заканчивается рождением ребенка
5. начинается с началом потуг и заканчивается рождением последа
 |
| 125 Первый период родов:1. начинается с началом родовой деятельности изаканчивается полным открытием
2. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается рождением ребенка
3. начинается с началом потуги заканчивается рождением ребенка
4. начинается с началом потуг и заканчивается рождением последа
5. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается потугами
 |
| 126 Второй период родов:1. начинается с началом родовой деятельности изаканчивается полным открытием
2. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается рождением ребенка
3. начинается с началом потуги заканчивается рождением ребенка
4. начинается с началом потуг и заканчивается рождением последа
5. начинается с полного открытия и заканчивается рождением ребенка
 |
| 127 Каким препаратом проводится профилактика респираторного дистресс плода1. преднизолон
2. гидрокартизон
3. дексаметазон
4. ампициллин
5. гентамицин
 |
| 128 Профилактика респираторного дистресс плода проводится в сроке беременности менее:1. 34 нед
2. 37 нед
3. 36 нед
4. 35 нед
5. 38 нед
 |
| 129 Курс профилактики респираторного дистресс плода проводят:1. 1 раз
2. 5 раз
3. 2 раза
4. 3 раза
5. 4 раза
 |
| 130 Для профилактики раннего неонатального сепсиса применяют:1. метронидазол
2. клиндамицин
3. ампициллин /гентамицин
4. ампициллин/эритромицин
5. пенициллин
 |
| 131 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
 |
| 132 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
 |
| 133 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
 |
| 134 С какого срока гестации нельзя применять индометацин в качестве токолитического препарата1. с 35 недель беременности
2. с 30 недель беременности
3. с 32 недель беременности
4. с 28 недель беременности
5. с 37 недель беременности
 |
| 135 Для чего назначают острый токолиз1. 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
 |
| 136 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
 |
| 137 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
 |
| 138 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. через естественные пути без родостимуляции
 |
| 139 Для полного истинного приращения плаценты характерно:1. отсутствие каких-либо кровянистых выделений из половых путей в последовом 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. положительные признаки отделения плаценты
 |
| 140 Осложнение преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты:* 1. разрыв матки
	2. матка Кувелера
	3. болевой шок
	4. разрыв шейки матки
	5. дистресс плода
 |
| 141 Причиной наличии приращения плаценты имеет место:1. пиелонефрит
2. наличие перенесенных абортов
3. отсутствие абортов в анамнезе
4. анемия
5. заболевание сердечно-сосудистой системы
 |
| 142 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
 |
| 143 Основной клинический симптом при предлежании плаценты:1. периодические схваткообразные боли
2. изменение сердцебиения плода
3. повторное маточное кровотечение
4. бурное шевеление плода
5. дистресс плода
 |
| 144 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
 |
| 145 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..
 |
| 146 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. повышенным тонусом матки
 |
| 147 Наиболее частой причиной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты является:1. отеки беременных
2. гипертензивные нарушения при беременности
3. диабет
4. пороки развития матки
5. многоплодная беременность
 |
| 148 Если прогрессирующая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты развилась во время беременности, следует произвести:1. родовозбуждение
2. раннюю амниотомию
3. токолиз
4. кесарево сечение
5. выжидательная тактика
 |
| 149 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
 |
| 150 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
 |
| 151 При шеечной беременности следует произвести:1. выскабливание шейки и матки
2. тампонаду шейки матки
3. надвлагалищную ампутацию матки
4. экстирпацию матки
5. низкое кесарево сечение
 |
| 152 Основная причина предлежания плаценты:1. дистрофические изменения слизистой оболочки матки
2. многоплодие
3. многоводие
4. двурогая матка
5. маловодие
 |
| 153 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. дистресс плода
 |
| 154 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. кесарево сечение
 |
| 155 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
 |
| 156 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 кровотечении
4. сомнения в целостности плаценты
5. подозрения на разрыв матки
 |
| 157 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
 |
| 158 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
 |
| 159 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
 |
| 160 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
 |
| 161 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
 |
| 162 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
 |
| 163 Признаками эклампсии являются:1. гипертензия
2. альбуминурия и отеки
3. диарея
4. судороги и кома
5. головная боль
 |
| 164 Для предупреждения припадка эклампсии применяют:1. нейровегетативную блокаду
2. эуфиллин внутривенно
3. инфузионную терапию
4. сульфат магния внутривенно
5. седативную терапию
 |
| 165 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. гестационной гипертензии
 |
| 166 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. в/в струйно очень медленно
4. система для внутривенного введения 100,0 мл - 25%, установленная через 5 минут после введения 20,0 мл в/м
5. внутривенно 10,0 мл – 25% после в/м 20,0 мл
 |
| 167 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
 |
| 168 Укажите какие изменения в моче характерны для чистой формы преэклампсии?1. изостенурия
2. цилиндрурия
3. гематурия
4. протеинурия
5. без изменений
 |
| 169 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
 |
| 170 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
 |
| 171 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. субъективная симптоматика
 |
| 172 Для гипертензивных нарушений при беременности характерно:1. повышение массы тела
2. гипергликемия
3. нарушение микроциркуляции в жизненно-важных органах
4. гипотония
5. хроническая гипертензия
 |
| 173 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. незначительная протеинурия
 |
| 174 Для эклампсии характерно:1. наличие тонических и клонических судорог
2. отсутствие судорожного синдрома
3. высокая температура
4. запах ацетона изо рта
5. головная боль
 |
| 175 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.
 |

