

1. Наиболее благоприятным для родов через естественные родовые пути является:

1. Чисто-ягодичное предлежание
2. Ножное предлежание
3. Смешанное ягодичное предлежание
4. Коленное предлежание

2. При исследовании беременных и рожениц при помощи приемов Леопольда можно определить все, кроме:

1. Членорасположение плода
2. Раскрытие шейки матки
3. Положение плода
4. Позицию плода
5. Вид позиции плода

3. Отношение наиболее низко расположенной крупной части плода ко входу в таз - это:

1. Членорасположение
2. Положение
3. Вид
4. Предлежание
5. Позиция

4. К показаниям к кесареву сечению при тазовом предлежании плода не относится:

1. Масса плода более 3500-3600
2. Ножное предлежание
3. Узкий таз
4. Чисто-ягодичное предлежание

5. Операция кесарева сечения может быть выполнена:

1. Под комбинированным эндотрахеальным наркозом
2. В условиях спинальной анестезии
3. Под местной инфильтрационной анестезией
4. Может быть использован любой из вышеперечисленных методов

6. Абсолютным показанием для операции кесарева сечения является:

1. Выраженное варикозное расширение вен в области влагалища и вульвы
2. Неполноценный рубец на матке после оперативных вмешательств
3. Неполное предлежание плаценты с выраженным кровотечением при неподготовленных родовых путях
4. Клинически узкий таз
5. Все перечисленное выше

7. Наиболее часто гестоз развивается на фоне следующей экстрагенитальной патологии, все кроме:

1. Сахарный диабет
2. Гипертоническая болезнь
3. Ожирение
4. Почечная патология
5. Легочная патология

8. Для преэклампсии не характерно:

1. Головная боль
2. Тошнота, рвота
3. Боли в эпигастрии
4. Сердечно-сосудистая недостаточность
5. Нарушения зрения

9. Клиническими признаками эклампсии не является:

1. Тонические судороги

2. Клонические судороги с потерей сознания
3. Коматозное состояние
4. Остановка дыхания
5. Остановка сердечной деятельности

10. К особенностям ведения 1 периода родов у рожениц с гестозами относятся, все кроме:

1. Тщательное обезболивание
2. Раннее вскрытие плодного пузыря
3. Применение гипотензивных средств
4. Применение седативных средств
5. Постоянный мониторинг за состоянием плода

11. Основными моментами механизма родов при переднем виде затылочного предлежания являются:

1. Сгибание головки, внутренний поворот, разгибание головки, внутренний поворот плечиков
2. Сгибание головки, внутренний поворот, максимальное сгибание головки, разгибание головки, внутренний в поворот плечиков
3. Разгибание головки, внутренний поворот, сгибание головки, разгибание головки, внутренний поворот плечиков
4. Разгибание головки, внутренний поворот головки, сгибание головки, внутренний поворот плечиков

12. Продолжительность III периода родов составляет:

1. До 2 часов
2. 1 час
3. 30 минут
4. 15 минут

13. К особенностям ведения II периода родов у рожениц с гестозами относятся, все кроме:

1. Рассечение промежности
2. Управляемая нормотония ганглиоблокаторами
3. Введение метиэргометрина
4. Акушерские щипцы
5. Обезболивание

14. Укажите размеры общеравномерносуженного таза.

1. 22-25-29-18 см
2. 24-26-29-18 см
3. 25-28-31-20 см
4. 25-25-28-20 см
5. 26-28-31-20 см

15. Укажите размеры истинной конъюгаты при II степени сужения таза.

1. 13 -11 см
2. 11-9 см
3. 9-7см
4. 7-5 см
5. 5 и менее см

16. Какой форме сужения таза соответствуют размеры 27-27-31-18?

1. Общеравномерносуженный таз,
2. Простой плоский таз
3. Плоскорихитический таз
4. Поперечносуженный таз
5. Ни одному из перечисленных выше

17. Характерным осложнением во втором периоде родов при тазовом предлежании плода является: а) запрокидывание ручек плода за головку; б) поворот плода спинкой кпереди; в) разгибание головки плода; г) выпадение петли пуповины

1. а,б,в
2. а,в
3. б,г
4. г
5. а,б,в,г

18. К критериям нормальной КТГ относят: а) базальный ритм 120-160 уд/мин; б) амплитуда variability базального ритма 10-25 уд/мин; в) регистрируются 2 акцелерации и более за каждые 10 мин наблюдения; г) спорадические, ранние, короткие децелерации.

1. а,б,в
2. а,в
3. б,г
4. г
5. а,б,в,г

19. Беременность 32-33 недели. По данным УЗИ – неполное предлежание плаценты. Жалобы на значительные тянущие боли внизу живота. Тактика врача женской консультации:

1. наблюдение за беременной на дому с соблюдением постельного режима, назначением спазмолитиков и токолитиков;
2. динамический ультразвуковой контроль в амбулаторных условиях за процессом миграции плаценты
3. срочная госпитализация с назначением строго постельного режима, проведение терапии направленной на сохранение беременности и оптимизации функции фетоплацентарного комплекса
4. тактика врача зависит от состояния плода и самочувствия беременной
5. тактика врача зависит от результатов ультразвуковой диагностики

20. Проведение гипотензивной терапии у беременных преследует цель:

1. снижение систолического артериального давления до уровня нормальных цифр до исходных цифр до беременности
2. до цифр на 30 мм рт.ст., превышающих исходные до беременности
3. до цифр на 30 мм рт.ст., превышающих "рабочие" во время беременности
4. все перечисленное неверно

21. ДВС-синдром при акушерских осложнениях вызывается: а) грамотрицательной инфекцией чаще, чем грамположительной; б) несовместимостью крови при переливании; в) отслойкой плаценты; г) хирургическим вмешательством:

1. а,б,в
2. а,в
3. б,г
4. г
5. а,б,в,г

22. Во время беременности наблюдаются следующие изменения: а) повышается уровень фибриногена; б) объём плазмы увеличивается пропорционально массе эритроцитов; в) появление бета-фибриногена; г) объём крови увеличивается на 50%

1. а,б,в
2. а,в
3. б,г
4. г
5. а,б,в,г

23. Преэклампсия: а) служит противопоказанием для родов через естественные родовые пути; б) служит показанием к эпидуральной анестезии; в) может быть купирована сульфатом магния; г) может обуславливать трудную интубацию

1. а,б,в
2. а,в
3. б,в
4. г
5. а,б,в,г

24. Повторнородящая 36 лет. В анамнезе 2 аборта и 1 операция кесарева сечения по поводу ПОНРП. Доставлена в родильный дом с бурной родовой деятельностью. Внезапно появились кровянистые выделения из половых путей, боли внизу живота, АД снизилось до 85/45 мм рт.ст. Сердцебиения плода нет. Родовая деятельность прекратилась. Диагноз:

1. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
2. предлежание плаценты, кровотечение
3. разрыв матки
4. эмболия околоплодными водами
5. разрыв шейки матки

25. Через два часа после родов крупным плодом (4200 г) у роженицы внезапно появились боли в животе, отмечается выраженное вздутие живота, положительные симптомы раздражения брюшины, умеренные кровяные выделения из половых путей. АД 100/60 мм рт.ст. Пульс 90 уд. в мин., напряжен. Язык сухой. Матка плохо контурируется при пальпации. Предположительный диагноз:

1. парез кишечника
2. острый аппендицит
3. разрыв матки
4. перитонит
5. кишечная непроходимость

