

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРО-
ДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра акушерства и гинекологии

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ
«АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»**

Витебск, 2017

УДК 618(076.1)
ББК 57.16я7357.1я73
Т 36

Рецензенты:

Сидоренко В.Н. - доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии УО «БГМУ»;
кафедра акушерства и гинекологии УО «Гомельский государственный медицинский университет» (зав. кафедрой - к.м.н., доцент Захаренкова Т.Н.)

Киселева Н.И

Т36 Тестовые задания по учебной дисциплине «Акушерство и гинекология»: пособие / Н.И. Киселева, И.М. Арестова, Д.М. Семенов, О.В. Лысенко, Е.А. Колбасова. – Витебск: ВГМУ, 2018. – 286 с.

ISBN 978-985-466-919-9

Пособие «Тестовые задания по учебной дисциплине «Акушерство и гинекология»» написано в соответствии с типовой учебной программой по акушерству и гинекологии. Изложены тестовые задания по основным разделам акушерства и гинекологии, представлены эталоны ответов. Позволяет проводить самоконтроль подготовки к практическим занятиям, контроль результатов обучения по учебной дисциплине «Акушерство и гинекология».

Предназначается для студентов медицинских ВУЗов, врачей-интернов, магистрантов, клинических ординаторов, аспирантов, слушателей курсов повышения квалификации и практических врачей.

Одобрено и утверждено Центральным учебно-методическим советом УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»
« » 2017 г., протокол №

УДК 618(076.1)
ББК 5 7.16я7357.1я73

© Н.И. Киселева, И.М. Арестова,
Д.М. Семенов, О.В. Лысенко, Е.А. Колбасова, 2017
© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2018

ISBN 978-985-466-919-9

АКУШЕРСТВО

Тема 1: «Организация акушерско-гинекологической медицинской помощи»

1. К I уровню оказания акушерско-гинекологической медицинской помощи относятся:
 1. Акушерско-гинекологические отделения центральной районной больницы
 2. Областной перинатальный центр
 3. Межрайонный перинатальный центр
 4. Родильное отделение многопрофильной больницы
 5. Республиканский научно-практический центр акушерства и гинекологии

2. Ко II уровню оказания акушерско-гинекологической медицинской помощи относятся:
 1. Акушерско-гинекологические отделения центральной районной больницы
 2. Межрайонный перинатальный центр
 3. Областной перинатальный центр
 4. Женская консультация центральной районной больницы
 5. Республиканский научно-практический центр акушерства и гинекологии

3. К III уровню оказания акушерско-гинекологической медицинской помощи относятся:
 1. Акушерско-гинекологические отделения центральной районной больницы
 2. Межрайонный перинатальный центр
 3. Областной перинатальный центр
 4. Родильное отделение многопрофильной больницы
 5. Республиканский научно-практический центр акушерства и гинекологии

4. Демографическую ситуацию в стране непосредственно определяют следующие показатели:
 1. Рождаемость
 2. Перинатальная смертность
 3. Материнская смертность
 4. Смертность
 5. Естественный прирост населения

5. Показатель материнской смертности рассчитывается как:
 1. (число умерших беременных, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности) / (число живорожденных) x 100000
 2. (число умерших женщин в родах) / (число родов в течение года) x 100000
 3. (число умерших беременных) / (число родов живыми) x 100000
 4. (число умерших беременных, рожениц, родильниц в течение 56 дней послеродового периода) / (число живорожденных и мертворожденных) x 100000
 5. (число умерших беременных, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности) / (число живорожденных) x 1000

6. Понятие перинатальная смертность означает:
 1. Смерть ребенка в родах
 2. Потеря плода в антенатальном, интранатальном и раннем неонатальном периодах
 3. Мертворождаемость
 4. Антенатальная гибель плода
 5. Смерть ребенка в первые 7 дней (168 ч) жизни

7. Показатель перинатальной смертности рассчитывается как:
 1. (число мертворожденных детей) / (число родов) x 1000
 2. (число детей, умерших интранатально) / (число детей, родивших мертвыми) x 1000
 3. (число мертворожденных детей + число детей, умерших в первые 168 часов после рождения) / (число детей, родившихся живыми и мертвыми) x 1000
 4. (число детей, умерших в первые 7 суток после рождения) / (число родов) x 1000
 5. (число мертворожденных детей + число детей, умерших в первые 168 часов после рождения) / (число детей, родившихся живыми) x 1000

8. Показатель мертворождаемости рассчитывается как:
 1. (число мертворожденных детей) / (число детей, родившихся живыми и мертвыми) x 1000
 2. (число детей, умерших интранатально) / (число детей, родившихся мертвыми) x 1000
 3. (число мертворожденных детей + число детей, умерших в первые 168 ч после рождения) / (число детей, родившихся живыми и мертвыми) x 1000
 4. (число детей, умерших в первые 7 суток после рождения) / (число родов) x 1000

5. $(\text{число мертворожденных детей} + \text{число детей, умерших в первые 168 ч после рождения}) / (\text{число детей, родившихся живыми}) \times 1000$

9. Показатель антенатальной смертности рассчитывается как:

1. $(\text{число мертворожденных детей}) / (\text{число детей, родившихся живыми и мертвыми}) \times 1000$

2. $(\text{число детей, умерших интранатально}) / (\text{число детей, родившихся мертвыми}) \times 1000$

3. $(\text{число мертворожденных детей} + \text{число детей, умерших в первые 168 ч после рождения}) / (\text{число детей, родившихся живыми и мертвыми}) \times 1000$

4. $(\text{число детей, умерших до начала родовой деятельности, начиная с 22 недель беременности}) / (\text{число детей, родившихся живыми и мертвыми}) \times 1000$

5. $(\text{число мертворожденных детей} + \text{число детей, умерших в первые 168 ч после рождения}) / (\text{число детей, родившихся живыми}) \times 1000$

10. Показатель интранатальной смертности рассчитывается как:

1. $(\text{число мертворожденных детей}) / (\text{число детей, родившихся живыми и мертвыми}) \times 1000$

2. $(\text{число детей, умерших во время родов}) / (\text{число детей, родившихся живыми и мертвыми}) \times 1000$

3. $(\text{число мертворожденных детей} + \text{число детей, умерших в первые 168 ч после рождения}) / (\text{число детей, родившихся живыми и мертвыми}) \times 1000$

4. $(\text{число детей, умерших до начала родовой деятельности, начиная с 22 недель беременности}) / (\text{число родов}) \times 1000$

5. $(\text{число мертворожденных детей} + \text{число детей, умерших в первые 168 ч после рождения}) / (\text{число детей, родившихся живыми}) \times 1000$

11. Показатель ранней неонатальной смертности рассчитывается как:

1. $(\text{число мертворожденных детей}) / (\text{число детей, родившихся живыми и мертвыми}) \times 1000$

2. $(\text{число детей, умерших во время родов}) / (\text{число детей, родившихся живыми и мертвыми}) \times 1000$

3. $(\text{число мертворожденных детей} + \text{число детей, умерших в первые 168 ч после рождения}) / (\text{число детей, родившихся живыми и мертвыми}) \times 1000$

4. $(\text{число детей, умерших до начала родовой деятельности, начиная с 22 недель беременности}) / (\text{число родов}) \times 1000$

5. $(\text{число детей, умерших в первые 168 ч после рождения}) / (\text{число детей, родившихся живыми}) \times 1000$

12. Наиболее социально значимые качественные показатели работы родильного дома:
 - 1.оборот койки
 - 2.Послеродовая заболеваемость
 - 3.Материнская смертность
 - 4.Перинатальная смертность
 - 5.Частота оперативного родоразрешения

13. Совместное пребывание матери и ребенка в послеродовом отделении способствует:
 - 1.Снижению частоты послеродовых гнойно-септических заболеваний
 - 2.Формированию психоэмоциональной связи матери и ребенка
 - 3.Становлению лактации
 - 4.Ничему из вышеперечисленного
 - 5.Всему вышеперечисленному