 |
|  | 176 Наиболее благоприятным для родов через естественные родовые пути является:1. Чисто-ягодичное предлежание2. Ножное предлежание3. Смешанное ягодичное предлежание4. Коленное предлежание5.Неполное ножное предлежание |
|  | 177 Для сохранения членорасположения плода при чисто-ягодичном предлежании применяют:1. пособие по Цовьянову2. заслонку по Цовьянову3. классическое ручное пособие4.экстракцию плода за тазовый конец5. прием по Морисо – Левре |
|  | 178 Частота тазовых предлежаний при срочных родах:1. 0,5–1%2. 2–3,5%3. 4–5%4. более 5%5. более 7% |
|  | 179 Шестой момент биомеханизма родов при тазовом предлежании плода:1. внутренний поворот ягодиц2. внутренний поворот плечиков3. внутренний поворот головки4. сгибание в поясничном отделе позвоночника5. сгибание головки |
|  | 180 Проводная точка в биомеханизме родов при чисто ягодичном предлежании плода:1. задняя ягодица2. передняя ягодица 3. копчик4. крестец5. колено |
|  | 181 Третья точка фиксации в биомеханизме родов при тазовом предлежании плода:1.подзатылочная ямка и крестцово-копчиковое сочленение1. подзатылочная ямка и лонная дуга
2. акромиальный отросток передней лопатки и лонная дуга
3. область подвздошной ямки и лонная дуга
4. верхняя треть плеча и лонная дуга
 |
|  | 182 Наиболее частое осложнение беременности при тазовом предлежании плода:1.гестоз2.предлежание плаценты3.многоводие4.преждевременное отхождение околоплодных вод5.преждевременные роды |
|  | 183 Наиболее грозное осложнение в периоде изгнания при тазовом предлежании плода:1. вторичная слабость родовой деятельности2. спазм внутреннего зева3.запрокидывание ручек и разгибание головки4.внутриутробная гипоксия плода5. разрыв промежности |
|  | 184 Наиболее частое осложнение беременности при поперечном положении плода:1. преждевременные роды2. внутриутробная гипоксия плода3. преждевременное отхождение вод4. многоводие или маловодие5. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты |
|  | 185 При поперечном положении плода и доношенной беременности показано:1. ведение родов через естественные родовые пути2. плановое кесарево сечение3. кесарево сечение с началом родовой деятельности4. кесарево сечение после отхождения околоплодных вод5. роды через естественные родовые пути с последующим извлечением плода за тазовый конец |
|  | 186 Наиболее частое осложнение в первом периоде родов при поперечном положении плода:1.преждевременное отхождение вод2. выпадение петель пуповины3. бурная родовая деятельность4.слабость родовой деятельности5. угрожающий разрыв матки |
|  | 186 Обязательным условием для развития запущенного поперечного положения плода является:1. отхождение околоплодных вод2. слабость родовой деятельности3. бурная родовая деятельность4. крупный плод5. недоношенный плод |
|  | 187 Госпитализация при поперечном положении плода показана при сроке беременности:1. 28–30 недель 2.31–32 недель3. 33–35 недель4. 36–37 недель5. 39–40 недель |
|  | 188 При переднеголовном предлежании плода проводной точкой является:1.малый родничок2. большой родничок3.лоб4.подбородок5. затылок |
|  | 189 При лобном предлежании проводной точкой служит:1. малый родничок2. большой родничок 3. лоб4. подбородок5. затылок |
|  | 190 При лицевом предлежании проводной точкой является:1. малый родничок2. большой родничок 3.лоб4.подбородок5. затылок |
|  | 191 Область надпереносья и затылочный бугор являются точками фиксации для предлежания:1. переднего вида затылочного2.переднетеменного3.лобного4.лицевого5.переднего вида лобного |
|  | 192 Головка прорезывается средним косым размером при предлежании:1.переднем виде затылочного2. заднем виде затылочного3. переднетеменном4. лобном5. лицевом |
|  | 193 Головка прорезывается прямым размером при предлежании:1. заднем виде затылочного2. лобном3. лицевом4. переднетеменном5.переднеголовном |
|  | 194 Наиболее важный признак поперечносуженного таза:1. крутое стояние крыльев подвздошных костей2. узкая лонная дуга3. уменьшение поперечных размеров таза4. уменьшение горизонтальной диагонали ромба Михаэлиса5. мыс крестца вдается в полость таза |
|  | 195 Особенностью биомеханизма родов при поперечносуженном тазе является:1. сильное сгибание головки, наличие всех моментов правильного биомеханизма2. сильное сгибание головки, высокое прямое стояние стреловидного шва, отсутствие внутреннего поворота головки3. разгибание головки, стреловидный шов в поперечном размере таза, асинклитическое вставление, «штурмовые» роды4. разгибание головки, стреловидный шов в поперечном размере таза, «низкое поперечное стояние головки»5. сгибание головки, наличие всех моментов правильного биомеханизма |
|  | 196 Наиболее часто встречающееся осложнение беременности при узком тазе:1.многоводие2.поперечное положение плода3.преждевременное излитие околоплодных вод4.гестоз5. переношенная беременность |
|  | 197 Раннее излитие околоплодных вод при анатомически узком тазе обусловлено:1. слабой родовой деятельностью2. чрезмерной родовой деятельностью3. многоводием4. отсутствием внутреннего пояса соприкосновения и разделения вод на передние и задние5.дистоцией шейки матки |
|  | 198 При 3-ей степени анатомически узкого таза истинная конъюгата равна:1. 11-12 см2. 9-11 см3. менее 6,5 см4.6,5-7,5 см 5. 9-7,5 см |
|  | 199 При отсутствии усталости у роженицы с затянувшейся активной фазой первого периода родов и целым плодным пузырем необходимо:1. ввести окситоцин2. ввести мизапростон3. выполнить амниотомию4. выполнить амниотомию с последующим введением утеротоников5. сделать операцию кесарева сечения |
|  | 200 При преждевременных родах для ускорения синтеза сурфактанта и профилактики дистресс-синдрома применяют:1. токолитики2. эстрогены3. прогестерон4.глюкокортикоиды (дексаметазон, бетаметазон)5.простагландины |
|  | 201 Кровотечение алой кровью с началом родовой деятельности характерно для:1. полного предлежания плаценты2. неполного предлежания плаценты3. преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты4. разрыва шейки матки5.разрыва влагалища |
|  | 202 При неполном предлежании плаценты в первом периоде родов и головном предлежании плода показано:1. наблюдение2.амниотомия и дальнейшее наблюдение3.амниотомия и кесарево сечение4. амниотомия с последующей родостимуляцией при слабых схватках5. родостимуляция |
|  | 203 При неполном предлежании плаценты в первом периоде родов и тазовом предлежании плода показано:1.наблюдение2.амниотомия и дальнейшее наблюдение3.амниотомия и кесарево сечение4. амниотомия с последующей родостимуляцией при слабых схватках5. кесарево сечение |
|  | 204 Тактика врача при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты и интранатальной гибели плода в первом периоде родов:1. кесарево сечение2.назначение утеротоников для ускорения окончания родов3.амниотомия и дальнейшее наблюдение4.гемотрансфузия и ведение родов через естественные родовые пути5. кесарево сечение после гемотрансфузии |
|  | 205 Наиболее часто встречающееся осложнение во время операции кесарева сечения при полном предлежании плаценты:1.разрыв матки2. плотное прикрепление плаценты3. истинное частичное приращение плаценты4. истинное полное приращение плаценты5. гипотоническое кровотечение |
|  | 206 Наиболее информативным в диагностике преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты является:1. наружное акушерское исследование2. влагалищное исследование 3. УЗИ4.оценка гемодинамических показателей5.данные коагулограммы |
|  | 207 Легкая степень преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты диагностируется на основании:1.жалоб беременной2.осмотра материнской поверхности плаценты после родов3. выявления гемодинамических изменений4.наличия гипертонуса матки5.выявления симптомов внутриутробной гипоксии плода |
|  | 208 Крупным плодом принято называть плод, масса которого составляет:1.4000—5000 г2. 3500 – 4000 г3. 3000-3800г.4. 2500-3500 г.5. свыше 3750 г. |
|  | 209 Гигантским плодом принято называть плод, масса которого:1. 4000—5000 г.2. свыше 5000 г3. 3500 – 4000 г4. свыше 4500 г5. свыше 4000г. |
|  | Поздний перитонит-это:1. поражение брюшины инфицированным содержимым полости матки при операции кесарева сечения на фоне хорионамнионита2. проникновение микрофлоры кишечника в брюшную полость вследствие порозности кишечной стенки на фоне послеоперационного пареза3. несостоятельность швов на матке4. системный воспалительный ответ на инвазию микроорганизма5. синдром системного воспалительного ответа |
|  | 210 Послеродовый/послеоперационный эндомиометрит-это1.воспаление эндомиометрия, возникшее в течение 42 дней после родов/операции кесарево сечение2. воспаление эндометрия, возникшее в течение 42 дней после родов/операции кесарево сечение3. воспаление швов на матке4. воспаление брюшины5. инфицирование передней брюшной стенки |
|  | 211 Объем оперативного леченияпослеродового/послеоперационного эндомиометрита1. тотальная экстирпация матки с трубами и широким дренированием брюшной полости2. ампутация матки с трубамии широким дренированием брюшной полости3. тотальная экстирпация матки с трубами4. ампутация матки с трубами5. тотальная экстирпация матки без придатков и широким дренированием брюшной полости |