26. Особенности биомеханизма родов при поперечно-суженном тазе состоят в следующем:

1. может быть косое асинклитическое вставление головки плода
2. может быть высокое прямое стояние головки плода
3. головка плода может пройти все плоскости малого таза без своего внутреннего поворота
4. во всем перечисленном
5. ни в чем из перечисленного

27. Потуги при головке, прижатой ко входу в малый таз, и излившихся водах свидетельствуют:

1. об окончании первого периода родов
2. о начавшемся разрыве матки
3. о клинически узком тазе
4. об ущемлении передней губы шейки матки
5. обо всем перечисленном

28. Положительный симптом Вастена свидетельствует:

1. о крайней степени несоответствия головки плода и таза матери
2. об угрозе разрыва матки
3. о наличии тазового предлежания
4. о всем перечисленном
5. ни о чем из перечисленного

29. Клинически узкий таз – это:

1. остановка родов из-за утомления роженицы
2. упорная слабость родовой деятельности

3. дискоординация, переходящая в слабость схваток и потуг
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

30. Замедление скорости раскрытия шейки матки в родах может свидетельствовать:

1. о слабости родовой деятельности
2. о дискоординации родовой деятельности
3. о дистонии шейки матки
4. о ригидности шейки матки
5. обо всем перечисленном

31. Метод исследования не имеет диагностической ценности у больных миомой матки:

1. выскабливание полости матки и цервикального канала
2. УЗИ
3. зондирование полости матки
4. расширенная кольпоскопия
5. гистероскопия

32. Риск озлокачествления миомы матки у женщин в постменопаузе:

1. 0,1 – 0,25%
2. 15 – 17%
3. 30 – 40%
4. более 50%

33. У больных миомой матки чаще малигнизируются:

1. интерстициальные узлы
2. субсерозные узлы
3. субмукозные узлы
4. интралигаментарные узлы
5. интерстициально-субсерозные узлы

34. Быстрым ростом считается увеличение размеров матки за 1 год:

1. менее 1 недели
2. на 1 неделю
3. на 2 недели
4. на 3 недели
5. на 4 недели и более

35. Показанием к консервативному лечению миомы матки является:

1. субмукозная форма
2. некроз миоматозного узла
3. величина миомы матки 5 – 6 недель беременности
4. подозрение на озлокачествление
5. перекрут ножки узла

36. Предлежание плаценты в первом периоде родов следует дифференцировать с:

1. преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты
2. разрывом варикозно расширенного узла влагалища
3. ПОНРП и разрывом матки
4. всем перечисленным

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

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

38. Показанием к ручному отделению плаценты, как правило, является:

1. умеренные кровянистые выделения из половых путей при отсутствии признаков отделения плаценты
2. обильные кровянистые выделения из половых путей при наличии признаков отделения плаценты
3. длительное (30 минут) течение последового периода при отсутствии кровянистых выделений из половых путей
4. обильные кровянистые выделения из половых путей при отсутствии признаков отделения плаценты и длительное (более 30 минут) течение последового периода при отсутствии кровянистых выделений из половых путей
5. все перечисленное

39. Клиническая картина при предлежании плаценты, как правило, характеризуется: а) возникновением кровотечения из половых путей; б) повторяемостью кровотечения из половых путей; в) высоким процентом косых и поперечных положений плода; г) высоким процентом преждевременных родов

1. а,б,в
2. а,в
3. б,г
4. г
5. а,б,в,г

40. Специфические особенности анамнеза гинекологических больных:

1. сведения о менструальной и секреторной функции
2. сведения о гемотрансфузии
3. сведения об образовании
4. сведения о профессии
5. наличие аллергических реакций

41. Антропометрическое исследование в гинекологии используется для диагностики:

1. экстрагенитальных заболеваний
2. эндокринных нарушений
3. опухолей
4. воспалительных процессов
5. заболеваний нервной системы

42. Типичные жалобы гинекологических больных:

1. боли, бели, кровотечения
2. повышение температуры
3. бесплодие
4. тошнота, рвота
5. головная боль

43. Бимануальное влагалищно-абдоминальное исследование матки не дает представления о:

1. положении матки
2. величине матки
3. подвижности матки
4. внутренней структуре
5. консистенции матки

44. При бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании неизменные маточные трубы пальпируются в виде:

1. тяжей
2. шнуров
3. колбасовидных образований
4. не пальпируются
5. четок

45. Наиболее информативный метод обследования для определения патологического состояния шейки матки:

1. лапароскопия
2. расширенная кольпоскопия
3. осмотр шейки матки с помощью зеркал
4. двуручное влагалищно-абдоминальное исследование
5. МРТ

46. Наиболее информативный метод исследования эндометрия:

1. гистеросальпингография
2. гистероскопия
3. гистероскопия с выскабливанием слизистой полости матки с последующим гистологическим исследованием
4. аспирационная биопсия
5. пункция заднего свода влагалища

47. Производственный фактор, воздействие которого на работающего в Концентрация вредных веществ, которая при каждодневной работе в течение определенной продолжительности часов, в течение всего рабочего стажа не может вызывать заболеваний или отклонений состояния здоровья называется:

1. Средняя пороговая
2. Пороговая
3. Предельно допустимая
4. Опасная
5. Безопасная

48. Диагностическое выскабливание полости матки проводится в дни менструального цикла:

1. после менструации
2. на 7-й день менструального цикла
3. на 14-й день менструального цикла
4. накануне менструации
5. не зависит от дня цикла

49. Для выяснения деятельности функции яичников используются тесты функциональной диагностики за исключением:

1. состояния влагалищной слизи
2. базальной температуры
3. мазков на флору
4. симптома «зрачка»
5. симптома «папоротника»

50. Тесты функциональной диагностики имеют значение при оценке:

1. характера воспалительного процесса придатков матки
2. гормональной функции яичников
3. состояния шейки матки
4. проходимости маточных труб
5. наличия опухолей матки

51. Симптом «зрачка» свидетельствует о преобладании влияния гормонов:

1. прогестерона
2. андрогенов
3. эстрогенов
4. лютеинизирующего гормона
5. пролактина

52. Процент кариопикнотического индекса в период овуляции составляет:

1. 5-10%
2. 11-25%

3. 16-37%
4. 60-80%
5. 1-2%

53. Повышение (выше 37 °С) базальной температуры при овуляторном менструальном цикле наблюдается:

1. сразу после менструации
2. на 7-й день менструального цикла в 1-й пик эстрогенов
3. в середине менструального цикла
4. во 2-ю фазу менструального цикла
5. накануне менструации

54. В каком размере вступает головка плода во вход в малый таз при переднем виде затылочного предлежания:

1. Прямом
2. Правом косом
3. Поперечном
4. Косом и поперечным
5. Левом косом

55. Каким размером прорезывается головка при заднем виде затылочного предлежания:

1. Прямым
2. Малым косым
3. Средним косым
4. Большим косым
5. Вертикальным

56. Целью инфузионной терапии тяжелых форм гестоза является все, кроме:

1. снятия генерализованного спазма
2. назначения диуретиков
3. улучшения микроциркуляции жизненно важных органов
4. коррекции водно-электролитного обмена
5. управляемой гемодиллюции

57. Показаниями для проведения дискретного плазмафереза в акушерской практике являются: а) острый жировой гепатоз; б) припадок судорог; в) HELLP-синдром; г) постэкламптическая кома