14. Заполнение послеродовой палаты при совместном пребывании матери и ребенка осуществляется:
 - 1.В течение суток
 - 2.Независимо от даты родов
 - 3.В течение 3 суток
 - 4.В течение 2 суток
 - 5.Все вышеперечисленное верно

15. Выписку родильницы домой после физиологических родов осуществляют:
 - 1.На вторые сутки
 - 2.На шестые сутки
 - 3.На четвертые сутки
 - 4.На седьмые сутки
 - 5.На восьмые сутки

16. Показанием для госпитализации в наблюдательное отделение не является:
 - 1.Внутриутробная гибель плода
 - 2.Хронический сальпингоофорит в стадии ремиссии
 - 3.Отсутствие медицинской документации (обменной карты)
 - 4.Острый пиелонефрит
 - 5.Проявления инфекции родовых путей

17. Раннее взятие на диспансерный учет – это постановка на учет:
 - 1.до 5 – 6 недель беременности
 - 2.до 8 – 9 недель беременности

3. до 12 недель беременности
4. до 16 недель беременности
5. до 20 недель беременности

18. Лист временной нетрудоспособности по беременности и родам женщинам, работающим на территории радиоактивного загрязнения, выдается:

1. С 27 недель беременности на 156 календарных дней
2. С 28 недель беременности на 140 календарных дней
3. С 30 недель беременности на 140 календарных дней
4. С 30 недель беременности на 126 календарных дней
5. С 28 недель беременности на 170 календарных дней

19. Лист временной нетрудоспособности по беременности и родам предоставляется женщинам:

1. С 28 недель беременности на 146 календарных дней
2. С 27 недель беременности на 156 календарных дней
3. С 30 недель беременности на 140 календарных дней
4. С 30 недель беременности на 126 календарных дней
5. С 28 недель беременности на 170 календарных дней

20. Показанием для родоразрешения в акушерском стационаре второго уровня не является:

1. Многоплодие
2. Предлежание плаценты без признаков кровотечения
3. Повторнобеременным без акушерских осложнений и экстрагенитальных заболеваний
4. Антенатальная гибель плода
5. Преэклампсия

21. Показатель эффективности диспансеризации гинекологических пациентов – это:

1. Число пролеченных пациентов в стационаре
2. Число пациентов, пролеченных в дневном стационаре женской консультации
3. Снижение гинекологической заболеваемости с временной утратой трудоспособности
4. Удельный вес снятых в течение года с диспансерного учета с выздоровлением из числа пациентов, состоявших на диспансерном учете в течении года
5. Число вновь взятых на диспансерный учет пациентов

22. Показатель эффективности диспансеризации беременных – это:
1. Снижение количества преждевременных родов
 2. Повышение показателя раннего взятия на учет беременных
 3. Снижение показателей материнской и перинатальной заболеваемости и смертности
 4. Снижение частоты эклампсии у беременных
 5. Снижение показателя кровотечений во время беременности, в родах, в послеродовом периоде
23. Основным показателем эффективности работы женской консультации по планированию семьи является:
1. Число женщин репродуктивного возраста на участке
 2. Число аборт на 1000 женщин фертильного возраста
 3. Число осложнений после абортов
 4. Абсолютное число женщин, направленных на аборт в течение года
 5. Число самопроизвольных выкидышей на 1000 женщин фертильного возраста

Тема 2: «Анатомо-физиологические особенности репродуктивной системы женщины»

1. К наружным половым органам женщины не относится:
1. Лобок
 2. Большие половые губы
 3. Малые половые губы
 4. Клитор
 5. Шейка матки
2. К внутренним половым органам женщины не относится:
1. Преддверие влагалища
 2. Влагалище
 3. Матка
 4. Маточные трубы
 5. Яичник
3. Во влагалище женщины образуется из гликогена и препятствует размножению патогенных микроорганизмов:
1. Салициловая кислота
 2. Серная кислота
 3. Молочная кислота
 4. Уксусная кислота
 5. Соляная кислота

4. Большие (бартолиновы) железы преддверия влагалища расположены:
 1. В основании малых половых губ
 2. В толще средних отделов больших половых губ
 3. В бороздке между нижними третями малых и больших половых губ
 4. В толще задних отделов больших половых губ
 5. В толще передних отделов больших половых губ

5. Передняя стенка влагалища в ее верхнем отделе граничит:
 1. С мочеточником
 2. С мочевым пузырем
 3. С мочеиспускательным каналом
 4. С прямой кишкой
 5. Со всем вышеперечисленным

6. Передняя стенка влагалища в ее нижнем отделе граничит:
 1. С мочеиспускательным каналом
 2. С мочевым пузырем
 3. С мочеточником
 4. С прямой кишкой
 5. Со всем вышеперечисленным

7. В верхней части задняя стенка влагалища соприкасается:
 1. С прямой кишкой
 2. С прямокишечно-маточным углублением (дугласовым карманом)
 3. С шейкой мочевого пузыря
 4. С мочеточником
 5. Ни с чем из вышеперечисленного

8. Сверху в просвет влагалища выступает:
 1. Мочеточник
 2. Дно мочевого пузыря
 3. Шейка мочевого пузыря
 4. Верхняя треть уретры
 5. Влагалищная часть шейки матки

9. Основные клетчаточные пространства таза:
 1. Пристеночные клетчаточные пространства
 2. Околопузырная клетчатка
 3. Околоматочная клетчатка
 4. Околопрямокишечная клетчатка
 5. Все вышеперечисленные

10. Анатомической особенностью яичниковой артерии является то, что она:
 1. Анастомозирует с яичниковой ветвью маточной артерии
 2. Отходит от аорты или от почечной артерии (справа)
 3. Проходит между листками широкой маточной связки вдоль ее свободного края
 4. Дает ветви, идущие к трубе и яичнику
 5. Все вышеперечисленное

11. Топографическая анатомия маточной артерии имеет следующие характерные признаки, кроме:
 1. Берет начало от подревной артерии
 2. У ребра матки делится на восходящую и нисходящую ветви
 3. Не доходя 1,5 – 2 см от ребра матки пересекает мочеточник, располагаясь кзади от него
 4. Основной ствол от ребра матки направляется кверху, достигает трубы и делится на две ветви
 5. Ветви маточной артерии анастомозируют с ветвью яичниковой артерии

12. Кровоснабжение яичников осуществляется:
 1. Шеечно-влагалищной ветвью маточной артерии
 2. Нижней пузырной артерией
 3. Наружной срамной артерией
 4. Нижней надчревной артерией
 5. Маточной и яичниковой артериями

13. Маточная артерия является ветвью:
 1. Аорты
 2. Общей подвздошной артерии
 3. Внутренней подвздошной артерии
 4. Наружной подвздошной артерии
 5. Срамной артерии

14. Границей между наружными и внутренними половыми органами является:
 1. Наружный зев шейки матки
 2. Внутренний зев шейки матки
 3. Девственная плева (вход во влагалище);
 4. Малые половые губы
 5. Большие половые губы

15. Длина тела матки у женщины составляет:
 1. 6 – 7 см
 2. 7 – 8 см
 3. 8 – 9 см

4. 9 – 10 см
5. 11 – 12 см

16. К матке не относится:

1. Перешеек
2. Тело матки
3. Дно матки
4. Полость матки
5. Круглые связки матки

17. Форма шейки матки у девочек и нерожавших женщин:

1. Цилиндрическая
2. Коническая
3. Треугольная
4. Эллипсовидная
5. Субконическая

18. К фиксирующему аппарату матки не относятся:

1. Пузырно-маточные связки
2. Кардинальные связки
3. Широкие связки матки
4. Крестцово-маточные связки
5. Круглые связки матки

19. Железы тела и шейки матки выстланы:

1. Кубическим эпителием
2. Цилиндрическим эпителием
3. Мерцательным эпителием
4. Однослойным плоским эпителием
5. Многослойным плоским эпителием