|  | 212 Показание к оперативному лечениюпослеродового/послеоперационного эндомиометрита:1. отсутствие положительного эффекта от проводимой а/б терапии в течении 6-7 суток и нарастание симтоматики2. отсутствие положительного эффекта от проводимой эмпирической а/б терапии в течении 48-72 часа3. отсутствие положительного эффекта от проводимой эмпирической а/б терапии в течении 48-72 часа и нарастание симптоматики4. отсутствие положительного эффекта от проводимой эмпирической а/б терапии в течении 24 часов5. отсутствие положительного эффекта от проводимой эмпирической а/б терапии в течении 24 часов и нарастание симтоматики |
|  | 213 Симтоматическая терапия гипертермии в лечении послеродового/послеоперационного эндомиометрита проводится при температуре тела:1. выше 38,50 С2. выше 37,50 С3. выше 37,00 С4. выше 38,00 С5. выше 37,80 С |
|  | 214 Хориоамнионит-это1. эндометрит во время родов2. эндометрит после родов 3. эндометрит после аборта4. эндометрит ч/з 12 дней после родов5. эндометрит ч/з 42 дней после родов |
|  | 215 Количество о/п вод в норме при доношенном сроке гестации:1. 0,5 – 1,5 л2. более 1,5 л3. более ¬2 л4. не более 2 л5. не более 2,5 л |
|  | 216 Многоводие – количества о/п вод при доношенном сроке гестации:1. 0,5 – 1,5 л2. более 1,5 л3 .более 1 л4. не более 2 л5. не более 2,5 л |
|  | 217 Многоводие развивается вследствие:1. нарушения функции амниона2. обвития пуповины вокруг шеи3. обвития пуповины вокруг туловища4 .предлежания петель пуповины5. выпадения петель пуповины |
|  | 218 Многоводие развивается вследствие:1. избыточной продукции вод амниотическим эпителием2. обвития пуповины вокруг шеи в/у плода3. обвития пуповины вокруг туловища в/у плода4. предлежания петель пуповины5. выпадения петель пуповины |
|  | 219 Маловодием называется такое состояние, когда количество о/п вод при доношеном сроке гестации менее:1. 0,5 л2. 1,0 л3. 1,5 л4. 2,0 л5. 2,5 л |
|  | 220 Причины маловодия:1. несвоевременное излитие о/п вод2. обвитие пуповины вокруг шеи3. обвитие пуповины вокруг туловища4. предлежание петель пуповины5. низкое прикрепление плаценты. |
|  | 221 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 ребенка2. рутинного назначения анти- D иммуноглобулина в первые 72 часа после родов Rh-отрицательной матери, родившей Rh-отрицательного ребенка3. прием викасола по 0,015 г 3 раза в день, 10 дней4. прием витамина В12 по 200 мкг 1 раз в день 10 дней5. преднизолон по 0,005 г 1 раз в день 21 день |
|  | 222 Профилактика резус-изоиммунизации во время беременности проводится в сроке гестации:1. 20 нед2. 22 нед3. 24 нед4. 26 нед5.28 нед |
|  | 223 Профилактику резус-изоиммунизации после родоразрешения проводят в течении:1.ч/з 72 часов после родов2. ч/з 6 дней после родов3. ч/з 10 дней после родов4. ч/з 20 дней после родов5. ч/з 42 дня после родов |
|  | 224 Для постановки диагноза резус-изоиммунизации во время беременности достаточно:1. наличие у матери Rh-отрицательной крови2. наличие у отца Rh-положительной крови3. данная беременность вторая4. наличие повышенного титра а/тел5. наличие повышенного титра а/тел с дополнательными методами обследования (УЗС, амниоцентез, фетальный гематокрит) |
|  | 225 В течение какого времени при тяжелой преэклампсии должны произойти роды?1. в течение 12 часов2. в течение 6 часов3. в течение 2 часов4. в течение 24 часов 5. в течение 4 часов |
|  | 226 В каком сроке беременности определяют альфа-фетопротеин у матери:1.5-6 недель2.10-12 недель3.16-18 недель4.18-20 недель5.15-20 недель |
|  | 227 В какие сроки беременности чаще всего используют допплеровское исследование:1. 16-18 недель2. 18-20 недель3. 22-24 недели4. 24-26 недель5. 28-30 недель |
|  | 228 К TORCH-инфекции относится:1.Стафиллококки2.Токсоплазмы3.Стрептококки4.Кишечная палочка5.Гарднерелла |
|  | 229 В каком сроке гестаци вирус краснухи опасен для плода:1. 4-8 недель2.20 недель3.30 недель4. Перед родами5. Во время родов |
|  | 230 Чем объясняется частое развитие правостороннего пиелонефрита у беременных:1.Сдавлением мочевого пузыря маткой2.Нарушением уродинамики верхних мочевыводящих путей3.Наличием инфекционных очагов в организме4.Сдавлением мочеточника варикозно расширенными венами яичников5.Увеличением половых и кортикостероидных гормонов |
|  | 231 При сахарном диабете в І-ой половине беременности улучшение состояния связано с:1. Активизацией инсулярного аппарата поджелудочной железы2. Повышением уровня эстерогенов и прогестерона3.Повышением уровня хорионического гонадотропина4.Повышением уровня плацентарного лактогена5.Улучшением функции печени |
|  | 232 При гипертензии беременных увеличивается:1. Тромбоксан2. Простагландин Е3. Окситоцин4. Пролактин5. Простациклин |
|  | 233 При гипертензии беременных уменьшается:1.Простациклин2. Простагландин Е3. Окситоцин4. Пролактин5. Тромбоксан |
|  | 234 Действие тромбоксана:1.Антиагрегантное2.Усиление гиперкоагуляции3.Вазоконстрикторное4.Уменшение гиперкоагуляции5.Увеличение уровеня натрия в плазме |
|  | 235 Действие тромбоксана на сосудистую стенку:1.Сужение2.Расширение3.Утолщение4.Уплотнение5.Расслабление |
|  | 236 При гипертензии беременных количество тромбоцитов:1.Увеличивается2.Уменьшается3. Не меняется4. Значительно увеличивается5.Значительно уменьшается |
|  | 237 Гормональная функция плаценты при переношенной беременности:1.Снижается2. Повышается3. Не меняется4. Повышается с последующим снижением5. Снижается с последующим повышением |
|  | 238 Беременная К. поступила в роддом с диагнозом: Беременность 36-37 недель, преэклампсия тяжелой степени. Тактика акушера:1.Ограничиться комплексным лечением в течение 24 часов2.Комплексное лечение с одновременной подготовкой организма к родам, родоразрешить в течение 72 часов3.Подготовка организма к родам пропедил-гелем в течение 72 часов4.Комплексное лечение с одновременной подготовкой организма к родам, родоразрешить в течение 24 часов5.Родоразрешить путем операции кесарево сечение в экстренном порядке |
|  | 239 Наибольшее повышение объема циркулируюшей крови набдюдается в срокибеременности:1.10-12 недель2.16-18 недель3.20-24 недели4.26-32 недели5.36-40 недель |
|  | 240 Объем плазмы при беременности повышается на:1.10%2. 20%3.30%4.40%5.50% |
|  | 241 Наиболее частая причина развития матки Кювелера (маточной апоплексии):1. Полное предлежание плаценты2. Неполное предлежание плаценты3. Разрыв шейки матки4. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты5. Аномалия плаценты |
|  | 242 Родовая опухоль – это:1. Изменение формы головы2. Уменьшение объема головки3. Увеличение объема головки4. Кровоизлияние под надкостницу костей черепа5. Отек тканей в области ведущей точки |
|  | 243 Различают следующие степени «зрелости» шейки матки по Бишоп (..):1. Незрелая, созревающая, зрелая2. Плотная, мягкая, ригидная3. Длинная, короткая, укорочена4. Центральная, эксцентричная5. Первая, вторая, третья |
|  | 244 Шейка матки расценивается как «зрелая», если шейка матки:1. Отклонена к крестцу, длиной 3 см, плотная, наружный зев закрыт,2. Сглажена, края средней толщины, мягкие, открытие маточного зева 2 см3. Расположена центрально, укорочена, размягчена, цервикальный канал проходим для 1 пальца за внутренний зев, переходный валик отсутствует4. Отклонена кзади, длиной 2 см, размягчена по периферии, цервикальный канал проходим для 1 пальца за внутренний зев, в области которого определяется переходный валик5. Сглажена, края средней толщины, мягкие, открытие маточного зева 4 см |
|  | 245 Шейка матки расценивается как «созревающая», если шейка матки:1. Отклонена к крестцу, длиной 3 см, плотная, наружный зев закрыт,2. Сглажена, края средней толщины, мягкие, открытие маточного зева 2 см3. Расположена центрально, укорочена, размягчена, цервикальный канал проходим для 1 пальца за внутренний зев, переходный валик отсутствует4. +Отклонена кзади, длиной 2 см, размягчена по периферии, цервикальный канал проходим для 1 пальца за внутренний зев, в области которого определяется переходный валик5. Сглажена, края средней толщины, мягкие, открытие маточного зева 4 см |
|  | 246 Шейка матки расценивается как «незрелая», если шейка матки:1. Отклонена кзади, длиной 3 см, плотная, наружный зев закрыт,2. Сглажена, края средней толщины, мягкие, открытие маточного зева 2 см3. Расположена центрально, укорочена, размягчена, цервикальный канал проходим для 1 пальца за внутренний зев, переходный валик отсутствует4. Отклонена кзади, длиной 2 см, размягчена по периферии, цервикальный канал проходим для 1 пальца за внутренний зев, в области которого определяется переходный валик5. Сглажена, края средней толщины, мягкие, открытие маточного зева 4 см247 Чем объясняется частое развитие правостороннего пиелонефрита у беременных:1.Сдавлением мочевого пузыря маткой2.Нарушением уродинамики верхних мочевыводящих путей3.Наличием инфекционных очагов в организме4.Сдавлением мочеточника варикозно расширенными венами яичников5.Увеличением половых и кортикостероидных гормонов248 Симтоматическая терапия гипертермии в лечении послеродового/послеоперационного эндомиометрита проводится при температуре тела:1. выше 38,50 С2. выше 37,50 С3. выше 37,00 С4. выше 38,00 С5. выше 37,80 С249 Интенсивность схватки, продолжительностью более 40 сек отмечается на партограмме:1. точками
2. штрихами
3. сплошное закрашивание
4. не закрашивается
5. не отмечается