1. а,б,в
2. а,в
3. б,г
4. г
5. а,б,в,г

58. Содержимое мазка на наличие гонококка у женщин берется из:

1. цервикального канала и влагалища
2. влагалища
3. уретры и цервикального канала
4. влагалища и уретры
5. цервикального канала и заднего прохода

59. Гинекологическое обследование девочки проводится с помощью:

1. кольпоскопии
2. гистероскопии
3. вагиноскопии
4. осмотра с помощью зеркал
5. гистеросальпингографии

60. Обследование внутренних половых органов девочки проводится с помощью:

1. бимануального исследования

2. ректально-абдоминального исследования
3. лапароскопии
4. рентгенографии брюшной полости
5. гистероскопии

61. Лапароскопия не уточняет диагноз при:

1. внематочной беременности
2. апоплексии яичника
3. воспалительных процессах в придатках матки
4. внутреннем эндометриозе
5. опухоли яичника

62. Наиболее информативно в дифференциальной диагностике между миомой матки и опухолью яичника:

1. двуручное влагалищное исследование
2. УЗИ
3. проба с пулевыми щипцами
4. лапароскопия
5. гистероскопия

63. Под воздействием 17-оксипрогестерона капроната происходит всё, кроме:

1. снижение митотической активности железистого эпителия;
2. секреторная трансформация эндометрия;
3. снижение тонуса матки и маточных труб;
4. стимулирует развитие концевых элементов молочной железы;
5. стимулирует образование гонадотропных гормонов.

64. Показанием для проведения лапароскопии в плановом порядке:

1. диагностика проходимости маточных труб
2. установление причин внутрибрюшного кровотечения
3. дифференциальная диагностика гинекологического и хирургического заболевания
4. подозрение на перфорацию матки
5. перекрут ножки опухоли придатков матки

65. Метод кольпоскопии позволяет выявить патологические изменения:

1. эндоцервикса
2. эктоцервикса
3. бартолиниевой железы
4. слизистой уретры
5. эндометрия

66. Гистероскопия позволяет уточнить диагноз при:

1. внематочной беременности
2. апоплексии яичника
3. воспалительных процессах в придатках матки
4. внутреннем эндометриозе
5. подбрюшинной миоме матки

67. Для лечения кандидозного кольпита применяют:

1. Антибиотики
2. Клион-Д
3. Настой календулы
4. Спринцевания
5. Сульфаниламиды

68. Больным с кистой бартолиниевой железы рекомендуется:

1. УФО
2. лечение только в стадию обострения воспалительного процесса
3. оперативное лечение: вылушивание кисты бартолиниевой железы в стадию ремиссии

4. санаторно-курортное лечение

5. УВЧ

69. Для пельвиоперитонита гонорейной этиологии характерны:

1. склонность к образованию спаек и сращений

2. чаще отмечается распространенный процесс

3. наличие симптомов раздражения брюшины в нижних отделах живота

4. склонность к септикопиемии

5. abortивное течение

70. При сформировавшемся гнойном воспалительном образовании придатков матки показано:

1. пункция образования через задний влагалищный свод, опорожнение гнойной полости и введение в нее антибиотиков

2. хирургическое лечение

3. терапия пирогеналом

4. терапия гоновакциной

5. электрофорез цинка по брюшно-крестцовой методике

71. При туберкулезе половых органов первичный очаг наиболее часто локализуется:

1. в лёгких

2. в костях

3. в мочевыделительной системе

4. в лимфатических узлах

5. на брюшине

72. В каком возрастном периоде наиболее часто выявляют туберкулёз внутренних половых органов:

1. в периоде детства

2. в пубертатном периоде

3. в репродуктивном периоде

4. в пременопаузальном периоде

5. в постменопаузальном периоде

73. Для гонококков характерны следующие признаки:

1. положительная окраска по Граму

2. тропность к многослойному плоскому эпителию

3. внутриклеточное расположение

4. шарообразная форма

5. внеклеточное расположение

74. Восходящая гонорея - это поражение:

1. уретры

2. цервикального канала

3. маточных труб

4. миндалин

5. яичников

75. Какие признаки соответствуют I степени чистоты влагалищного мазка:

1. единичные лейкоциты

2. обильная кокковая флора

3. внутриклеточные грам-отрицательные диплококки

4. отсутствие палочек Додерлейна

5. наличие трихомонад

76. Продолжительность нормального менструального цикла:

1. 21 - 35 дней

2. 28 - 40 дней;

3. 3 - 7 дней

4. 280 дней;

5. 14 - 28 дней

77. Средняя кровопотеря во время нормальной менструации составляет:

1. 200 - 250 мл;
2. 100 - 150 мл;
3. 20 - 30 мл;
4. 50 - 70 мл;
5. 150 - 200 мл.

78. Десквамация функционального слоя эндометрия происходит вследствие:

1. «пикового» выброса лютеотропина;
2. снижение уровня эстрогенов и прогестерона в крови
3. снижения уровня пролактина в крови;
4. повышения уровня эстрадиола в крови;
5. «пикового» выброса фоллитропина.

79. 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. овуляция;
5. овуляция и наличие полноценной лютеиновой фазы цикла.

80. Какой основной из тестов функциональной диагностики свидетельствует о наличии двухфазного менструального цикла?

1. Симптом зрачка.
2. Кариопикнотический индекс.
3. Базальная термометрия.
4. Симптом «папоротника».
5. Симптом натяжения слизи.

81. Тест измерения базальной температуры основан на гипертермическом эффекте:

1. эстрадиола;
2. простагландинов;
3. прогестерона;
4. ЛГ;
5. ФСГ.

82. Выраженное и длительное (более 16 дней) повышение базальной температуры во второй фазе менструального цикла свидетельствует (выберите неверный ответ):

1. о гипертермическом действии прогестерона
2. о происшедшей овуляции
3. о наличии функционально активного желтого тела
4. о фазе пролиферации
5. о наступлении беременности.

83. При нормальном менструальном цикле не происходит

1. овуляция
2. образование желтого тела в яичнике
3. преобладание гестагенов во второй фазе цикла
4. атрезии фолликулов
5. образование доминантного фолликула

84. «Пик» лютеотропина в середине менструального цикла является следствием:

1. значительного повышения уровня пролактина в крови;
2. уменьшения выработки фоллитропина;
3. уменьшения выработки гонадотропин-релизинг-гормона;
4. снижения уровня эстрогенов и прогестерона;
5. значительного повышения уровня эстрадиола.

85. Для I патогенетического варианта рака эндометрия характерно, все кроме:

1. Сахарного диабета, ожирения, артериальной гипертензии
2. Высокой дифференцировки опухоли
3. Медленной прогрессии, позднего метастазирования и потери дифференцировки
4. Частого синхронного и метасинхронного возникновения рака молочной железы, яичников, толстого кишечника
5. Низкой чувствительности к прогестинам

86. Разрыв кисты желтого тела чаще происходит в:

1. Первые дни менструального цикла
2. Середине менструального цикла
3. Вторую фазу менструального цикла

87. Какой метод в диагностике эктопической беременности наиболее точен:

1. Определение хорионического гонадотропина в крови
2. Лапараскопия
3. УЗИ органов малого таза
4. Биопсия эндометрия
5. Пункция брюшной полости через задний свод

88. Наиболее характерные изменения эндометрия при внематочной беременности:

1. Атрофия
2. Пролиферация
3. Железисто-кистозная гиперплазия
4. Децидуальная трансформация
5. Эндометриальный полип

89. Какая из опухолей яичников наиболее часто подвергается малигнизации?