20. Матка женщины выполняет следующие функции:

1. Менструальную
2. Детородную
3. Гормонопродуцирующую
4. Барьерную
5. Защитную

21. Подвешивающий аппарат матки не включает:

1. Собственные связки яичника
2. Широкие связки матки
3. Круглые связки матки
4. Кардинальные связки

5. Воронкотазовые связки

22. Относительно яичников верны следующие положения:

1. Размеры яичников: 4,5 см х 4 см х 3,5 см
2. Яичники покрыты брюшиной
3. Яичники расположены на переднем листке широкой связки
4. Яичники находятся на боковой стенке таза в яичниковой ямке
5. Размеры яичников: 3 – 4 см х 2,0 – 2,5 см х 2,0 – 2,5 см

23. В яичниках образуются:

1. Эстрогены
2. Пролактин
3. Прогестерон
4. Фолликулостимулирующий гормон
5. Лютеинизирующий гормон

24. Прогестерон вырабатывается:

1. В надпочечниках
2. В желтом теле яичника
3. В плаценте
4. В гипофизе
5. В гипоталамусе

25. Перечислите свойства гестагенов:

1. Являются антиэстрогенами
2. Обладают антипролиферативным эффектом
3. Стимулируют выработку гонадотропных гормонов
4. Вызывают гиперплазию эндометрия
5. Увеличивают цервикальное число

26. В репродуктивном возрасте эстрадиол не обладает следующим действием:

1. Эстрадиол уменьшает количество эндометриальных желез в слизистой матки и вызывает петехиальные кровоизлияния
2. Эстрадиол стимулирует ФСГ рецепторы в фолликулах
3. Значительный подъем уровня эстрадиола вызывает овуляцию
4. Эстрадиол влияет на регресс желтого тела
5. Снижение эстрадиола ведет к подъему уровня ФСГ

27. Гонадотропинрилизинггормон синтезируется:

1. В передней доле гипофиза
2. В задней доле гипофиза
3. В коре головного мозга
4. В надпочечниках

5. В гипоталамусе

28. Функции лютеинизирующего гормона:

1. Вызывает и регулирует процесс овуляции
2. Стимулирует клетки теки в яичниках, которые обеспечивают продукцию андрогенов и предшественников эстрадиола
3. Стимулирует рост и развитие фолликулов непосредственно перед овуляцией
4. Стимулирует развитие желтого тела
5. Все вышеперечисленные

29. Относительно лютеинизирующего гормона неверным является утверждение:

1. Продукция лютеинизирующего гормона стимулируется выбросом эстрадиола доминантным фолликулом
2. Под влиянием овуляторного выброса лютеинизирующего гормона начинается лютеинизация гранулезных клеток
3. Выброс лютеинизирующего гормона всегда сопровождается пиком выброса пролактина
4. Выброс лютеинизирующего гормона и фолликулостимулирующего гормона способствует овуляции
5. Выброс лютеинизирующего гормона необходим для формирования желтого тела

30. Назовите основной предшественник андрогенов и эстрогенов.

1. Дегидроизоандростерон
2. Андростендион
3. Дегидроэпиандростендион
4. Тестостерон
5. Ничего из вышеперечисленного

31. В наибольших количествах у женщин репродуктивного возраста из эстрогенов секретируется:

1. Эстрон
2. Эстрадиол 17-β
3. Диэтилстильбестрол
4. Эстриол
5. Ничего из вышеперечисленного

32. Действие эстрогенов следующее, кроме:

1. Определяют развитие вторичных половых признаков
2. Стимулируют ДНК
3. Повышают сократимость маточных труб

4. Вызывают гипоплазию внутренних половых органов
5. Вызывают ороговевание влажной эпителии

33. Укажите андрогены, являющиеся предшественниками эстрогенов, которые продуцируются преимущественно яичниками:

1. Андростендиол
2. Только андростендион
3. Тестостерон
4. Андростендион и дегидроэпиандростерон
5. Андростерон

34. Основным метаболитом прогестерона, определяемым в моче, является:

1. Прегненолон
2. Дегидроэпиандростерон
3. Прегнандиол
4. 17-кетостероиды
5. 17- б оксипрогестерон

35. Наибольшей активностью из фракций эстрогенов обладает:

1. 16-б гидроксистерон
2. Эстриол
3. Эстрадиол
4. Эстрон
5. 16-эпиэстриол

36. О яичниковом происхождении андрогенов свидетельствуют:

1. Андростендион
2. Общий тестостерон
3. Дегидроэпиандростерон
4. Дегидроэпиандростеронсульфат
5. 17-гидроксипрогестерон

37. К завершению периода полового созревания формируется следующий характер функции гипофиза:

1. Выделение гонадотропинов имеет ациклический характер
2. Уровень секреции гонадотропинов высокий
3. Формируется циклический характер выделения гонадотропинов с высоким овуляторным выбросом ФСГ и ЛГ на фоне монотонной базальной секреции
4. Уровень секреции гонадотропинов низкий
5. Формируется циклический характер выделения гонадотропинов с не-высоким подъемом ФСГ и ЛГ в предовуляторный период

38. Характер функции гипоталамуса к завершению периода полового созревания:

1. Незначительное образование РГЛГ
2. Ритмичный характер выбросов РГЛГ
3. Стабильный цирхоральный ритм секреции РГЛГ
4. Непостоянный цирхоральный ритм секреции РГЛГ
5. Высокий уровень образования РГЛГ

39. На время наступления периода полового созревания влияют:

1. Наследственные факторы
2. Конституциональные факторы
3. Масса тела
4. Питание
5. Состояние здоровья

40. Признаками пубертатного периода являются:

1. Цирхоральный ритм секреции рилизинггормонов
2. Усиление секреции гонадотропинов
3. Низкий синтез эстрадиола в яичниках
4. Половое оволосение
5. Первая менструация

41. Признаками препубертатного периода являются:

1. Феминизация фигуры
2. Усиление секреции гонадотропинов
3. Низкая секреция эстрогенов
4. Овуляция
5. Менструация

42. После начала развития грудных желез в пубертате менструация появляется через:

1. 2 – 5 месяцев
2. 6 – 12 месяцев
3. 2 – 5 лет
4. Одномоментно
5. 6 – 8 лет

43. В последовательности развития девочки в пубертатном возрасте неверно следующее:

1. Развитие грудных желез, подростковый скачок роста, лобковое оволосение, аксиллярное оволосение, менструация
2. Развитие грудных желез, затем, приблизительно через год, подростковый скачок роста

3. Менархе появляется через 2 – 2,5 года от начала развития грудных желез
4. Аксиллярное оволосение, развитие грудных желез, лобковое оволосение, менструация, подростковый скачок роста
5. Ничего из вышеперечисленного

44. Из приведенных положений неверно следующее:

1. Пролиферация слизистой влагалища протекает под влиянием гормонов яичников
2. Клетки слизистой влагалища содержат гликоген, расщепляющийся с помощью лактобактерий влагалища до молочной кислоты
3. До менархе и после менопаузы рН влагалища более щелочная (6,8 – 7,2)
4. Во время беременности рН становится более кислой
5. При бактериальном вагинозе рН влагалища становится более кислой

Тема 3: «Перинатология»

1. Хорионический гонадотропин синтезируется:

1. Трофобластом
2. Плацентой
3. Яичниками
4. Надпочечниками плода
5. Щитовидной железой плода

2. Поддержанию беременности способствует:

1. Хорионический гонадотропин
2. Пролактин
3. Соматотропин
4. Прогестерон
5. Эстриол

3. Для диагностики беременности используется:

1. Хорионический гонадотропин
2. Пролактин
3. Соматотропин
4. Прогестерон
5. Эстриол

4. Укажите критические периоды развития плода:

1. Первые 7-10 дней после оплодотворения
2. 4 – 8 недель беременности
3. 12 – 14 недель беременности