250 Курс профилактики респираторного дистресс плода проводят:1. 1 раз
2. 5 раз
3. 2 раза
4. 3 раза
5. 4 раза

Вступительные тесты по гинекологии для клинических ординаторов по специальности «Врач детский гинеколог»

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. В периоде полового созревания в организме происходят следующие основные изменения:1. подавление гонадотропной функции гипофиза
2. активизация гормональной функции яичников
3. ритм выделения ФСГ не устанавливается
4. устанавливаются регулярные "пики" экскреции ЛГ
5. ничего из перечисленного

2.Характер выделения гонадотропных гормонов, присущий нормальному менструальному циклу, устанавливается:1. в 16-17 лет
2. в 15-14 лет
3. в 13-12 лет
4. в 11-10 лет
5. в 9 лет

3.Основные клинические признаки задержки полового созревания1. аменорея
2. отсутствие роста молочных желез
3. низкий рост
4. верно 1) и 2)
5. ничего из перечисленного

4.Больные с дисфункциональными маточными кровотечениями в период полового созревания отличаются от здоровых сверстниц1. опережающим норму сексуальным морфотипом
2. интерсексуальным морфотипом
3. инфантильным морфотипом
4. всем перечисленным
5. ничем из перечисленного

5.От чего зависит тактика ведения девочек с ювенильными кровотечениями1. толщины эндометрия
2. степени анемии
3. степени полового развития
4. росто-весового показателя
5. уровня гормонов

6.К анатомическим особенностям матки у новорожденной девочки относятся1. тело и шейка матки по длине и толщине равны между собой
2. тело матки маленькое, шейка почти не выражена
3. матка небольшая, длина шейки почти в 3 раза больше длины тела матки
4. матка имеет двурогую форму
5. ничего из перечисленного

7.Пубертатный период - это1. период биологической половой зрелости
2. период, когда в организме происходит активизация функции яичников
3. период, когда происходит быстрое соматическое и половое развитие девочки
4. возраст, в котором определенные участки тела покрываются волосами
5. верно 2), 3) и 4)

8.Анатомо-физиологические особенности гениталий у девочек следующие1. избыточная складчатость слизистых
2. низкая эстрогенная насыщенность
3. недостаточная выработка гликогена
4. истонченность и замедленная пролиферация
5. все перечисленные \*

9.Ювенильные маточные кровотечения чаще всего обусловлены1. нарушением ритмической продукции гормонов яичника
2. органическими заболеваниями половой системы
3. заболеванием различных систем организма
4. всем перечисленным
5. ничем из перечисленного

10.При ановуляторных маточных кровотечениях в периоде полового созревания у девушек имеет место1. отсутствие овуляции и лютеиновой фазы цикла
2. персистенция фолликула
3. атрезия фолликула
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

11.Основными причинами задержки полового развития центрального генеза являются1. нарушение регулирующей функции гипоталамуса
2. наследственная неполноценность гипоталамуса и гипофиза
3. инфекционно-токсические заболевания (хронический тонзиллит, ревматизм, вирусный грипп)
4. стрессовые ситуации
5. все перечисленные

12.Внешний вид девочки при задержке полового развития1. евнухоидное телосложение
2. костный возраст не соответствует календарному
3. вторичные половые признаки недоразвиты
4. молочные железы неразвиты
5. верно все перечисленное

13.Задержка полового развития яичникового генеза обусловлена1. резким снижением гормональной функции яичников
2. гипергонадотропной активностью гипофиза
3. отсутствием хромосомной патологии
4. всем перечисленным
5. ничем из перечисленного

14.В развитии яичниковой недостаточности у девочек имеет значение1. нарушение роста и развития фетальных яичников
2. инфекционное поражение фетального яичника (краснуха, паротит)
3. нарушение иннервации яичников и изменение их чувствительности к гонадотропинам
4. генетически обусловленный дефицит ферментных систем
5. все перечисленное

15.Терапия изосексуального преждевременного полового созревания центрального генеза у девочек сводится к применению1. сигетина (в возрастных дозах)
2. свежего картофельного сока (по 2 ст. ложки 2 раза в день)
3. при гормонально активных опухолях яичников лечение оперативное
4. всего перечисленного
5. ничего из перечисленного

16.Диагностика преждевременногo полового созревания гетеросексуального типа включает1. проведение пробы с дексаметазоном
2. определение кариотипа
3. УЗИ гениталий и надпочечников
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

17.Лечение девочек с нарушением полового развития в пубертатном периоде по типу "стертой" вирилизации1. заместительная терапия эстрогенами
2. заместительная терапия гестагенами
3. применение глюкокортикоидов в поддерживающих дозах
4. верно все перечисленное
5. ничего из перечисленного

18.Лечение при яичниковой форме гиперандрогении (синдром Штейна - Левенталя)1. применение синтетических эстроген-гестагенных препаратов
2. клиновидная резекция яичников
3. применение антиандрогенов
4. верно 1) и 3)
5. ничего из перечисленного

19.Лечение задержки полового развития яичникового генеза1. заместительная терапия эстрогенами
2. заместительная терапия гестагенами
3. применение глюкокортикоидов
4. верно 1) и 2)
5. верно 2) и 3)

20.Отсутствие полового развития обусловлено1. перенесенными инфекционными заболеваниями в раннем детстве
2. перенесенными воспалительными процессами органов малого таза вирусной этиологии в пyбeртатном возрасте
3. хромосомными аномалиями
4. всем перечисленным
5. ничем из перечисленного

21.Кровянистые выделения из влагалища в возрасте 11-12 лет могут быть следствием1. травмы
2. авитаминоза С
3. аборта
4. верно 1) и 3)
5. всего перечисленного
 |
|  |  |
|  | 22.Основным критерием живорождения является1. 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
 |
|  | 23.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
 |
|  | 24.Данные влагалищного исследования при неполном выпадении матки1. 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

  |
|  | 25.Данные влагалищного исследования при полном выпадении матки1. 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

  |
|  | 26.Данные влагалищного исследования при ретрофлексии матки1. 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

  |
|  | 27.Данные влагалищного исследования при гиперантефлексии матки1. 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

  |
|  | 28.Какой из методов обследования наиболее эффективен в диагностике трубно-перитонеального бесплодия?1. пертубация
2. гистеросальпингография
3. эхогистероскопия
4. лапароскопия с хромотубацией
5. лимфография
 |
|  |  |
|  | 29.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
 |
|  | 30.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
 |
|  | 31.Наиболее информативным методом диагностики субмукозной миомы матки является:1. кольпоскопия
2. гистероскопия
3. УЗИ
4. лапароскопия
5. Гистеросальпингография
 |
|  | 32.Для цитологического исследования шейки матки забор материала проводится из1. мазков из эндоцервикса
2. смыва дугласова пространства при пункции заднего свода влагалища
3. мазков с эктоцервикса
4. биопсии шейки матки
5. аспират из полости матки
 |
|  | 33.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 эктоцервикса
4. биопсии шейки матки
5. аспират из полости матки
 |
|  | 34.Гормональные средства контрацепции можно применять для профилактики рака: 1. влагалища
2. маточной трубы
3. эндометрия
4. шейки катки
5. яичников
 |
|  | 35.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
 |
|  | 36.Какое из перечисленных состояний и заболеваний обусловлено длительным приемом гормональных средств контрацепции?1. аменорея
2. гипертензия
3. тромбоэмболия
4. инфаркт миокарда
5. дисфункция яичников

  |
|  | 37.Продолжительность менструального цикла при приеме большинства КОК составляет:1. 21 день
2. 24 дня
3. 28 дней
4. 35 дней
5. 32 дня
 |
|  | 38.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

  |
|  | 39.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.
 |
|  | 40.К барьерным методам контрацепции относятся:1. презервативы
2. применение КОК и КИК
3. применение чисто прогестиновых контрацептивов
4. хирургическая стерилизация
5. использование ВМС
 |
|  | 41.К методам естественного планирования семьи относятся: 1. календарный метод.
2. применение комбинированных оральных контрацептивов.
3. использование презервативов.
4. применение чисто прогестиновых контрацептивов.
5. ВМС.
 |
|  | 42.Визуализация внутриматочного контрацептива (ВМК) в цервикальном канале свидетельствует о: 1. нормальном расположении ВМК
2. низком расположении ВМК
3. перфорации
4. экспульсии ВМК
5. правильном введении ВМС
 |
|  | 43. 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
 |
|  | 44.При проведении медикаментозного прерывания срок аменореи с 1 дня последеней менструаций не должен превышать: 1. 24-дня
2. 43-дня
3. 49-дней
4. 59-дней
5. 65-дней
 |
|  | 45.Наиболее эффективная доза мифепристона для проведения медикаментозного аборта:1. 150 мг
2. 200мг
3. 400 мг
4. 600 мг
5. 800 мг
 |
|  | 46. Наиболее эффективное использование мизопростола при проведении медикаментозного аборта:1. сублингвально
2. вагинально
3. перорально
4. пероррально и вагинально
5. сублингвально и вагинально
 |
|  | 47.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
 |
|  | 48.Госпитальная инфекция чаще всего обусловлена: 1. золотистым стафилококком
2. грамотрицательной флорой
3. анаэробами
4. аэробы
5. ассоциацией микроорганизмов
 |
|  | 49.Наиболее эффективным препаратом для лечения гарднереллеза является:1. доксициклин
2. метронидазол
3. амоксиклав
4. ампициллин
5. флуконазол
 |
|  | 50.Какой симптом не характерен для восходящей гонореи:1. высокая температура
2. боли в животе
3. лейкоцитоз
4. желтуха
5. бессимптомное течение
 |
|  | 51.«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
 |
|  | 52. «Золотым стандартом» диагностики хронического сальпингоофорита является:1. бимануальное исследование
2. лапароскопия
3. гистеросальпингография
4. УЗИ органов малого таза.
5. гистероскопия
 |
|  | 53.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. гноевидные
 |
|  | 54.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
 |
|  | 55.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
 |
|  | 56.Эхографические признаки гематометры:1. увеличение размеров матки
2. округлая форма матки и ее увеличение
3. смещение "М-эхо"
4. расширение полости матки с гипоэхогенным иди смешанным по зхогенности содержимым
5. определить невозможно
 |
|  | 57.Какой эпителий поражает гонококк?1. цилиндрический
2. железистый
3. многослойный плоский неороговевающий
4. многослойный плоский ороговевающий
5. базальный слой эндометрия
 |
|  | 58.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
 |
|  | 59.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, М. hominis, приводящее к хроническому рецидивирующему течению
3. инфекционное воспалительное заболевание мочеполовых путей, вызываемое M.genitalium, М.hominis, Ureaplasma urealiticum, приводящее к хроническому рецидивирующему течению
4. инфекционное воспалительное заболевание мочеполовых путей, вызываемое Ureaplasma genitalium, М.hominis, Ureaplasma urealiticum, приводящее к хроническому рецидивирующему течению
5. инфекционное воспалительное заболевание мочеполовых путей, вызываемое M.genitalium, Ureaplasma hominis, М. urealiticum, приводящее к хроническому рецидивирующему течению