1. Фиброма
2. Муцинозная цистаденома
3. Серозная цистаденома
4. Текома
5. Тератома

90. Наиболее частое осложнение при доброкачественных опухолях яичников?

1. Перекрут ножки опухоли
2. Кровоизлияние в полость опухоли
3. Разрыв капсулы
4. Нагноение содержимого
5. Сдавление соседних органов

91. Объем оперативного вмешательства при раке яичников II-III стадии?

1. Расширенная экстирпация матки (операция Вертгейма)
2. Экстирпация матки с придатками с одновременной резекцией большого тальника
3. Надвлагалищная ампутация матки с придатками
4. Пангистерэктомия
5. Аднексэктомия с обеих сторон

92. Симптомы субмукозного расположения миоматозного узла, все кроме:

1. Волевой симптом
2. Альгодисменорея
3. Меноррагия
4. Вторичное бесплодие
5. Железодифицитная анемия

93. Оптимальные методы оперативного лечения больных с отдельным субсерозным узлом это:

1. Трансцервикальная консервативная миомэктомия
2. Лапароскопия суправагинальная ампутация матки
3. Лапаротомия суправагинальная ампутация матки
4. Лапароскопия консервативная миомэктомия

94. Наиболее информативный метод диагностики рождающегося миоматозного узла:

1. Трансвагинальная эхография
2. Осмотр шейки матки в зеркалах
3. Рентгенотелевизионная гистеросальпингография
4. Гистероскопия
5. Лапароскопия

95. Тканями-мишенями для половых стероидных гормонов не является:

1. слизистая оболочка влагалища;
2. железистые структуры молочных желез;
3. эндометрий;
4. фолликулы кожи;
5. желудочно-кишечный тракт.

96. Основными стероид продуцирующими тканями яичников являются:

1. гранулёза, текальная оболочка;
2. белочная оболочка;
3. строма яичника;
4. поверхностный и стромальный эпителий;
5. связочный аппарат яичников.

97. Укажите механизм действия эстрогенов при проведении гормонального гемостаза - всё перечисленное верно кроме:

1. активная пролиферация эндометрия;
2. повышение тонуса миометрия;
3. повышение тонуса маточных труб;
4. блокада фоллитропина и нормализация соотношения лютеотропин/фоллитропин;
5. отторжение (десквамация) эндометрия

98. К факторам риска развития рака эндометрия относят, все кроме:

1. Сахарный диабет
2. Бесплодие эндокринного генеза
3. Ожирение, артериальную гипертензию
4. Наследственную отягощенность по онкозаболеваниям молочной железы, яичников, толстого кишечника, эндометрия
5. Беспорядочную половую жизнь

99. Продолжительность III периода родов составляет:

1. До 2 часов
2. 1 час
3. 30 минут
4. 15 минут

100. Патологические изменения в организме плода у беременных с сифилисом формируются:

1. До 12 недель гестации
2. После 20 недель
3. К 30 неделям
4. К 38-40 неделям

101. Основным путем инфицирования новорожденного вирусом простого герпеса считают:

1. Антенатальный
2. Интранатальный
3. Постнатальный (при грудном вскармливании)
4. Все вышеперечисленное верно

102. Для лечения хламидиоза при беременности допустимо применение:

1. Нитрофуранов
2. Пенициллинов

3. Тетрациклинов

4. Макролидов

103. Для профилактики гонококковой офтальмии у новорожденных используют:

1. Альбуцид

2. Эритромициновую мазь

3. Все вышеперечисленное

4. Ничего из вышеперечисленного

104. К развитию гемолитической болезни плода и новорожденного приводят следующие продукты внутрисосудистого гемолиза у плода:

1. Непрямой билирубин

2. Прямой билирубин

3. Прямой и непрямой билирубин

105. У беременной 28 лет с ревматическим митральным пороком сердца (стеноз митрального клапана) II ст. при сроке беременности 26 недель имеет место клиника активно текущего ревмокардита. Тактика врача акушера-гинеколога:

1. пролонгирование беременности на фоне лечения ревмакардита

2. прерывание беременности после проведенного лечения ревмакардита

3. немедленное прерывание беременности

4. продолжить лечение и дальнейшее обследование беременной

5. продолжить лечение и родоразрешить ближе к сроку родов

106. При биохимическом исследовании крови беременных острым жировым гепатозом выявляются: а) гипербилирубинемия за счёт прямой фракции; б) невыраженная тромбоцитопения; в) гипопротеинемия; г) незначительный прирост трансаминаз

1. а,б,в

2. а,в

3. б,г

4. г

5. а,б,в,г

107. HELLP-синдром клинически может проявляться: а) клиникой преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты; б) разрывом печени с кровотечением в брюшную полость; в) коагулопатическим кровотечением; г) быстрым формированием печеночно-почечной недостаточности

1. а,б,в

2. а,в

3. б,г

4. г

5. а,б,в,г

108. Диагностическими критериями ДВС-синдрома при акушерских кровотечениях являются: а) уровень фибриногена меньше 50 мг/100 мл; б) число тромбоцитов меньше 150000; в) протромбиновое время больше 25 с; г) наличие продуктов деградации фибрина

1. а,б,в

2. а,в

3. б,г

4. г

5. а,б,в,г

109. Во время беременности наблюдаются следующие изменения со стороны сердечно-сосудистой системы: а) сердечный выброс увеличивается с 6-й недели беременности; б) с 20-й недели беременности возможна обструкция нижней полой вены; в) пиковый сердечный выброс (на 30% выше исходного) наблюдается не ранее,

чем на 38-й неделе беременности; г) ударный объём сердца увеличивается в большей мере, чем частота сердечных сокращений

1. а,б,в
2. а,в
3. б,г
4. г
5. а,б,в,г

110. Беременная 35 лет, при сроке беременности 36-37 недель предъявляет жалобы на головную боль, нарушение зрения, тошноту. При обследовании выявлены выраженные отёки нижних конечностей, лица, АД – 170/110 мм рт. ст. В анализе мочи – альбуминурия 8,1%. Родовой деятельности нет. Положение плода продольное. Предлежит тазовый конец плода. Предполагаемая масса плода 2800 г. При влагалищном исследовании – шейка матки незрелая. Определите правильную акушерскую тактику:

1. родоразрешить женщину путем операции кесарева сечения в экстренном порядке с предоперационной подготовкой
2. на фоне проведения комплексной терапии гестоза пролонгировать беременность
3. на фоне проведения комплексной терапии гестоза приступить к родовозбуждению простагландинами
4. уточнить степень тяжести гестоза путём доплерометрии и затем решить вопрос о дальнейшей тактике
5. родоразрешить путем кесарева сечения в плановом порядке после дообследования и уточнения диагноза

111. Для HELLP-синдрома характерны: а) тромбоцитопения; б) повышение уровня трансаминаз; в) гемолиз; г) острая сердечная недостаточность

1. а,б,в
2. а,в
3. б,г
4. г
5. а,б,в,г

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

1. общеравномерносуженного
2. общесуженного плоского
3. простого плоского
4. поперечносуженного
5. плоско-рахитического

113. Выбор метода родоразрешения в пользу кесарева сечения осуществляют, как правило, если имеется следующее вставление головки плода:

1. передний асинклитизм
2. задний асинклитизм
3. высокое прямое вставление стреловидного шва (при поперечно-суженном тазе)
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