4. 15 – 16 недель беременности
5. 22 – 22 недели беременности

5. Период органогенеза и плацентации завершается:

1. К 4 неделям внутриутробного развития плода
2. К 6 неделям внутриутробного развития плода
3. К 8 неделям внутриутробного развития плода
4. К 10 неделям внутриутробного развития плода
5. К 3 – 4 месяцу внутриутробного развития плода

6. Укажите, в какой последовательности элементы плодного яйца включаются в патологический процесс в период органогенеза и плацентации:

1. Вначале хорион, значительно позже эмбрион
2. Вначале эмбрион, значительно позже хорион
3. Одновременно хорион и эмбрион

7. Реакции зародыша на ранних стадиях онтогенеза на действие патогенных факторов характеризуются:

1. Наличием специфических реакций на действие различных повреждающих факторов
2. Отсутствием специфических реакций на действие различных повреждающих факторов

8. В период органогенеза при воздействии неблагоприятных факторов для поражения зародыша характерно:

1. Тератогенный эффект
2. Эмбриотоксическое воздействие
3. Возникновение фетопатий

9. «Воротниковое пространство» плода в 10 – 14 недель беременности не считается патологическим при размере:

1. 0,7 – 2,7 мм
2. 2,7 – 3,0 мм
3. 3,0 – 3,5 мм
4. 3,5 – 4,0 мм
5. 4,0 – 4,5 мм

10. Оптимальный срок беременности для выявления врожденных пороков развития плода по данным ультразвукового исследования:

1. 10 – 12 недель
2. 12 – 16 недель
3. 16 – 22 недели
4. 28 – 32 недели

5. 24 – 27 недель

11. Определение альфа-фетопротеина в крови беременной показано при:

1. Сахарном диабете
2. Гестозе
3. Подозрении на пороки развития центральной нервной системы плода
4. Хромосомных абберациях у отца
5. Возрасте беременной до 18 лет

12. Назовите функции плаценты:

1. Экскреторная
2. Дыхательная и трофическая
3. Барьерно-защитная и иммунологическая
4. Эндокринная
5. Все вышеперечисленные

13. Укажите, когда наличие гипоксии матери проводит к нарушению развития оплодотворенной яйцеклетки:

1. В предимплантационный период
2. В период имплантации
3. В период органогенеза
4. В период плацентации

14. О гипоксии плода во время беременности по данным кардиотокографического исследования свидетельствуют:

1. Базальная частота 120 – 160 ударов в минуту
2. Наличие спорадических акцелераций
3. Амплитуда вариабельности базального ритма 5 - 10 ударов в минуту
4. Наличие ранних децелераций
5. Наличие поздних децелераций

15. Продолжительная тяжелая гипоксия плода приводит:

1. К полнокровию головного и спинного мозга
2. К повышению проницаемости сосудов мозга
3. К появлению мелких и массивных кровоизлияний в церебральную ткань
4. Ко всему перечисленному
5. Ни к чему из вышеперечисленного

16. Первичным скрининговым тестом оценки состояния плода является:

1. Антропометрический метод
2. Регистрация шевелений плода с 28 недель беременности
3. Амниоскопия

4. Амниоцентез
5. Оценка сердечной деятельности плода

17. К развитию фетоплацентарной недостаточности чаще всего приводит:

1. Гестоз
2. Заболевания почек
3. Гипофункция щитовидной железы
4. Анемия беременных
5. Нарушение жирового обмена

18. Вторичная плацентарная недостаточность:

1. Развивается на фоне уже сформировавшейся плаценты
2. Возникает в период формирования плаценты
3. Наблюдается во второй половине беременности
4. Является частой причиной невынашивания в первой половине беременности
5. Является осложнением первичной плацентарной недостаточности

19. Эмбриональный период продолжается с момента оплодотворения до:

1. 2 недель беременности
2. 3 – 6 недель беременности
3. 7 – 8 недель беременности
4. 9 – 11 недель беременности
5. 12 недель беременности

20. Признаками задержки роста плода являются:

1. Несоответствие окружности живота и высоты стояния дна матки сроку гестации
2. Несоответствие сроку беременности размеров головки и длины бедра
3. Изменения нормального уровня плацентарного лактогена
4. Повышение уровня эстрадиола
5. Снижение уровня хорионического гонадотропина

21. Симметричная или асимметричная форма задержки роста плода обуславливается следующими факторами:

1. Этиологией
2. Сроком беременности, в котором возникла гипотрофия
3. Степенью нарушения состояния плода
4. Всеми перечисленными факторами
5. Никакими из вышеперечисленных

22. Более тяжелой формой внутриутробной задержки роста плода является:

1. Асимметричная

2. Симметричная

23. Причиной симметричной формы задержки роста плода являются:

1. Внутриутробные инфекции
2. Хромосомные и наследственные заболевания
3. Преэклампсия
4. Сердечно-сосудистые заболевания матери
5. Анемия беременных

24. При асимметричной форме задержки роста плода наблюдается все вышеперечисленное, за исключением:

1. Истончения слоя мягких тканей
2. Значительного уменьшения размеров печени
3. Гипотрофии туловища плода
4. Обычных размеров головки плода
5. Уменьшенных размеров головки плода

25. Ультразвуковые критерии диагностики симметричной формы задержки роста плода:

1. Уменьшение количества околоплодных вод
2. Уменьшение размеров печени у плода
3. Наличие пороков развития почек у плода
4. Гипотрофия туловища при обычных размерах головки
5. Уменьшение всех размеров тела плода

26. Аномалии плаценты, ведущие к развитию асимметричной формы задержки плода:

1. Предлежание плаценты
2. Гемангиома плаценты
3. Диффузные множественные инфаркты
4. Трансфузионный синдром близнецов при монохориальной плаценте с большим артериовенозным шунтом
5. Отслойка плаценты

27. Кардиотокографическими признаками страдания плода являются:

1. Наличие спорадических акцелераций
2. Немой тип осцилляций
3. Амплитуда осцилляций 15-20 ударов в минуту
4. Отсутствие децелераций
5. Частота сердечных сокращений плода 120 – 130 ударов в минуту

28. Последствия хронической гипоксии для новорожденного:

1. Низкий вес и маленький рост при рождении

2. Восприимчивость к инфекционным заболеваниям и ослабленный иммунитет
3. Недостаточная регуляция температуры тела в новорожденном периоде, анемия
4. Синдром дефицита внимания и гиперактивности в старшем возрасте
5. Все вышеперечисленнок

29. Острая гипоксия плода в родах чаще всего развивается в следующих случаях:

1. Тазовое предлежание плода
2. Преждевременное излитие околоплодных вод
3. Слабость родовой деятельности
4. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
5. Фетоплацентарная недостаточность

30. Для диагностики состояния плода широко применяются следующие методы:

1. Амниоцентез
2. Кольпоцитология
3. Кольпоскопия
4. Ультразвуковое исследование
5. Кардиомониторное наблюдение

31. Все нижеперечисленное входит в оценку по шкале Апгар, кроме:

1. Частоты сердечных сокращений
2. Мышечного тонуса
3. Артериального давления
4. Живости рефлексов
5. Цвета кожных покровов

32. С целью оценки состояния плода в акушерстве используется доплерометрическое исследование скорости кровотока в:

1. Маточных артериях
2. Артериях пуповины
3. Аорте
4. Средней мозговой артерии плода
5. Все вышеперечисленное верно

33. Прогностически неблагоприятным при доплерометрии является:

1. Отсутствие диастолического компонента кровотока
2. Увеличение систолодиастолического коэффициента за счет снижения его диастолического компонента

3. Уменьшение систолодиастолического коэффициента за счет повышения его систолического компонента
4. Увеличение систолодиастолического коэффициента за счет повышения его систолического компонента
5. Увеличение систолодиастолического коэффициента за счет повышения его диастолического компонента

34. Толщина плаценты до 50 мм в III триместре беременности свидетельствует о:

1. I степени зрелости плаценты
2. II степени зрелости плаценты
3. III степени зрелости плаценты
4. плацентарной недостаточности
5. Гемолитической болезни плода

35. Лучше всего овальное окно описывает одно из следующих положений:

1. Сброс крови справа налево
2. Соединяет легочную артерию с аортой
3. Овальное окно – это экстракардиальный шунт
4. Функционирует после рождения
5. Сброс крови слева направо

36. Амниотическая жидкость представляют собой:

1. Транссудат плазмы крови
2. Секрет хориона
3. Продукт деятельности почек плода
4. Секрет легочной ткани плода
5. Секрет амниотической оболочки плода

37. Причиной многоводия не является:

1. Пороки развития центральной нервной системы плода
2. Неиммунная водянка плода
3. Пороки развития желудочно-кишечного тракта плода
4. Сахарный диабет у матери
5. Переношенная беременность

38. Многоводие характеризуется:

1. Количеством околоплодных вод до 0,5 л
2. Количеством околоплодных вод от 0,5 л до 0,8 л
3. Количеством околоплодных вод от 0,8 л до 1,0 л
4. Количеством околоплодных вод от 1,0 л до 1,5 л
5. Количеством околоплодных вод более 1,5 л

39. Причины маловодия у беременной все, кроме:

1. Агенезии почек
2. Гестоза
3. Плацентарной недостаточности
4. Антенатальной гибели плода
5. Гемолитической болезни плода

40. При внутриутробной гипоксии плода по данным кардиомониторного наблюдения регистрируется:

1. Тахикардия
2. Брадикардия
3. Децелерации
4. Аритмия
5. Все вышеперечисленное

41. Перинатальный период имеет продолжительность:

1. От зачатия до родоразрешения
2. Первые 7 дней после родов
3. 22-я неделя внутриутробного развития и 7 дней после родов
4. От зачатия до 30 дня после родов
5. От 24-х недель беременности до 7 дня после родов

42. При хромосомных аномалиях у плода беременность прерывается:

1. В 16 – 18 недель
2. В 5 – 7 недель
3. В 8 – 10 недель
4. В 28 – 30 недель
5. В 36 – 38 недель

43. Наиболее раннее получение дезоксирибонуклеиновой кислоты плода для пренатальной диагностики возможно при:

1. Фетоскопии
2. Амниоцентезе
3. Биопсии ворсин хориона
4. Кордоцентезе
5. Биопсии тканей плода

44. При тератогенном воздействии на плод возможны все нижеперечисленные последствия, кроме:

1. Внутриутробной гибели плода
2. Развития пороков развития плода
3. Задержки роста плода
4. Рождения дизиготной двойни

5. Развития фетопатий

45. К факторам риска генетических нарушений у плода относят все следующие, кроме:

1. Кровного родства родителей
2. Возраста родителей
3. Генетических нарушений в анамнезе у супругов
4. Резус-отрицательной крови
5. Проживания в районах с неблагоприятным экологическим фоном

46. Гнойничковые заболевания кожи новорожденных чаще всего вызваны:

1. Стрептококком
2. Стафилококком
3. Кишечной палочкой
4. Вульгарным протеом
5. Кандидами

47. Характерные осложнения для плода при многоводии все, кроме:

1. Внутритробоной гипоксии
2. Внутрочерепного кровоизлияния
3. Выпадения мелких частей
4. Интранатальной гибели
5. Поперечного положения плода

48. Роды у женщин с многоводием могут осложняться:

1. Несвоевременным излитием околоплодных вод
2. Слабостью родовой деятельности
3. Дискоординацией родовой деятельности
4. Кровотечением
5. Всем вышеперечисленным

49. Характерное действие фолиевой кислоты:

1. Необходима для синтеза дезоксирибонуклеиновой кислоты, рибонуклеиновой кислоты, протеина
2. Дефицит фолиевой кислоты ведет развитию патологии нервной трубки плода
3. При недостатке фолиевой кислоты в рационе беременной у плода может развиваться мегалобластная анемия
4. Дефицит фолиевой кислоты может вести к самопроизвольному аборту
5. Все вышеперечисленное

50. Брадикардия плода, продолжающаяся более 30 секунд после схватки, является:

1. Признаком не существенным
2. Показателем нормального состояния плода в родах
3. Признаком гипоксии, если есть меконий в амниотической жидкости
4. Признаком начавшейся асфиксии, требующей немедленного родоразрешения
5. Признаком существенным при наличии дискоординации родовой деятельности

51. Из плазмы крови матери проходят плацентарный барьер:

1. Соединения, молекулы которых слишком малы для диффузии
2. Соединения, молекулы которых некрепко связаны с большими молекулярными комплексами или клетками
3. Соединения, в которых нет токсинов
4. Все соединения, имеющие молекулярный вес ниже 600 г/моль
5. Ничего из вышеперечисленного

52. Первоначальная убыль массы тела у доношенного новорожденного отмечается на:

1. 1 – 2 день жизни
2. 2 – 3-й день жизни
3. 3 – 4-й день жизни
4. 4 – 5-й день жизни
5. 5 – 6-й день жизни

53. Критериями физиологической желтухи у доношенного новорожденного является все нижеперечисленное, кроме:

1. Появления через 3 – 6 часов после рождения
2. Уровня общего билирубина повышается за счет непрямой фракции
3. Угасания после 10 суток жизни
4. Максимального значения общего билирубина не превышает 205,0 мкмоль/л
5. Концентрации гемоглобина в пределах нормы

54. О гемолитических заболеваниях, как о причине желтухи у новорожденного, заставляют думать следующие факторы:

1. Семейный анамнез гемолитических заболеваний
2. Начало желтухи в первые 24 часа жизни
3. Почасовой прирост билирубина выше 3,4 мкмоль/л в час
4. Неэффективность фототерапии, применяемой с целью снижения билирубина
5. Все вышеперечисленное

55. Максимальный уровень общего билирубина в периферической или венозной крови у доношенных новорожденных при физиологической желтухе отмечается на:

1. 1 – 2-й день жизни
4. 2 – 3-й день жизни
2. 3 – 4-й день жизни
3. 5 – 6-й день жизни
4. 6 – 8-й день жизни

56. Наиболее выраженная гипогликемия у новорожденных отмечается:

1. В первый час жизни
2. Через 12 часов после рождения
3. Через 5 дней после рождения
4. Через 7 дней после рождения
5. Через 10 дней после рождения

57. Характерным признаком кефалогематомы является:

1. Флюктуация при пальпации
2. Локализация над теменной костью
3. Выявленная болезненность при пальпации
4. Отчетливое ограничение по линии черепных швов
5. Опухоль не ограничивается пределами черепной кости

58. Для родовой опухоли не характерно:

1. Располагается в теменно-затылочной области
2. Голова имеет вытянутую кзади форму
3. Опухоль имеет отчетливое ограничение по линии черепных швов
4. Опухоль может захватить несколько костей и не прерываться в области швов между ними
5. Опухоль исчезает через 24 – 36 часов

59. После отсасывания слизи из ротовой полости и носовых ходов и тактильной стимуляции у новорожденного нет самостоятельного дыхания. Назовите Ваше следующее действие:

1. Оценить частоту сердечных сокращений
2. Оценить цвет кожных покровов
3. Ввести зонд в желудок и отсосать его содержимое
4. Измерить артериальное давление
5. Начать искусственную вентиляцию легких с помощью дыхательного мешка и маски

60. Развитие физиологической желтухи новорожденных связано с повышением концентрации:

1. Прямого билирубина
2. Непрямого билирубина
3. Аспартатаминотрансферазы
4. Аланинаминотрансферазы
5. Щелочной фосфатазы

61. Гормональный криз у новорожденных проявляется:

1. Сразу после рождения
2. В течение первых 12 ч
3. В течение 24 ч
4. На 2-й день жизни
5. На 3 – 4-й или 5 – 8-й день жизни