  |
|  | 60.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

  |
|  | 61.Преимущественный путь распространения гонорейной инфекции:1. лимфогенный;
2. гематогенный;
3. периневральный;
4. контактный;
5. интраканаликулярный.
 |
|  | 62.Укажите критерии излеченности гонореи1. 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.
 |
|  | 63.Критерии излеченности больных гонореей устанавливаются после лечения в течение:1. одного месяца;
2. двух месяцев;
3. трех месяцев;
4. четырех месяцев;
5. пяти месяцев.
 |
|  | 64.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. поражение нижних отделов половых органов.
 |
|  | 65.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.
 |
|  | 66.Трихомониаз не передается :1. половым путем,
2. гематогенным,
3. бытовым путем,
4. контактным путем,
5. инфицирование детей во время родов
 |
|  | 67.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.

  |
|  | 68.К развитию кандидозного вагинита предрасполагают:1. химиотерапия рака;
2. климактерический период;
3. полиартрит;
4. антибиотикотерапия;
5. пиелонефрит.
 |
|  | 69.В классификацию урогенитальног кандидоза не входит форма:1. кандидоносительство,
2. острая,
3. хроническая,
4. волнообразно-текущая
5. подострая

  |
|  | 70.Что не является предраспологающим фактором развития урогенитального кандидоза:* + 1. использование ВМС
		2. нерациональное применение антибиотиков, цитостатиков
		3. гормональный дисбаланс
		4. нормальные показатели иммунитета
		5. заболевания ЖКТ
 |
|  | 71.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
 |
|  | 72.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
 |
|  | 73.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
 |
|  | 74.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
 |
|  | 75.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
 |
|  | 76.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
 |
|  | 77.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. в анамнезе был самопроизвольный выкидыш

  |
|  | 78.Что не является причиной эндокринного бесплодия:* + 1. СПКЯ
		2. ВГКИ
		3. аденома гипофиза
		4. гипотиреоз
		5. синдром Ашермана
 |
|  | 79.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
 |
|  | 80.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
 |
|  | 81.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
 |
|  | 82.Сколько курсов симуляции 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
 |
|  | 83.НЛФ – это нарушение функции яичников, характеризующееся:1. увеличением передней доли гипофиза
2. гиперплазией коры надпочечников
3. гипофункций желтого тела яичника
4. диффузным увеличением щитовидной железы
5. органическим нарушением гипоталических структур
 |
|  | 84.Причинами НЛФ является все нижеперечисленное кроме: 1. гиперадрогении яичникового и надпочечникового генеза
2. гиперпролактениямии
3. воспалительного процесса в малом тазу
4. гипотиреоза
5. синдрома истощения яичников

  |
|  | 85.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
 |
|  | 86.Характерным для НЛФ при биопсии эндометрия является:1. недостаточность пролиферативной трасформации эндометрия
2. выраженная пролиферативная трасформация эндометрия
3. недостаточность секреторной трансформации эндометрия
4. выраженная секреторная трасформация эндометрия
5. атрофический эндометрий с фиброзом стромы
 |
|  | 87.Тактика ведения врача акушера гинеколога при отсутствии беременности в течение 2 лет после двухсторонней сальпингостомии:1. противовоспалительное лечение
2. стимуляция овуляции
3. повторная лапароскопия
4. ЭКО
5. гормональная терапия
 |
|  | 88.Методом лечения синдрома склерокистозных яичников является:* + 1. синтетические прогестины
		2. клиновидная резекция обоих яичников
		3. лечение прогестероном
		4. лечение кломифенцитратом
		5. КОК
 |
|  | 89.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
 |
|  | 90.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
 |
|  | 91.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
 |
|  | 92.ФСГ стимулирует:1. рост фолликула в яичнике
2. продукцию корткостероидов
3. продукцию ТТГ в щитовидной железе
4. синтез прогестерона
5. функцию желтого тела
 |
|  | 93.Регулярные обильные менструации длительностью от 7 до 10 дней:1. меноррагия.
2. метроррагия.
3. менометроррагия.
4. полименорея.
5. опсоменорея.
 |
|  | 94.Меноррагия это:1. болезненные менструации.
2. обильные менструации.
3. ациклические кровотечения.
4. скудные менструации.
5. нерегулярные менструации.
 |
|  | 95.Персистенция фолликула это:1. обратное развитие незрелого фолликула.
2. длительное существование зрелого фолликула.
3. отсутствие доминантного фолликула.
4. разрыв зрелого фолликула.
5. созревание фолликула
 |
|  | 96.Ановуляция при ЮМК обусловлена:1. атрезией фолликулов.
2. персистенцией фолликула.
3. отсутствием доминантного фолликула.
4. гипопрогестеронемией.
5. гиперэстрогенией.
 |
|  | 97.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
 |
|  | 98. 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
 |
|  | 99. 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.
 |
|  | 100. Клиника отечной формы предменструального синдрома: 1. агрессивность, плаксивость, депрессия.1. нагрубание молочных желез, отечность.
2. мигрень и головокружение
3. тошнота , подъем АД, рвота и сердцебиения
4. остеопороз
 |
|  | 101. Клиника кризовой формы предменструального синдрома: 1. агрессивность, плаксивость, депрессия.1. нагрубание молочных желез, отечность.
2. мигрень и головокружение
3. тошнота , подъем АД, рвота и сердцебиения
4. остеопороз
 |
|  | 102.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 преращением менструации.
4. симптомы предменструального синдрома продолжаются в течение нескольких дней после прекращения менструации.
5. симптомы предменструального синдрома сохраняется во время овуляции.
 |
|  | 103. Метаболический синдром – это нарушение: * + - 1. репродуктивной и менструальной функции в сочетании с вегетаивно – 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. идиопатическая гипертензия
			5. изолированное нарущение функции яичников
 |
|  | 104. Патогенетически обоснованной терапией синдрома тотальной овариоэктомии является: 1. лечение эстрогенами
2. заместительная гормональная терапия
3. КОК
4. циклическая витаминотерапия
5. агонисты гонадотропинов
 |
|  | 105.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
 |
|  | 106.Какие «кожные» проявления наиболее характерны для гиперинсулинемии?1. ance vulgaris
2. гирсутизм
3. андрогензависимая алопеция
4. черный акантоз
5. гиперемия кожных покровов
 |
|  | 107.К ранним симптомам климактерия относятся:1. урогенитальные расстройства
2. остеопороз
3. вегетососудистые нарушения
4. обмено-эндокринные нарушения
5. болезненные менструации
 |
|  | 108.К поздним симптомам климактерия относятся:1. урогенитальные расстройства
2. остеопороз
3. вегетососудистые нарушения
4. психоэмоциональные расстройства
5. болезненные менструации
 |
|  | 109.Гипоталамус вырабатывает следующие гормоны:1. гонадотропины
2. эстрогены
3. гестагены
4. рилизинг-факторы
5. пролактин
 |
|  | 110.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
 |
|  | 111.Что такое альгодисменорея?1. Изменение продолжительности менструального цикла
2. отсутствие менструаций
3. болезненные менструации
4. боли, связанные с овуляцией
5. кровотечение
 |
|  | 112.Значение объема неизмененного яичника женщины репродуктивного возраста не превышает:1. 2см3
2. 5 см3
3. 7 см3
4. 9 см3
5. 15 см3
 |
|  | 113.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
 |
|  | 114.Эхографический симптом "снежной бури" в матке наблюдается:1. при раке эндометрия
2. при субмукозной миоме
3. при гиперплазии эндометрия
4. при пузырном заносе
5. неполном аборте
 |
|  | 115.Основной клинический симптом эндометриоза шейки матки:1. альгодисменорея
2. менометроррагия
3. пред- и постменопаузальные кровянистые выделения
4. бесплодие
5. диспареуния
 |
|  | 116.При андробластомах образуется…1. избыток андрогенов
2. недостаток андрогенов
3. повышение эстрогенов
4. снижение гонадотропинов
5. повышение ФСГ
 |
|  | 117.Особенности опухоли яичников у девочек: 1. быстрый рост опухоли
2. интралигаментарное расположение опухоли
3. двухсторонние опухоли
4. воспалительные изменения
5. метастазы в ЖКТ
 |
|  | 118.К гормонопродуцирующим опухолям яичников не относится: …1. андробластомы
2. гонадобластомы
3. гранулезостромальные опухоли
4. аденофиброматоз
5. фиброма - текома
 |
|  | 119.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
 |
|  | 120.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
 |
|  | 121.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. физиологическое половое развитие.
 |
|  | 122.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
 |
|  | 123.Причиной ложного преждевременного созревания является:1. фолликулярная киста яичника.
2. эндометриоидная киста.
3. дермоидная киста.
4. киста желтого тела.
5. кистозные изменения яичников.
 |
|  | 124. О чем нужно предупредить родителей девочки, страдающей идиопатическим преждревременным 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. эффективный терапии нет |
|  | 125. Синдром Шерешевского – Тернера – это : 1. « чистая» форма дисгенезии гонад
2. « типичная» форма дисгенезии гонад
3. « смешанная» форма дисгенезии гонад
4. ложный мужской гермафродитизм
5. преждевременное половое созревание
 |
|  | 126. Основной формой тератомы у девочек является:1. дисгерминома
2. текома
3. фиброма
4. дермоидная киста
5. гонадобластома
 |
|  | 127. Самой злокачественной опухолью яичников у девочек является: 1. текаклеточная опухоль
2. дисгерминома
3. фиброма
4. фолликулома
5. липоидоклеточная опухоль
 |
|  | 128. 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
 |
|  | 129. Клиническая картина при атрезии гимена: 1. пациентки жалуются только на отсутствие менструации
2. пациентки жалуются только на циклические боли внизу живота
3. характеризуется длителными , 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
 |
|  | 130.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
 |
|  | 131.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
 |
|  | 132.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