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

1. переднеголового
2. лобного
3. лицевого

4. затылочного, передний вид

5. затылочного, задний вид

115. К пособию по методу Цовьянова при чистом ягодичном предлежании плода приступают, когда:

1. прорезывается передняя ягодица

2. прорезывается задняя ягодица

3. плод рождается до пупочного кольца

4. плод рождается до угла лопаток

5. прорезываются обе ягодицы

116. Повторнобеременная, первородящая, 28 лет. В анамнезе 2 самопроизвольных выкидыша. В родах – 14 часов. Открытие шейки 6 см. Предлежание – тазовое. Безводный промежуток 10 ч. На КТГ – гипоксия плода. Схватки редкие, короткие, слабые. Показана следующая акушерская тактика:

1. начать антибактериальную терапию

2. провести профилактику асфиксии плода

3. начать стимуляцию родовой деятельности

4. произвести операцию кесарева сечения

5. ничего из перечисленного

117. Особенностью кровотечения при предлежании плаценты является:

1. болезненность матки при пальпации

2. наружного кровотечения может и не быть

3. имеются признаки внутрибрюшного кровотечения

4. все перечисленное

5. ничего из перечисленного

118. 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

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

1. состояние родовых путей

2. состояние плода

3. кровопотерю

4. состояние свертывающей системы крови

5. все перечисленное

120. При обращении в женскую консультацию беременной с жалобами на кровянистые выделения из половых путей (во второй половине беременности) тактика акушера-гинеколога должна быть следующей: а) произвести осторожный общий осмотр; б) произвести осторожное наружное акушерское исследование; в) немедленно направить беременную в родильный дом; г) организовать наблюдение за беременной в дневном стационаре (в женской консультации)

1. а,б,в

2. а,в

3. б,г

4. г

5. а,б,в,г

121. Основной клинический признак задержки полового развития:

1. гиперменорея

2. полименорея

3. олигоменорея
4. альгоменорея
5. ПМС

122. Лечение больных с синдромом истощения яичников должно быть направлено:

1. на стимуляцию функции яичников
2. на получение менструальноподобной реакции
3. на уменьшение выраженности вегето-сосудистых расстройств
4. восстановление фертильной функции
5. стимуляцию функции подкорковых центров

123. Методы исследования, используемые обычно при ДМК:

1. гистероскопия с диагностическим выскабливанием полости матки
2. ректороманоскопия
3. лапароскопия
4. кольпоскопия

124. Гипоталамус вырабатывает следующие гормоны:

1. гонадотропины
2. эстрогены
3. гестагены
4. рилизинг-факторы
5. окситоцин

125. Диагностические критерии дисфункционального маточного кровотечения на фоне недостаточности лютеиновой фазы менструального цикла:

1. на графике базальной температуры отмечается стойкий подъем до 37,3-37,5°C во второй фазе цикла
2. отсутствие кровотечения типа меноррагии
3. в соскобе эндометрия за 2-3 дня до менструации - картина "смешанного" эндометрия
4. нет снижения базальной температуры при затянувшемся менструальном кровотечении
5. повышение уровня тестостерона в крови

126. У больных с дисфункциональным маточным кровотечением на фоне персистенции зрелого фолликула отмечаются следующие клинические проявления:

1. частые менструации
2. обильное кровотечение после предшествующей задержки менструации
3. отсутствие аменореи
4. схваткообразные боли внизу живота на фоне кровотечения
5. двухфазный цикл

127. При остеопорозе у больных с климактерическим синдромом рекомендуется применять:

1. чистые эстрогены или комбинацию эстрогенов с андрогенами
2. глюкокортикоиды
3. гестагены
4. андрогены
5. агонисты рилизинг-гормонов

128. Для корригирующей терапии у больных с дисфункциональным маточным кровотечением климактерического периода применяют:

1. глюкокортикоиды
2. инсулин
3. тестостерон-пропионат
4. эстрадиол-дипропионат
5. КОК

129. Гиперстимуляция яичников на фоне бесконтрольного применения кломифена обычно проявляется:

1. в болезненном увеличении яичников в размерах и меноррагии
2. увеличении щитовидной железы
3. инсулинрезистентности
4. в явлениях вирилизации
5. ожирении

130. Ановуляторные дисфункциональные маточные кровотечения необходимо дифференцировать с:

1. беременностью (прогрессирующей)
2. начавшимся самопроизвольным выкидышем
3. подбрюшинной миомой матки
4. кистой яичника
5. пиосальпиксом

131. Для синдрома резистентных яичников характерно:

1. снижение уровня эстрогенов значительно ниже нормы
2. отсутствие менструаций
3. повышение базального уровня ФСГ и ЛГ
4. резкое снижение веса
5. инсулинрезистентность

132. Для синдрома поликистозных яичников характерно наличие:

1. формирования фигуры по мужскому типу
2. гиперполименореи
3. сохранение фертильной функции
4. двустороннего увеличения яичников
5. кахексии

133. Важнейшими УЗ-диагностическим признаком поликистозных яичников является:

1. уменьшение объёма яичников в 2 раза и более
2. наличие утолщенной оболочки с множеством расположенных под ней кистозных структур диаметром 5-8 мм
3. наличие гипоплазии стромальной ткани в центральной части яичников
4. нормальный фолликулогенез
5. овуляция

134. Этиологические факторы дисфункциональных маточных кровотечений:

1. нерациональное питание
2. черепно-мозговая травма
3. интоксикация и инфекция
4. опухоли яичников
5. опухоль матки

135. К причинам дисфункциональных маточных кровотечений в климактерическом периоде относят:

1. аденокарциному
2. подслизистую миому
3. гиперплазию эндометрия, вызванную гормонопродуцирующей опухолью
4. климактерическую метропатию
5. воспалительный процесс гениталий

136. Из дополнительных методов исследования при диагностике дисфункциональных маточных кровотечений менее информативны:

1. гормоны в крови
2. УЗИ
3. лапароскопия

4. диагностическое выскабливание
5. гормоны в моче

137. При лечении ювенильного кровотечения редко применяется:

1. комплексная симптоматическая терапия
2. гормональный гемостаз
3. регуляция менструального цикла
4. выскабливание полости матки
5. витаминотерапия

138. Выскабливание эндометрия следует производить при:

1. ювенильном маточном кровотечении
2. подозрении на рак сигмовидной кишки
3. гиперплазии эндометрия
4. подозрении на эндомиометрит
5. подозрении на эктопическую беременность

139. К фоновым заболеваниям эндометрия по классификации ВОЗ относится:

1. дисплазия шейки матки
2. полип цервикального канала
3. железисто-кистозная гиперплазия эндометрия
4. атипичная гиперплазия эндометрия
5. канцероматоз

1. Тератома

140. Отличие международной классификации CIN (I,II,III) от отечественной (дисплазии I,II,III, внутриэпителиального рака) заключается в:

1. объединении всех степеней Д
2. выделении внутриэпителиального рака в самостоятельную группу
3. объединении ДI и ДII
4. объединении ДII и ДIII
5. объединении ДIII и внутриэпителиального рака

141. Типы вируса папилломы человека считаются наиболее онкогенными для развития дисплазии и рака шейки матки:

1. 6, 11
2. 16, 18
3. 31, 33
4. 6, 11, 31, 33
5. 42

142. К фоновым процессам покровного эпителия шейки матки относятся:

1. эктопия
2. эктропион
3. истинная эрозия
4. простая основа лейкоплакии
5. дискератоз