62. Гормональный криз новорожденных сопровождается всеми перечисленными ниже симптомами, кроме:

1. Кровотечения из влагалища
2. Нагрубания молочных желез
3. Ядерной желтухи
4. Появление угрей
5. Десквамативного вульвовагинита

63. К пограничным состояниям новорожденного относят все перечисленные ниже, кроме:

1. Транзиторного уменьшения первоначальной массы тела
2. Транзиторной гипертензии
3. Физиологической эритемы
4. Гормонального криза
5. Физиологической желтухи

64. Укажите факторы, способствующие быстрейшему восстановлению первоначальной массы тела новорожденного, после ее транзиторного уменьшения:

1. Раннее прикладывание к груди
2. Оптимальный тепловой режим
3. Режим «свободного питания»
4. Лечение гипогалактии
5. Все вышеперечисленное

65. Уменьшение первоначальной массы тела здорового доношенного новорожденного составляет:

1. более 10%

2. от 3 до 10%
3. 6%
4. не более 1%
5. от 1 до 3%

66. Основными причинами физиологической потери массы у новорожденного являются:

1. Гиперальдостеронизм
2. Потеря воды через почки и легкие при дыхании
3. Недостаточное поступление жидкости
4. Выделение мекония и мочи
5. Все вышеперечисленные

Тема 4: «Беременность физиологическая»

1. Начало беременности считается с момента:
 1. Оплодотворения яйцеклетки
 2. Продвижения оплодотворенной яйцеклетки по маточной трубе
 3. С момента образования бластоцисты
 4. Имплантации бластоцисты
 5. Нидации бластоцисты
2. Оплодотворение происходит:
 1. В ампулярной части маточной трубы
 2. В матке
 3. В брюшной полости
 4. В яичнике
 5. В истмическом отделе маточной трубы
3. Хорионический гонадотропин синтезируется:
 1. Клетками трофобласта
 2. Плацентой
 3. Яичниками
 4. Надпочечниками плода
 5. Щитовидной железой плода
4. Функции плаценты все нижеперечисленные, кроме:
 1. Трофической
 2. Дыхательной
 3. Барьерно-защитной и иммунологической
 4. Гемостимулирующей
 5. Эндокринной

5. Новорожденный является зрелым при:
 1. Массе тела 2350 г, длине 41 см
 2. Массе тела 3350 г, длине 51 см
 3. Массе тела 2550 г, длине 47 см
 4. Массе тела 1500 г, длине 35 см
 5. Массе тела 1000 г, длине 37 см

6. Согласно критериям Всемирной организации здравоохранения жизнеспособными являются плоды, имеющие:
 1. Массу тела 2350 г, длину 41 см
 2. Массу тела 500 г, длину 25 см
 3. Массу тела 490 г, длину 22 см
 4. Массу тела 1000 г, длину 35 см
 5. Массу 450 г, длину 20 см

7. Возможность конфигурации головки плода в родах обеспечивается:
 1. Наличием на головке плода швов
 2. Наличием на головке плода родничков
 3. Эластичностью костей черепа
 4. Способностью костей смещаться друг по отношению к другу, захватывать друг друга
 5. Всем вышеперечисленным

8. Нормальное количество околоплодных вод составляет:
 1. 200 – 500 мл
 2. 500 – 1500 мл
 3. 1500 – 2000 мл
 4. 2000 – 2500 мл
 5. 2500 – 3000 мл

9. При 12-недельной беременности отмечаются все указанные признаки и симптомы, кроме:
 1. Шевелений плода
 2. Сердечных сокращений, выявляемых при ультразвуковом исследовании
 3. Движений плода
 4. Признака Гегара
 5. Признака Пискачака

10. Для 22-недельной беременности характерно все указанное ниже, кроме:
 1. Жизнеспособности плода
 2. Массы плода > 500 г
 3. Длины плода > 25 см

4. Ощущений беременной шевелений плода
5. Отношения лецитин/сфингомиелин > 2:1

11. Признаками функциональной зрелости новорожденного являются все нижеперечисленные, кроме:

1. Небольшого количества сыровидной смазки
2. Достаточной спонтанной двигательной активности
3. Физиологического гипертонуса сгибателей
4. Активного сосания
5. Громкого крика

12. При оценке зрелости новорожденных, имеющих длину в пределах от 45 до 47 см, учитывают следующие признаки, кроме:

1. Расположения пупочного кольца
2. Состояния кожи и подкожной клетчатки
3. Наличия аномалий развития плода
4. Состояния ушных и носовых хрящей
5. Состояния половых органов

13. Обязательный осмотр смежных специалистов здоровой беременной включает осмотр:

1. Невропатолога
2. Терапевта
3. Эндокринолога
4. Стоматолога
5. Хирурга

14. Срок беременности устанавливается по следующим признакам, кроме:

1. Даты последней менструации
2. Изменения массы тела беременной
3. Шевеления плода
4. Величины матки при акушерском исследовании
5. Данных ультразвукового исследования

15. Первым приемом наружного акушерского исследования (прием Леопольда) определяют:

1. Высоту дна матки и часть плода, находящуюся около ее дна
2. Местонахождение головки по отношению к плоскостям малого таза
3. Предлежащую часть плода
4. Мелкие части плода
5. Спинку плода

16. Вторым приемом наружного акушерского исследования (прием Леопольда) определяют:

1. Высоту дна матки и часть плода, находящуюся около ее дна
2. Спинку и мелкие части плода
3. Местонахождение головки по отношению к плоскостям малого таза
4. Мелкие части плода
5. Предлежащую часть

17. Третьим приемом наружного акушерского исследования (прием Леопольда) определяют:

1. Высоту дна матки и часть плода, находящуюся около ее дна
2. Местонахождение головки по отношению к плоскостям малого таза
3. Предлежащую часть плода и ее отношение к малому тазу
4. Мелкие части плода
5. Спинку плода

18. Четвертым приемом наружного акушерского исследования (прием Леопольда) определяют:

1. Высоту дна матки и часть плода, находящуюся около ее дна
2. Местонахождение предлежащей части, положение предлежащей головки (согнутое или разогнутое)
3. Предлежащую часть
4. Мелкие части плода
5. Спинку плода

19. Женский таз состоит из:

1. Одной кости
2. Двух костей
3. Трех костей
4. Четырех костей
5. Пяти костей

20. Нормальные размеры женского таза – это:

1. 25 – 28 – 30 – 21 см
2. 24 – 27 – 29 – 19 см
3. 23 – 26 – 28 – 18 см
4. 25 – 26 – 29 – 17 см
5. 25 – 28 – 30 – 18 см

21. В полости малого таза выделяют:

1. Одну плоскость
2. Две плоскости
3. Три плоскости

4. Четыре плоскости
5. Пять плоскостей

22. Плоскости малого таза все нижеперечисленные, кроме:

1. Плоскости входа в таз
2. Плоскости широкой части полости малого таза
3. Плоскости большого таза
4. Плоскости узкой части полости малого таза
5. Плоскости выхода таза

23. Границами плоскости широкой части полости малого таза являются:

1. Безымянная линия, верхний край лонного сочленения
2. Спереди – середина внутренней поверхности лонного сочленения, сзади – место соединения 2 – 3 крестцовых позвонков, по бокам – середина вертлужных впадин
3. Спереди – нижний край лонного сочленения, сзади – крестцово-копчиковое сочленение, по бокам – ости седалищных костей
4. Седалищные бугры
5. Верхушка копчика

24. Поперечный размер плоскости входа в таз равен:

1. 10 см
2. 11 см
3. 12 см
4. 12,5
5. 13 см

25. Размеры плоскости широкой части полости малого таза (прямой и поперечный):

1. 11,0 – 13,0 см
2. 12,5 – 12,5 см
3. 11,5 – 10,5 см
4. 11,5 – 11,0 см
5. 11,0 – 11,5 см

26. Границы плоскости узкой части полости малого таза:

1. Безымянная линия, верхний край лонного сочленения
2. Спереди – середина внутренней поверхности лонного сочленения, сзади – место соединения 2 – 3 крестцовых позвонков, по бокам – середина вертлужных впадин
3. Спереди – нижний край лонного сочленения, сзади – крестцово-копчиковое сочленение, по бокам – ости седалищных костей

4. Седалищные бугры
5. Верхушка копчика

27. Размеры плоскости узкой части полости малого таза (прямой и поперечный):

1. 11,0 – 13,5 см
2. 12,5 – 12,5 см
3. 11,5 – 10,5 см
4. 11,5 – 11,0 см
5. 11,0 – 10,5 см

28. Границы плоскости выхода из малого таза:

1. Безымянная линия, верхний край лонного сочленения
2. Спереди – середина внутренней поверхности лонного сочленения, сзади – место соединения 2 - 3 крестцовых позвонков, по бокам – середина вертлужных впадин
3. Спереди – нижний край лонного сочленения, сзади – крестцово-копчиковое сочленение, по бокам – ости седалищных костей
4. Спереди – нижний край лонного сочленения, сзади – верхушка крестцовой кости, по бокам – бугры седалищных костей
5. Верхушка копчика

29. Размеры плоскости выхода из малого таза (прямой и поперечный):

1. 11,0 – 13,5 см
2. 12,5 – 12,5 см
3. 11,5 – 10,5 см
4. 11,5 – 11,0 см
5. 11,0 – 12,0 см

30. Прямой размер плоскости выхода из малого таза равен:

1. 9,5 – 11,5 см
2. 13 см
3. 8 см
4. 12 см
5. 12,5 см

31. Нормальный размер истинной конъюгаты составляет:

1. 9 см
2. 10 см
3. 11 см
4. 11,5 см
5. 12 см

32. Истинная конъюгата определяется:

1. По диагональной конъюгате
2. Непосредственно тазомером
3. По наружным размерам таза
4. По наружной конъюгате
5. По размеру ромба Михаэлиса

33. Диагональная конъюгата измеряется:

1. При влагилицном исследовании
2. При измерении наружных размеров таза
3. По размерам ромба Михаэлиса
4. По истинной конъюгате
5. Непосредственно тазомером

34. Позиция плода определяется:

1. Отношением спинки задней стенке матки
2. Отношением головки к правой или левой стороне матки
3. Отношением спинки плода к передней стенке матки
4. Отношением спинки плода к левой или правой стороне матки
5. Отношением головки ко входу в малый таз

35. Первая позиция, передний вид:

1. Спинка плода определяется слева, малый родничок – слева спереди
2. Спинка плода определяется слева, малый родничок – слева сзади
3. Спинка плода определяется справа, малый родничок – справа спереди
4. Спинка плода определяется справа, малый родничок – справа сзади
5. Головка плода обращена к правой стенке матки, тазовый конец – к левой стенке матки

36. Первая позиция, задний вид:

1. Спинка плода определяется слева, малый родничок – слева спереди
2. Спинка плода определяется слева, малый родничок – слева сзади
3. Спинка плода определяется справа, малый родничок – справа спереди
4. Спинка плода определяется справа, малый родничок – справа сзади
5. Головка плода обращена к правой стенке матки, тазовый конец – к левой стенке матки

37. Вторая позиция, задний вид:

1. Спинка плода определяется слева, малый родничок – слева спереди
2. Спинка плода определяется слева, малый родничок – слева сзади
3. Спинка плода определяется справа, малый родничок – справа спереди
4. Спинка плода определяется справа, малый родничок – справа сзади

5. Головка плода обращена к правой стенке матки, тазовый конец – к левой стенке матки

38. Вторая позиция, передний вид:

1. Спинка плода определяется слева, малый родничок – слева спереди
2. Спинка плода определяется слева, малый родничок – слева сзади
3. Спинка плода определяется справа, малый родничок – справа спереди
4. Спинка плода определяется справа, малый родничок – справа сзади
5. Головка плода обращена к правой стенке матки, тазовый конец – к левой стенке матки

39. Признаки нормального членорасположения плода все, кроме:

1. Туловище плода согнуто
2. Головка наклонена к грудной клетке
3. Ручки скрещены на грудной клетке
4. Ножки согнуты в тазобедренных и разогнуты в коленных суставах
5. Ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах и прижаты к животу

40. Позиция плода при поперечном положении плода определяется:

1. Положением головки (справа, слева)
2. Положением тазового конца (справа, слева)
3. Положением спинки плода (спереди, сзади)
4. Положением малого родничка на головке плода
5. Положением мелких частей плода

41. Малый косой размер головки плода – это:

1. Расстояние от подзатылочной ямки до переднего края большого родничка
2. Расстояние от затылочного бугра до границы волосистой части головы
3. Расстояние от подбородка до затылочного бугра
4. Расстояние от переносицы до затылочного бугра
5. Расстояние от верхушки темени до подъязычной области

42. Малый косой размер головки плода равен:

1. 9,5 см
2. 10 см
3. 11 см
4. 12 см
5. 13 см

43. Средний косой размер головки плода – это:

1. Расстояние от подзатылочной ямки до переднего края большого родничка

2. Расстояние от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба
3. Расстояние от подбородка до затылочного бугра
4. Расстояние от переносицы до затылочного бугра
5. Расстояние от верхушки темени до подъязычной области

44. Средний косой размер головки плода равен:

1. 9,5 см
2. 10 см
3. 11 см
4. 12 см
5. 13 см

45. Прямой размер головки плода – это:

1. Расстояние от подзатылочной ямки до переднего края большого родничка
2. Расстояние от затылочного бугра до границы волосистой части головы
3. Расстояние от подбородка до затылочного бугра
4. Расстояние от надпереносья до затылочного бугра
5. Расстояние от верхушки темени до подъязычной области

46. Прямой размер головки плода равен:

1. 9,5 см
2. 10 см
3. 11 см
4. 12 см
5. 13 см

47. Большой косой размер головки плода – это:

1. Расстояние от подзатылочной ямки до переднего края большого родничка
2. Расстояние от затылочного бугра до границы волосистой части головы
3. Расстояние от подбородка до затылочного бугра
4. Расстояние от переносицы до затылочного бугра
5. Расстояние от верхушки темени до подъязычной области

48. Большой косой размер головки плода равен:

1. 9,5 см
2. 10 см
3. 11 см
4. 12 см
5. 13,0 – 13,5 см

49. Для определения истинной конъюгаты используют следующие размеры:

1. Рост женщины
2. Диагональную конъюгату
3. Прямой размер широкой части полости малого таза
4. Наружную конъюгату
5. Прямой размер выхода таза

50. Наружный слой тазового дна включает следующие мышцы:

1. Луковично-пещеристую мышцу
2. Седалищно-пещеристую мышцу
3. Поверхностную поперечную мышцу промежности
4. Наружный жом заднего прохода
5. Все вышеперечисленные

51. Сердцебиение плода при первой позиции тазового предлежания лучше прослушивается:

1. Сверху слева от пупка
2. Снизу слева от пупка
3. Сверху справа от пупка
4. Снизу справа от пупка
5. На уровне пупка

52. В норме частота сердцебиения плода составляет:

1. 60 – 90 ударов в минуту
2. 90 – 100 ударов в минуту
3. 120 – 160 ударов в минуту
4. 100 – 120 ударов в минуту
5. 160 – 180 ударов в минуту

53. На кардиотокограмме регистрируются:

1. Частота сердечных сокращений плода
2. Сократительная активность матки
3. Электрокардиограмма плода
4. Электрокардиограмма матери
5. Частота сердечных сокращений матери

54. Применение ультразвукового исследования в акушерстве позволяет:

1. Провести морфометрию плода
2. Диагностировать пороки развития плода
3. Оценить состояние плаценты
4. Оценить кровоток по магистральным маточным и плодовым артериям
5. Все вышеперечисленное