133.Загиб матки кзади нередко развивается как следствие воздействия таких неблагоприятных факторов в дошкольном и раннем школьном возрасте девочек как1. систематическая и длительная задержка стула
2. систематическая и длительная задержка мочеиспускания
3. тяжелый физический труд
4. верно 1) и 2)
5. все перечисленное

134.Особенности наружных половых органов у новорожденной девочки1. вульва находится в состоянии большего или меньшего набухания
2. вульва частично видна при сомкнутых и вытянутых ногах
3. эпителий вульвы легко раним и восприимчив к инфекции
4. верно 1 и 3)
5. верно все перечисленное

135.Особенностью пубертатного периода у девочек по сравнению с мальчиками является все перечисленное, кроме1. развития жировой клетчатки по женскому типу
2. изменения соотношения между тазовым и плечевым поясом в сторону относительного увеличения окружности последнего \*
3. более тонкой и нежной кожи
4. роста волос в области наружных гениталий с их распределением в виде треугольника с вершиной, направленной книзу
5. верхней границы роста волос в области наружных половых органов ровной и резко очерченной над лобком

136.При типичном наружном женском псевдогермафродитизме1. за гипертрофированный клитор принимается недоразвитый половой член
2. за большие половые губы принимается расщепленная пустая мошонка
3. имеются только яички
4. верно все перечисленное
5. все перечисленное неверно

137.Основными причинами преждевременного полового созревания изосексуального типа являются1. церебральная патология функционального и органического характера
2. следствие перенесенной перинатальной гипоксии
3. следствие перенесенной родовой травмы
4. гипотиреоз
5. все перечисленные

138.Основные клинические признаки при истинном преждевременном половом созревании центрального генеза1. неврологическая симптоматика, внутричерепная гипертензия
2. эмоциональные нарушения
3. отсутствие менструации до 15-16 лет
4. верно 1) и 2)
5. все перечисленное

139.Основные клинические признаки преждевременного полового созревания изосексуального типа органического характера1. задержка интеллектуального развития и эмоциональная неустойчивость
2. застойные изменения глазного дна
3. преждевременное появление вторичных половых признаков
4. все перечисленные
5. ничего из перечисленного

140.Для полной формы преждевременного полового созревания характерно1. различная степень развития вторичных половых признаков и отсутствие менструаций
2. костный возраст соответствует календарному
3. масса тела не повышена
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

141.Клиническая картина ложного преждевременного полового развития1. кровянистые выделения из влагалища нерегулярного характера
2. незначительное развитие вторичных половых признаков (скудное оволосение, недостаточное развитие молочных желез и т.д.)
3. наружные и внутренние половые органы имеют выраженные черты эстрогенного влияния
4. высокий уровень эстрогенов
5. верно все перечисленное

142.Ложное преждевременное половое созревание гетеросексуального типа чаще всего обусловлено1. развитием андрогенсекретирующих опухолей яичника и врожденной гипертрофией коры надпочечников
2. перинатальными причинами (гипоксия, родовая травма)
3. внутриутробным инфицированием
4. всем перечисленным
5. ничем из перечисленного

143.Особенности телосложения девочек с врожденным андрогенитальным синдромом1. узкие плечи и широкий таз
2. длинные конечности
3. высокий рост
4. все перечисленные
5. ничего из перечисленного

144.Особенности преждевременного полового созревания гетеросексуального типа1. у девочки период полового созревания начинается рано (6-7 лет)
2. появляются мужские вторичные половые признаки (увеличение клитора, низкий тембр голоса)
3. выраженное и быстрое увеличение молочных желез, наличие менструаций
4. верно 1) и 2)
5. верно 1) и 3)

145.Причины вирильного синдрома у девушки1. нарушение функции коры надпочечников
2. маскулинизирующие опухоли коры надпочечников и яичников
3. врожденный андрогенитальный синдром
4. все перечисленные
5. ничего из перечисленного

146.Для клинической картины гиперандрогении надпочечниковоro генеза характерно1. раннее проявление вирильноro синдрома, гирсутизм до или после начала первой менструации
2. первая менструация может запаздывать или быть своевременной
3. гипоплазия молочных желез
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

147.Характерные особенности телосложения при андрогенитальном синдроме1. некоторая вирилизация фигуры
2. увеличение ширины плеч
3. узкий таз, укорочение конечностей
4. все перечисленные особенности
5. ничего из перечисленного

148.Положительная дексаметазоновая проба - это1. повышение уровня 17-КС
2. снижение уровня 17-КС менее 30%
3. снижение уровня 17-КС более 50%
4. отсутствие изменений в уровне 17-КС
5. ничего из перечисленного

149.Наиболее типичной формой гонореи у девочек является1. хроническая, рецидивирующая
2. торпидная
3. острая
4. верно 1) и 2)
5. ничего из перечисленного

150.У девочек чаще всего встречаются следующие формы воспаления гениталий1. эндоцервицит
2. эндометрит и сальпингooфорит
3. вульвовагинит
4. верно 1) и 3)
5. все перечисленные формы

151.Выскабливание матки у девочки (девушки) производится1. при альгoменорее и при аменорее
2. при ановуляторных менструальных циклах
3. при профузном кровотечении и отсутствии эффекта от консервативной терапии
4. верно 1) и 2)
5. ни при чем из перечисленного