143. Дисплазии шейки матки характеризуются:

1. нарушением дифференцировки клеток эпителия
2. нарушением слоистости эпителия
3. нарушением полярности ядер клеток эпителия
4. атипией клеток эпителия
5. повышенной кровоточивостью

144. Крауроз и лейкоплакия вульвы чаще встречаются у женщин в возрасте:

1. 31-40 лет
2. 41-50 лет
3. 51-60 лет
4. 61-70 лет

5. независимо от возраста

145. Современные исследования позволяют выделить патогенетические типы гиперпластических процессов и рака эндометрия:

1. первый, второй
2. третий, четвертый
3. смешанный
4. неклассифицируемый
5. атипичный

146. Клинические проявления гиперпластических процессов у женщин в репродуктивном периоде:

1. ациклические кровотечения по типу меноррагии
2. аменорея
3. регулярный двухфазный цикл
4. опсоменорея
5. синдром резистентных яичников

147. Тесты функциональной диагностики, указывающие на гиперэстрогению:

1. кариопикнотический индекс 20-30%
2. длина растяжения цервикальной слизи 3-4 см
3. I тип влагалищного мазка
4. атрофический эндометрий
5. выраженный «симптом зрачка»

148. О наличии гиперпластического процесса и рака эндометрия можно судить на основании:

1. цитологического исследования пунктата из заднего свода влагалища
2. обзорной рентгенограммы брюшной полости
3. гистероскопии с отдельным диагностическим выскабливанием полости матки
4. кольпоскопии
5. лапароскопии

149. Для железистой гиперплазии эндометрия характерны следующие морфологические изменения:

1. большое число желез с пролиферацией базального слоя
2. железы правильной формы
3. циклические изменения в эпителии желез
4. железы не расширены
5. атрофия эндометрия

150. К предраку шейки матки относится:

1. лейкоплакия с атипией
2. эктопия
3. папиллома
4. ретенционные кисты
5. полип

151. Гормональный гемостаз эффективен при маточных кровотечениях, обусловленных:

1. ановуляцией;
2. задержкой остатков плодного яйца в полости матки;
3. при кровотечениях связанных с опухолевыми процессами;
4. миомой матки с подслизистым расположением узла
5. патологией свертывающей системы крови.

152. Какие патологические изменения эндометрия возможны у больных с рецидивирующими ановуляторными маточными кровотечениями - все, перечисленные, кроме:

1. железисто-кистозная гиперплазия;

2. атипическая гиперплазия;
3. эндометриальный полип;
4. аденокарцинома;
5. атрофия эндометрия.

153. Для профилактики рецидивов дисфункциональных маточных кровотечений в репродуктивном периоде применяют - всё, кроме:

1. препараты, стимулирующие овуляцию;
2. комбинированные эстроген-гестагенные препараты;
3. «чистые» гестагены;
4. циклическую гормональную терапию;
5. препараты, приводящие к аменорее.

154. Женщины с ДМК не составляют группу риска:

1. по невынашиванию и перенашиванию беременности
2. по развитию плацентарной недостаточности и аномалиям родовых сил
3. по развитию опухолей гениталий
4. по развитию опухолей молочных желез
5. по развитию опухолей костной ткани.

155. При терапии ДМК у больных климактерического возраста проводят следующие мероприятия, кроме:

1. проведение раздельного лечебно-диагностического выскабливания матки для верификации диагноза
2. терапия, направленная на подавление функции яичников
3. лечение сопутствующей соматической патологии
4. восстановление менструальной функции
5. лечение анемии

156. Методы исследования, используемые обычно при ДМК

1. ТФД
2. гистероскопия
3. диагностическое выскабливание матки
4. лапароскопия
5. УЗИ гениталий.

157. Механизм контрацептивного действия подкожных имплантатов (норпланта) основан на следующих механизмах кроме:

1. подавлении овуляции;
2. уменьшении количества и повышении вязкости шеечной слизи;
3. способности вызывать преждевременный лютеолиз;
4. снижение тонуса матки и маточных труб;
5. снижение подвижности сперматозоидов.

158. В состав инъекционных контрацептивов входят:

1. прогестагены пролонгированного действия;
2. конъюгированные эстрогены;
3. микродозы прогестагенов;
4. антиандрогены;
5. антигонадотропины.

159. К монофазным комбинированным эстроген-гестагенным препаратам относят всё кроме:

1. «Фемоден»;
2. «Нон-овлон»;
3. «Марвелон»;
4. «Дюфастон»
5. «Ригевидон»

160. В диагностике патологии эндометрия в качестве скрининг-методов используют:

1. Цитологическое исследование аспиратов из полости матки и трансвагинальную эхографию
2. Метросальпингографию и гистероскопию
3. Гинекологическое исследование
4. Радиоизотопное исследование

161. При лечении пациенток с железистой гиперплазией эндометрия в постменопаузе предпочтительным является:

1. Гормонотерапия синтетическими прогестинами
2. Гормонотерапия эстроген-гестагенными препаратами
3. Прием антиэстрогенов (тамоксифена)
4. Оперативное лечение
5. Гистерорезекция эндометрия

162. Для лечения пролиферативных процессов эндометрия у пациенток пременопаузального периода применяют:

1. Низкодозированные комбинированные эстрогенгестагенные препараты
2. Синтетические прогестины в непрерывном режиме
3. Агонисты гонадотропин-релизинг гормона
4. Андрогены

163. Ложная аменорея может быть обусловлена:

1. атрезией канала шейки матки
2. аплазией тела матки
3. дизгенезией гонад

164. О какой форме аменореи свидетельствует отрицательный результат функциональной пробы с комбинированными эстроген-гестагенными препаратами:

1. гипоталамической
2. гипофизарной
3. яичниковой
4. маточной

165. При взаимодействии гипоталамуса, гипофиза и яичников в регуляции менструального цикла:

1. одно звено (вышележащее) стимулирует функцию другого звена (нижележащего)
2. нижележащее звено тормозит или регулирует функцию вышележащего
3. функция звеньев синхронна
4. выключение одного звена нарушает всю систему в целом
5. все вышеперечисленное

166. ФСГ стимулирует:

1. рост фолликула в яичнике
2. продукцию кортикостероидов
3. продукцию ТТГ в щитовидной железе
4. синтез прогестерона
5. функцию желтого тела

167. ЛГ способствует:

1. овуляции
2. образованию желтого тела
3. трофическому воздействию на желтое тело
4. секреции эстрогенов
5. все вышеперечисленное

168. ЛТГ:

1. оказывает трофическое воздействие на желтое тело
2. стимулирует секрецию прогестерона
3. обладает лактогенным действием
4. подавляет секрецию ФСГ

5. все из перечисленного

169. Назовите наиболее часто встречающуюся форму гемолитической болезни плода:

1. Анемическая
2. Желтушная
3. Желтушно-анемическая
4. Отечная

170. Признаки отделения плаценты в 3 периоде родов выявляются при:

1. Ущемлении отделившегося последа
2. Задержке в матке уже отделившегося последа
3. Частичном плотном прикреплении или истинном приращении плаценты

171. Для выделения последа, задержавшегося в матке после отделения наиболее целесообразно использовать прием:

1. Кюстнера-Чукалова
2. Креде-Лазаревича
3. Абуладзе

172. Нарушение отделения детского места при плотном прикреплении плаценты происходит вследствие:

1. Прорастания ворсин хориона в мышечный слой матки
2. Гипотонии матки
3. Прорастания ворсин хориона в компактный слой отпадающей оболочки

173. При полном плотном прикреплении или полном истинным приращении плаценты кровотечение из матки:

1. Обильное
2. Умеренное
3. Отсутствует

174. При истинном приращении плаценты следует:

1. Продолжить (осторожно) ручное отделение плаценты
2. Выделить послед приемом Креде-Лазаревича
3. Отказаться от продолжения ручного отделения последа и удалить матку

175. Роженица в последовом периоде расценивается как пациентка:

1. Нетранспортабельная
2. Транспортабельная
3. Амбулаторная

176. Допустимая продолжительность последового периода при отсутствии кровотечения и признаков отделения плаценты:

1. 10 мин.
2. 30 мин.
3. 1 час

177. При отсутствии кровотечения и признаков отделения последа в 3 период родов необходимо:

1. Выбрать выжидательную тактику
2. Произвести ручное отделение плаценты и выделение последа
3. Использовать прием Креде-Лазаревича для выделения последа

178. Причинами острой гипоксии плода во время беременности могут быть, все кроме:

1. Разрывы матки
2. Отслойка нормально расположенной плаценты
3. Образование интраплацентарного тромбоза
4. Затягивание истинных узлов и патологии пуповины
5. Воздействие вредных факторов на плод

179. Для профилактики РДС проводят введение:

1. Кортикостероидов

2. Дыхательных аналептиков

180. Прием Кюстнера-Чукалова заключается в:

1. Надавливании кулаком на углы матки
2. Надавливании ребром ладони над лоном
3. Выделении последа потягиванием за пуповину

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

1. I
2. II
3. III
4. IV

182. Основными причинами возникновения клинически узкого таза являются:

1. анатомическое сужение таза
2. крупный плод
3. заднетеменной асинклитизм
4. переносная беременность
5. все перечисленные

183. Роды при I степени клинически узкого таза характеризуются следующим

1. биомеханизм родов соответствует форме таза
2. длительность родового акта больше обычной
3. симптом Вастена отрицательный
4. выраженная конфигурация головки
5. всем перечисленным

184. Наличие критических сроков обострения ревматизма во время беременности связано:

1. с ростом плода
2. с повышением нагрузки на сердце
3. с развитием гиперволемии
4. с развитием анемии
5. с плацентацией

185. Наиболее опасным в отношении возникновения сердечной недостаточности во время беременности и родов является:

1. выраженный митральный стеноз
2. выраженный аортальный стеноз
3. синдром Эйзенменгера
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

186. Первые признаки начинающейся сердечной декомпенсации у беременной с заболеванием сердца проявляются:

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

187. Кесарево сечение показано:

1. при недостаточности кровообращения ПБ-III стадии
2. при септическом эндокардите
3. при острой сердечной недостаточности в I периоде родов
4. при всем перечисленном
5. ни при чем из перечисленного

188. Во время родов женщины с сердечной недостаточностью должны находиться:

1. в горизонтальном положении
2. с приподнятым ножным концом

3. в полусидячем положении
4. лежа на боку

189. 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 см

190. Развитию низкой плацентации способствуют следующие изменения в матке, кроме

1. дистрофических
2. воспалительных
3. рубцовых
4. пролиферативных

191. Особенностью кровотечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты является:

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

192. При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты роженице показано:

1. родостимуляция окситоцином
2. родостимуляция простагландинами
3. введение метилэргометрина капельно внутривенно
4. введение гинипрала (массивный токолиз)
5. ничего из перечисленного

193. Рвота беременных как проявление раннего токсикоза чаще всего развивается у женщин

1. молодого возраста
2. первобеременных
3. с высоким инфекционным индексом
4. у всех перечисленных
5. ни у кого из перечисленных

194. При тяжелой преэклампсии отмечают следующие изменения содержания электролитов, кроме:

1. увеличения содержания натрия и уменьшения содержания калия в плазме крови
2. уменьшения содержания натрия и увеличения содержания калия в плазме крови
3. уменьшения содержания калия в эритроцитах
4. повышение магния (верно А) и ; В)
5. не меняется

195. Тромбоксан стенки сосудов

1. суживает
2. расширяет
3. травмирует
4. истончает
5. влияния не оказывает

196. Диурез при гестозе беременных, главным образом, зависит

1. от канальцевой реабсорбции
2. от изменений почечной паренхимы
3. от клубочковой фильтрации

4. от температуры тела
5. от всего перечисленного

197. Периферическое сопротивление сосудов при гестозе

1. снижено
2. повышено
3. не изменяется
4. неравномерное
5. «красное»

198. Сердечный выброс при гестозе

1. повышен
2. снижен
3. практически не изменяется
4. «синий»
5. «красный»

199. Пациентка 48 лет величина миомы матки 15 недель, шейка не изменена, киста правого яичника. Объём операции:

1. субтотальная гистерэктомия, билатеральная аднексэктомия
2. субтотальная гистерэктомия, правосторонняя аднексэктомия
3. тотальная гистерэктомия, билатеральная аднексэктомия
4. тотальная гистерэктомия, правосторонняя аднексэктомия
5. субтотальная гистерэктомия

200. Пациентка 30 лет, не выполнившая репродуктивную функцию. Имеется 3 субсерозных узла, шейка матки и яичники не изменены. Объём операции:

1. лапаротомия, субтотальная гистерэктомия
2. лапароскопия, субтотальная гистерэктомия
3. лапароскопия, консервативная миомэктомия
4. лапаротомия, тотальная гистерэктомия
5. лапароскопия, тотальная гистерэктомия

201. Величина матки является показанием к оперативному лечению миомы матки:

1. 8 недель
2. 12 недель
3. 5 недель
4. 10 недель
5. 14 недель

202. Наиболее информативный метод диагностики рождающегося миоматозного узла:

1. трансвагинальная эхография
2. осмотр шейки матки в зеркалах
3. рентгенотелевизионная гистеросальпингография
4. гистероскопия
5. лапароскопия

203. Причиной каких экстрагенитальных заболеваний может стать миома матки:

1. гидронефроз
2. острая диарея
3. язвенная болезнь 12-перстной кишки
4. гастрит
5. холецистит

204. Метод оперативного лечения с родившимся субмукозным узлом:

1. экстирпация матки
2. консервативная трансцервикальная миомэктомия
3. лапаротомия, суправагинальная ампутация матки
4. лапароскопия, консервативная миомэктомия

5. лапароскопия, суправагинальная ампутация матки

205. Осложнения у больных с субсерозным расположением миоматозного узла:

1. маточное кровотечение
2. эндометрит
3. некроз узла
4. острый сальпингит
5. бесплодие

206. Характерные особенности, присущие внутреннему генитальному эндометриозу:

1. развитие массивного спаечного процесса в малом тазу
2. образование крупных кист (до 5-6 см в диаметре)
3. атрофия мышечных волокон, окружающих очаги эндометриоза
4. отсутствие нарушений менструального цикла
5. болезненные менструации

207. Для аденомиоза характерно все перечисленное, кроме:

1. гиперплазии мышечной ткани матки
2. равномерного увеличения размеров матки накануне менструации
3. неравномерного увеличения размеров матки накануне менструации
4. образования в миометрии плотных узлов, окруженных капсулой
5. распространения эндометриоидной ткани на всю толщу миометрия

208. Эндометриоз ректовагинальной клетчатки следует дифференцировать:

1. с раком вульвы
2. с раком желудка
3. с раком яичников III-IV стадии (распространение в ректовагинальную клетчатку)
4. с папилломой влагалища
5. миомой матки

209. Для диагностики эндометриоза шейки матки применяют методы исследования:

1. кольпоскопию и прицельную биопсию шейки матки
2. гистеросальпингографию
3. гистероскопию
4. диагностическое выскабливание цервикального канала
5. лапароскопию

210. К внутреннему генитальному эндометриозу относится следующая локализация:

1. яичники
2. трубы
3. серозный покров прямой и сигмовидной кишки
4. широкие, крестцово-маточные и круглые связки
5. тело матки

211. Для диагностики внутреннего эндометриоза тела матки методом гистеросальпингографии наиболее благоприятными являются следующие дни менструального цикла:

1. за 1-2 дня до начала менструации
2. сразу после окончания менструации
3. на 12-14-й день
4. на 16-18-й день
5. на 20-22-й день

212. Влияние внутреннего эндометриоза тела матки на течение беременности, родов и послеродового периода:

1. повышается частота самопроизвольных аборт и преждевременных родов
2. более часто развивается послеродовый мастит
3. более часто развивается отслойка плаценты
4. может явиться причиной разрыва шейки матки в родах
5. может явиться причиной разрыва матки в родах

213. Для диагностики внутреннего эндометриоза тела матки обычно применяют:

1. лапароскопию
2. гистероскопию
3. компьютерную томографию
4. рентгеновское исследование лёгких

214. Оптимальная длительность лечения больных агонистами гонадолиберина составляет:

1. 3 месяца
2. 5 месяцев
3. 6 месяцев
4. 9 месяцев
5. 1 год

215. Для проведения гормональной терапии у больных эндометриозом можно применять:

1. гестагены или комбинированные эстроген-гестагенные препараты
2. инсулин
3. кортикостероиды
4. эстрогены
5. андрогены

216. О сочетанной локализации внутреннего эндометриоза тела матки можно говорить, если имеется его локализация:

1. корпоральная и истмическая
2. истмическая и яичники
3. яичники и корпоральная
4. корпоральная и шейка матки
5. яичники и трубы

217. Выраженный болевой симптом наблюдается при всех перечисленных локализациях генитального эндометриоза, кроме:

1. истмико-цервикального отдела матки
2. яичников
3. шейки матки
4. маточных труб
5. ретроцервикальной области

218. Для эндометриоза шейки матки характерно:

1. мажущие кровянистые выделения за несколько дней до менструации и после нее
2. вздутие живота
3. боли при половых сношениях
4. боли в глубине таза, усиливающиеся в сидячем положении
5. бесплодие

219. При "малых" формах эндометриоза размер эндометриоидных гетеротопий не превышает:

1. 0.4 см
2. 0.5 см
3. 0.6 см
4. 0.7 см
5. 0.8 см

220. При внутреннем эндометриозе тела матки чаще встречается:

1. диффузная форма
2. очаговая форма
3. узловатая форма
4. недифференцированная форма
5. полиорганный форма

221. Выраженность альгоменореи у больных с внутренним эндометриозом тела матки находится в прямой зависимости:

1. от распространения эндометриоза
2. от возраста женщины
3. от наличия сопутствующей экстрагенитальной патологии
4. от количества родов в анамнезе
5. от функции кишечника

222. Характерными признаками внутреннего эндометриоза, выявляемыми при гистеросальпингографии, являются:

1. значительное увеличение полости матки
2. выраженная деформация полости матки
3. наличие "дефектов наполнения"
4. наличие "законтурных теней"
5. удвоение матки

223. Для профилактики развития эндометриоза шейки матки криодеструкцию органа проводят в следующие дни менструального цикла:

1. за 1-2 дня до начала менструации
2. сразу после менструации
3. на 12-14-й день
4. на 20-22-й день

224. Назовите не характерные клинические проявления климактерического синдрома:

1. повышенная раздражительность;
2. приливы жара;
3. боли в области сердца;
4. цисталгия, учащение мочеиспускания;
5. усиление активности остеокластов.

225. Основные биологические свойства эстрогенов, все перечисленные кроме:

1. активируют пролиферативные процессы в эндометрии и молочных железах;
2. усиливают синтез остеобластов;
3. оказывают антиатеросклеротическое действие;
4. уменьшают свёртываемость крови;
5. формируют вторичные половые признаки.

226. Основные биологические свойства прогестерона все перечисленные, кроме:

1. вызывает секреторную трансформацию эндометрия;
2. оказывает натрийдиуретическое действие;
3. уменьшает возбудимость и сократимость мускулатуры матки;
4. активируют пролиферативные процессы в эндометрии и молочных железах.
5. уменьшают сократимость маточных труб.

227. Предшественниками эстрогенов в яичниках являются:

1. простагландины F_{2a} и E₂;
2. андрогены;
3. ингибин;
4. прогестерон.
5. релаксин

228. Назовите функциональные пробы, не позволяющие определить уровень нарушений в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе:

1. проба с люлиберином;
2. проба с кломифеном;
3. проба с гонадотропинами;
4. проба с прогестероном;
5. большая дексаметазоновая проба.

229. Рентгенологические признаки внутреннего эндометриоза, это:

1. Законтурные тени
2. Неровность контуров полости матки
3. Расширение перешейка матки, округлый контур трубных углов
4. Все перечисленное выше

230. Какие формы относят к наружному генитальному эндометриозу, все кроме:

1. Эндометриоз яичников
2. Эндометриоз тела матки
3. Эндометриоз шейки матки
4. Эндометриоз крестцово-маточных связок
5. Эндометриоз интерстициального отдела маточных труб

231. Какие симптомы характерны для аденомиоза, все кроме:

1. Аменорея
2. Менометроррагия
3. Железодифицитная анемия
4. Болевой симптом
5. Бесплодие

232. В состав инъекционных контрацептивов входят:

1. прогестагены пролонгированного действия
2. конъюгированные эстрогены
3. микродозы прогестинов
4. антиандрогены
5. антигонадотропины

233. Выберите препараты пролонгированной гормональной контрацепции:

1. тризистон
2. депо-медроксипрогестерона ацетат
3. демулен
4. депостат

234. Укажите возможные осложнения острого воспаления придатков матки:

1. Переход в хроническую форму
2. Генерализация инфекции с развитием перитонита
3. Абсцедирование
4. Формирование синдрома хронических тазовых болей
5. Все выше перечисленное

235. Укажите основные клинические симптомы острого сальпингоофорита, все кроме:

1. боли в гипогастральной области
2. повышение температуры тела
3. анемия
4. нарушение менструальной функции

236. Какие возбудители могут вызвать неспецифические воспалительные заболевания гениталий:

1. стафилококки стрептококки
2. хламидии микоплазмы
3. кишечная палочка
4. анаэробы
5. все вышеперечисленное

237. Для клинической картины преинвазивного и микроинвазивного рака шейки матки характерно:

1. диспареуния и дизурия
2. гнойные выделения
3. контактные кровотечения

4. тазовые боли

268. Наиболее характерные изменения эндометрия при внематочной беременности:

1. Атрофия
2. Пролиферация
3. Железисто-кистозная гиперплазия
4. Децидуальная трансформация
5. Эндометриальный полип

269. Какая из опухолей яичников наиболее часто подвергается малигнизации?

2. Фиброма
3. Муцинозная цистаденома
4. Серозная цистаденома
5. Текома