152.В пубертатном возрасте причиной белей может быть1. гoнорея, трихомониаз
2. экстрагенитальные заболевания
3. психогенные факторы
4. все перечисленное
5. верно 1) и 2)
 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | 153.Объем операции при апоплексии яичника:1. тубэктомия
2. аднексэктомия
3. ушивание яичника
4. цистэктомия
5. овариоэктомия
 |
|  | 154.Объем операции при трубной беременности:1. тубэктомия
2. аднексэктомия
3. ушивание яичника
4. цистэктомия
5. овариоэктомия
 |
|  | 155.Объем операции при склерокистозе яичников:1. ушивание яичника
2. клиновидная резекция яичников
3. цистэктомия
4. аднексэктомия
5. овариоэктомия
 |
|  | 156.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
 |
|  | 157.Объем операции при тубоовариальном абсцессе:1. консервативное лечение
2. вскрытие абсцесса
3. аднексэктомия
4. тубэктомия и дренирование брюшной полости
5. аднексэктомия и дренирование брюшной полости
 |
|  | 158.Объем операции при пиосальпинксе:1. консервативное лечение
2. вскрытие абсцесса
3. аднексэктомия
4. тубэктомия и дренирование брюшной полости
5. аднексэктомия и дренирование брюшной полости
 |
|  | 159.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
 |
|  | 160.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
 |
|  | 161.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
 |
|  | 162.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
 |
|  | 163.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
 |
|  | 164.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
 |
|  | 165.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
 |
|  | 166.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
 |
|  | 167.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. на уровне сводов влагалища
 |
|  | 168.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
 |
|  | 169.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 мочеточника в связи с аномальным его расположением
5. повреждения тела матки
 |
|  | 170.При операции по поводу паровариальной кисты следует произвести: 1. вылущивание кисты
2. удаление придатков на стороне поражения
3. удаление яичника на стороне поражения
4. удаление обоих яичников
5. резекцию яичника на стороне поражения
 |
|  | 171.Показаниями для передней кольпографии являются: 1. опущение передней стенки влагалища
2. опущение передней стенки влагалища и мочевого пузыря
3. неполное выпадение матки
4. миома матки
5. полное выпадение матки
 |
|  | 172.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
 |
|  | 173.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
 |
|  | 174.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
 |
|  | 175.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
 |
|  | 176.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. легкая степень апоплексии яичника

  |
|  | 177.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
 |
|  | 178.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
 |
|  | 179.Основной причиной возникновения эктопии шейки матки является:1. воспалительные заболевания
2. гормональные нарушения
3. ношение ВМС
4. роды
5. КОКи
 |
|  | 180.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
 |
|  | 181.Основными факторами возникновения эктропиона шейки матки являются:1. воспалительные заболевания
2. роды
3. аборты
4. эрозии
5. травматическое повреждение шейки
 |
|  | 182.Под эктропионом шейки матки понимают:1. эрозию
2. выворот цервикального канала
3. полип шейки матки
4. язву
5. воспаление
 |
|  | 183.Лейкоплакия шейки матки – это участок :1. патологического утолщения эпителия
2. патологического истончения эпителия
3. патологического ороговения эпителия
4. патологической десквамации эпителия
5. патологического изъязвления
 |
|  | 184.Каким нервом иннервируется область вульвы и промежности:1. n.vagus
2. срамной
3. подвздошно-паховый
4. седалищно-крестцовый
5. половой
 |
|  | 185.Основные причины дистрофии вульвы:1. хронические воспалительные заболевания органов малого таза
2. дефицит эстрогенов
3. дефицит прогестерона
4. неизвестна
5. нарушение обмена веществ
 |
|  | 186.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
 |
|  | 187.Фенотип – это:1. совокупность внешних признаков
2. набор хромосом
3. совокупность генов
4. участок молекулы ДНК
5. генеалогическое дерево
 |
|  | 188.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
 |
|  | 189.Укажите формулу кариотипа при синдроме Шерешевского-Тернера:1. 46 хх
2. 47 ху ( + 21 )
3. 45 хо
4. 47 хху
5. 47 ххх
 |
|  | 190.У ребенка эпикант, плоская переносица, ВПС, макроглоссия, поперечные складки на ладошках. Диагноз:1. ДЦП
2. болезнь Дауна
3. синдром Патау
4. ферментопатия
5. синдром Эдвардса
 |
|  | 191.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 вследствии гиперандрогении

  |
|  | 192.Основной клинический симптом подслизистой миомы матки:1. хроническая тазовая боль
2. альгодисменорея
3. меноррагия
4. вторичное бесплодие
5. железодефицитная анемия

  |
|  | 193.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

  |
|  | 194.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

  |
|  | 195.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 |
|  | 196.Эффективный метод лечения при опущении и выпадении матки:* + 1. лечебная гимнастика
		2. гинекологический массаж
		3. оперативный
		4. ортопедический
		5. гормональный
 |
|  | 197.Диагноз рака шейки матки ставят на основании:1. пробы Шиллера
2. кольпоскопии
3. кольпоцитологии
4. данных гистологического исследования
5. все перечисленное верно
 |
|  | 198.Наиболее частая жалоба при раке шейки матки:* 1. ациклические маточные кровотечения
	2. контактные кровянистые выделения
	3. циклические кровотечения
	4. гиперполименорея
	5. все выше перечисленное
 |
|  | 199.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
 |
|  | 200.Наиболее часто хорионкарцинома возникает после:1. абортов
2. пузырного заноса
3. нормальных родов
4. преждевременных родов
5. внематочная беременность
 |
|  | 201.Тактика ведения больной с ДМК ювенильного периода:1. ограничиться проведением симптоматической гемостатической и антианемической терапией;2. провести гормональный гемостаз прогестероном;3. лечебно-диагностическое выскабливание эндометрия и эндоцервикса;4. комплексная терапия, включающая гемостатическую, антианемическую, утеротоническую терапию, при неэффективности – гормональный гемостаз; 5. гистероскопия |
|  | 202.Основным методом остановки дисфункционального кровотечения в пременопаузальном периоде является:1. применение синтетических эстроген-гестагенных препаратов;2. введение кровоостанавливающих и сокращающих матку средств;3. использование андрогенов;4. применение 17-оксипрогестерона капроната (17-ОПК) в непрерывном режиме;5. раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки полости матки и шеечного канала с последующей гормонотерапией соответственно ответу гистологического исследования.  |
|  | 203.Место выработки гонадотропных гормонов:1. надпочечники;2. гипоталамус;3. гипофиз; 4. яичники;5. задняя доля гипофиза. |
|  | 204.Бесплодный брак – это отсутствие беременности:1. вследствие использования контрацептивов;2. в течение 6 месяцев половой жизни без предохранения;3. в течение 12 месяцев регулярной половой жизни без предохранения; 4. в течение 2 лет половой жизни;5. в течение 18 месяцев регулярной половой жизни без предохранения. |
|  | 205.Хориокарцинома чаще всего развивается:1. вне связи с беременностью.2. после выкидыша;3. после родов;4. после пузырного заноса;5. после оперативных родов. |
|  | 206.При неполном слиянии парамезонефрических протоков развивается:1. атрезия девственной плевы2. двурогая матка3. атрезия влагалища4. дисгенезия гонад5. седловидная матка |
|  | 207.Атрезия девственной плевы может проявляться1. задержкой мочи2. гематокольпосом3. затруднением дефекации4. циклически возникающими болями внизу живота5. бессимптомно |
|  | 208.Длина тела небеременной матки у женщин, как правило, составляет:1. 6–7 см2. 7–8 см3. 8–9 см4. 9–10 см5. 11–12 см |
|  | 209.Для установления источника гиперандрогенемии проводится:1. проба с гестагенами2. проба с эстрогенами и гестагенами3. дексаметазоновая проба4. проба с кломифеном5. подсчет ИМТ |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 210.Отрицательная проба с эстроген-гестагенами указывает наследующую форму аменореи:1. гипоталамическая2. гипофизарная3. яичниковая4. маточная5. ложная |
|  | 211.Тест измерения базальной температуры основан на гипертермическом эффекте:1. простагландинов2. эстрогенов3. прогестерона4. ФСГ5. пролактина |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 212.Для ановуляторного менструального цикла характерно:1. циклические изменения в организме2. длительная персистенция фолликула3. преобладание гестагенов во второй фазе цикла4. преобладание гестагенов в первую фазу цикла5. эстрогендефицитное состояние |
|  | 213.Главным эстрогенным гормоном в организме женщины впериод постменопаузы является:1. эстрадиол2. эстрон3. эстриол4. эстрадиол-дипропионат5. прогестерон |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 214.У больных с аменореей при болезни Иценко – Кушинга имеетместо гиперпродукция гормона аденогипофиза1. соматотропного2. тиреотропного3. адренокортикотропного4. фолликулостимулирующего5. лютеинизирующего |
|  | 215.Крауроз и лейкоплакия вульвы чаше встречаются у женщинв возрасте:1. 31–40 лет2. 41–50 лет3. 51–60 лет4. 61–70 лет5. независимо от возраста |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 216.Прерывание трубной беременности по типу трубного абортапроисходит чаще в сроке беременности:1. 11–12 недель2. 9–10 недель3. 7–8 недель4. 4–6 недель5. 8-9 недель |
|  | 217.Беременность, локализирующаяся в интерстациональнойчасти трубы, прерывается чаще всего в сроке беременности:1. 1–2 недели2. 3–4 недели3. 5–6 недель4. 7–8 недель5. 4-5 недель |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 218.У больной диагностирована прогрессирующая внематочнаябеременность. Показано:1. консервативное противовоспалительное лечение2. операция3. гемотрансфузия4. выжидательная тактика5. симтоматическая терапия |
|  | 219.Наиболее целесообразная последовательность мероприятийпри диагностике нарушенной внематочной беременности:1. гемотрансфузия, операция2. консультация терапевта, анестезиолога, операция3. ультразвуковое исследование, гемотрансфузия, операция4. операция, гемотрансфузия5. применение сердечных средств, гемотрансфузия, операция |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 220.При перитоните у гинекологической больной показана операция в объеме:1. экстирпация матки с придатками2. надвлагалищная ампутация матки с придатками3. экстирпация матки с трубами4. надвлагалищная ампутация матки с трубами5. надвлагалищная ампутация матки без придатков |
|  | 221.Наиболее частой причиной внематочной беременности является:1. генитальный инфантилизм2. наружный генитальный эндометриоз3. подслизистая миома матки4. хронический сальпингит5. длительное «ношение» ВМС |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 222.Наиболее характерные изменения эндометрия при внематочной беременности:1. атрофия2. пролиферация3. железисто-кистозная гиперплазия4. децидуальная трансформация5. эндометриальный полип |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 223.Верифицировать диагноз: внематочная беременность можнона основании:1. определения ФСГ + ЛГ в крови2. определения ХГЧ+ УЗИ3. определения α-фетопротеин + УЗИ4. определения ХГЧ + альфа-фетопротеин5. лапароскопии |
|  | 224.Тактика врача при прервавшейся внематочной беременности:1. динамическое наблюдение за больной в течение 2-3 часов2. пункция заднего свода влагалища3. экстренное оперативное лечение4. гемостаз эстроген-гестагенными препаратами5. антибиотикотерапия |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 225.Сколько яйцеклеток созревает у женщины на протяжении репродуктивного периода:1. 100–150;2. 30000–50000;3. 350–400;4. около 1000;5. 1,5–2 млн. |
|  | 226.Действие эстрогенов на эндометрий приводит к:1. пролиферации;2. секреторной трансформации;3. десквамации;4. развитию желез;5. атрофическим изменениям. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 227.Действие прогестерона на матку приводит к:1. пролиферации эндометрия;2. секреторной трансформации эндометрия;3. десквамации эндометрия;4. регенерации эндометрия;5. атрофии эндометрия. |
|  | 228. Основным критерием двухфазного менструального цикла является:1. правильный ритм менструации;2. время наступления первой менструации;3. особенность становления менструальной функции в период полового созревания;4. длительность менструального цикла;5. овуляция. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 229.Аменорея — это ...1. регулярные обильные длительные менструации;2. нерегулярные маточные кровотечения длительностью более 7 днейпри кровопотере более 80 мл, ациклические маточные кровотечения, несвязанные с менструальным циклом;3. отсутствие менструации в течение 6 месяцев у женщин репродуктивного периода вне беременности и лактации;4. отсутствие менструации в течение 3 месяцев у женщин репродуктивного периода вне беременности и лактации уменьшение продолжительности менструаций до 1–2 дней;5. редкие и скудные менструации |
|  | 230.Для кризовой формы ПМС характерно:1. паническая атака с повышением АД, сердцебиение, озноб, чувствосдавления за грудиной в виде ишемии;2. боль за грудиной давящего характера, сопровождающаяся изменениями на ЭКГ;3. головная боль пульсирующего характера, сопровождающаяся тошнотой, рвотой, светобоязнью;4. плаксивость, агрессивность, повышенная чувствительность к звукам и запахам;5. приступы удушья, снимаемые вдыханием гормональных лекарственных средств. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 231.Причиной повышенной продукции пролактина может быть:1. опухоль коры надпочечников;2. доброкачественные заболевания молочной железы;3. опухоли гипофиза;4. применение агонистов дофамина;5. удаление яичников в репродуктивном возрасте |
|  | 232.При функциональной гиперпролактинемии лечение проводят:1. КОК на 12 месяцев;2. агонистами дофамина (бромкриптин, каберголин);3. психотерапию, антидепресанты, анксиолитики;4. рентгенотерапию, телегамматерапию;5. а-ГнРГ на 3 месяца. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 233.Для синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) характерно:1. двустороннее уменьшение яичников;2. гиперандрогения;3. соотношение ЛГ/ФСГ менее 2,5;4. привычное невынашивание беременности;5. ДМК. |
|  | 234.На первом этапе лечения СПКЯ назначают:1. низкокалорийную диету, метформин, ингибиторы липаз;2. лапароскопическую резекцию 2/3 яичников;3. стимулятор овуляции кломифен;4. монофазные КОК;5. прогестагены во вторую фазу менструального цикла. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 235.Синдром Шихана развивается в результате:1. генетически детерминированного дефицита 21-гидроксилазы,участвующей в синтезе кортизола;2. снижения дофаминового контроля выработки пролактина;3. нарушения чувствительности тканей к инсулину;4. некротических изменений в гипофизе при массивном акушерскомкровотечении;5. дефицита ферментных систем яичников. |
|  | 236.Ранним симптомом синдрома Шихана является:1. стойкая агалактия после родов;2. ночная галакторея;3. выраженная отечность лица, конечностей;4. аменорея;5. гипотрофия половых органов. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 237.Прекращение менструаций в возрасте 37–40 лет без хирургического и иного вмешательства — это ...1. климактерический синдром;2. посткастрационный синдром;3. синдром истощения яичников;4. преждевременная менопауза;5. искусственная менопауза. |
|  | 238.Тяжесть климактерического синдрома определяют по:1. числу приливов за сутки;2. количеству и разнообразию симптомов;3. уровню снижения эстрадиола;4. уровню повышения ФСГ;5. времени после последней менструации. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 239.Влагалищная часть шейки матки в норме покрыта:1. цилиндрическим эпителием;2. однослойным многорядным эпителием;3. железистым эпителием;4. многослойным плоским неороговевающим эпителием;5. кубическим эпителием. |
|  | 240.Гиперкератоз эпителия влагалищной части шейки матки — это ...1. эритроплакия;2. лейкоплакия;3. эктропион;4. псевдоэрозия;5. интраэпителиальная неоплазия. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 241.К предраковым состояниям шейки матки относят:1. эритроплакию;2. лейкоплакию без атипии;3. эктропион;4. псевдоэрозию;5. дисплазию многослойного плоского эпителия. |
|  | 242.Предраковые процессы шейки матки от фоновых заболеванийотличаются по следующим признакам:1. имеют хроническое течение;2. плохо поддаются консервативным методам лечения;3. имеют риск малигнизации;4. клеточная атипия при цитологическом исследовании;5. бессимптомное течение. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 243.Основным этиологическим фактором дисплазии и рака шейкиматки является:1. вирус простого герпеса 2 типа;2. вирус папилломы человека;3. гиперэстрогения;4. нарушение рН влагалищного секрета;5. иммунные и метаболические нарушения в организме |
|  | 244.При проведении расширенной кольпоскопии после обработки 3 %раствором уксусной кислоты шейки матки в норме наблюдается следующая реакция эпителия:1. не изменяется;2. бледнеет;3. равномерно окрашивается в темно-коричневый цвет;4. покрывается белым налетом;5. становится рельефным, видны сосочки в виде «виноградинок» |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 245.Качественная реакция (проба Шиллера) обусловлена взаимодействием йода с содержащимся в многослойном эпителии шейки матки:1. гликогеном;2. белками;3. жирами;4. солями Са;5. иммуноглобулинами. |
|  | 246.Основным методом скринингового исследования для выявлениярака шейки матки является:1. биопсия с последующим гистологическим исследованием;2. простая кольпоскопия;3. цитологическое исследование мазков из экзо- и эндоцервикса;4. УЗИ;5. расширенная кольпоскопия. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 247.Назовите ведущий клинический симптом дисплазии и рака insitu шейки матки:1. тазовая боль;2. слизисто-гнойные бели;3. контактные кровотечения;4. ациклические маточные кровотечения;5.бесплодие. |
|  | 248. Диагноз внутриэпителиального рака шейки матки можетбыть установлен только на основании результатов:1. цервикоскопии;2. гистероскопии;3. расширенной кольпоскопии;4. лапароскопии;5. гистологического исследования биоптата шейки матки и соскобаэндоцервикса. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 249.В основе развития гиперплазии эндометрия лежит:1. хронический воспалительный процесс;2. гиперэстрогения;3. недостаточность лютеиновой фазы;4. длительный прием КОК;5. метаболические нарушения. |
|  | 250.Клинические проявления гиперплазии эндометрия:1. аномальные маточные кровотечения;2. астено-вегетативный синдром;3. аменорея;4. боль в нижних отделах живота;5. интоксикационный синдром. |

 |