55. Определение содержания хорионического гонадотропина в сыворотке крови и в моче имеет диагностическое значение:

1. В I триместре беременности
2. В III триместре беременности
3. На протяжении всей беременности
4. Во II триместре беременности
5. В послеродовом периоде

56. Альфа-фетопротеин:

1. Относится к гликопротеидам
2. Образуется первоначально в желточном мешке, затем в печени плода, оттуда поступает в кровь матери
3. Повышается при аномалиях развития нервной трубки (анэнцефалия, spina bifida и др.)
4. Альфа-фетопротеин проникает в организм матери через плаценту
5. Все вышеперечисленное

57. При расшифровке кардиотокограмм анализируют все параметры, кроме:

1. Амплитуды мгновенных осцилляций
2. Количества акцелераций
3. Базальной частоты сердечных сокращений
4. Наличия децелераций
5. Интервала ST

58. Децелерации называются поздними, если:

1. Имеет место запоздалая реакция частоты сердечных сокращений плода на схватку
2. Замедление частоты сердечных сокращений плода возникает через 30 с после начала сокращения матки
3. Возникают на поздних сроках беременности
4. Замедление частоты сердечных сокращений плода возникает с началом сокращения матки
5. Увеличение частоты сердечных сокращений плода возникает через 30 с после начала сокращения матки

59. Ранняя децелерация:

1. Не сопровождается биохимическими изменениями крови
2. Встречается у незрелых плодов
3. Встречается при относительном несоответствии между головкой плода и тазом, при ригидной шейке матки
4. Начинается одновременно со схваткой
5. Все вышеперечисленное верно

60. Необходимое обследование в ранние сроки неосложненной беременности включает все перечисленное, кроме:

1. Повторного определения уровня хорионического гонадотропина
2. Определения уровня гемоглобина
3. Серологического исследования крови
4. Цитологии шейки матки
5. Определения группы крови и резус-фактора

61. Определение предполагаемого срока родов не основывается на:

1. Дате первого шевеления плода
2. Дате первого дня последней менструации
3. Овуляции на 14-й день цикла
4. Данных ультразвукового исследования
5. Данных объективного исследования

62. Первобеременные начинают ощущать шевеления плода:

1. В 16 недель беременности
2. В 18 недель беременности
3. В 20 недель беременности
4. В 22 недели беременности
5. В 28 недель беременности

63. К достоверным признакам беременности относится:

1. Задержка менструации
2. Выслушивание сердцебиения плода
3. Наличие отделяемого из молочных желез
4. Нагрубание молочных желез
5. Увеличение размеров живота

64. В отношении лактации неверными являются следующие утверждения:

1. Стимуляция соска ведет к выбросу пролактина
2. Лактация связана с действием пролактина
3. Лактация поддерживается окситоцином
4. Увеличение выработки молока идет под влиянием эстрогенов
5. Лактация связана с действием андрогенов

65. Во II триместре беременности могут иметь место указанные ниже осложнения:

1. Преждевременные роды
2. Истмико-цервикальная недостаточность
3. Преждевременный разрыв плодных оболочек
4. Предлежание плаценты
5. Все вышеперечисленные

66. Физиологические особенности беременной включают все нижеперечисленное, кроме:

1. Увеличения сердечного выброса
2. Увеличения вентиляции легких
3. Увеличения потребления кислорода
4. Увеличения функциональной остаточной емкости легких
5. Повышения артериального давления

67. Высоту стояния дна матки определяют:

1. Первым приемом наружного акушерского исследования
2. Вторым приемом наружного акушерского исследования
3. Третьим приемом наружного акушерского исследования
4. Четвертым приемом наружного акушерского исследования
5. При влагалищном исследовании

68. К предположительным признакам беременности относятся все, кроме:

1. Изменения аппетита
2. Изменения обонятельных ощущений
3. Аменореи
4. Пигментации кожи на лице
5. Изменения настроения

69. Вероятные признаки беременности все, кроме:

1. Аменореи
2. Появления молозива
3. Изменения формы, величины матки
4. Пигментации кожи на лице
5. Цианоза слизистой оболочки влагалища

70. Признаки Снегирева, Горвица-Хегара, Пискачака, Гентера являются:

1. Предположительными признаками беременности
2. Вероятными признаками беременности
3. Достоверными признаками беременности

71. В отношении молочных желез неверно следующее утверждение:

1. Развитие молочной железы в первой половине беременности осуществляется действием эстрогенов на молочные протоки
2. Развитие груди обеспечено синергизмом действия гормонов
3. На рост альвеол молочной железы влияет прогестерон
4. К лактации молочные железы подготавливает лактоген
5. Развитие молочных желез при беременности обусловлено отложением жира

72. Во время беременности передней долей гипофиза матери синтезируется:

1. Прогестерон
2. Пролактин
3. Эстриол
4. Человеческий плацентарный лактоген
5. Человеческий хорионический гонадотропин

73. Из утверждений о возможности зачатия после родоразрешения неверно следующее:

1. Овуляция у нелактирующих женщин может быть на 2 - 4-й неделе после родов
2. Метод родоразрешения не оказывает влияния на время появления овуляции
3. У кормящих грудью матерей овуляция чаще появляется через 4 месяца после родов
4. Нелактирующие женщины должны использовать методы контрацепции со времени первого коитуса после родов
5. Кормящие грудью женщины до появления первой менструации от беременности могут не предохраняться

74. Определение срока беременности при ультразвуковом исследовании осуществляется на основании измерения:

1. Бипариетального размера головки плода
2. Окружности живота
3. Длины бедра
4. Толщины плаценты
5. Ни одного из перечисленных

75. Менструальная функция при лактации после родов характеризуется:

1. Гиперполименореей
2. Аменореей вследствие высокого уровня пролактина
3. Аменореей вследствие снижения эстрогенов
4. Метроррагией
5. Ничем из вышеперечисленного

76. Изменения сердечно-сосудистой системы во время беременности включают:

1. Увеличение частоты сердечных сокращений
2. Увеличение ударного объема сердца
3. Увеличение сердечного выброса
4. Снижение общего периферического сопротивления сосудов, физиологическую гипертрофию левого желудочка
5. Все вышеперечисленное

77. Физиологические изменения гемодинамики во время беременности характеризуются:

1. Снижением объема циркулирующей крови
2. Повышением объема циркулирующей крови
3. Повышением периферического сопротивления сосудов
4. Отсутствием изменений

78. Как изменяется систолическое и диастолическое артериальное давление во время беременности:

1. Не изменяется на протяжении беременности
2. Снижается в I и II триместрах беременности
3. Повышается во II триместре беременности
4. Повышается в I триместре беременности
5. Повышается в I триместре беременности и снижается во II

79. Нормальные изменения аускультативной картины сердца во время беременности:

1. Систолический шум на верхушке сердца и легочной артерии
2. Усиленное I тона на верхушке сердца, его расщепление
3. Акцент II тона на легочной артерии
4. Ничего из вышеперечисленного
5. Все из вышеперечисленного

80. Изменения на ЭКГ во время физиологически протекающей беременности:

1. Сдвиг электрической оси сердца влево с соответствующими изменениями комплекса QRS
2. Снижение сегмента ST, инверсия зубца T
3. Увеличение и раздвоение зубца S
4. Увеличение зубца R в 4 – 6 отведениях и укорочение интервала PQ
5. Все вышеперечисленное

81. Гематологические изменения в организме беременной женщины:

1. Снижение числа эритроцитов, уровня гемоглобина, величины гематокрита, повышение числа лейкоцитов, скорости оседания эритроцитов
2. Повышение числа эритроцитов, уровня гемоглобина, величины гематокрита, повышение числа лейкоцитов, скорости оседания эритроцитов
3. Повышение числа эритроцитов, уровня гемоглобина, величины гематокрита, скорости оседания эритроцитов, снижение числа лейкоцитов

82. Как изменяется содержание лейкоцитов во время беременности:

1. Не изменяется
2. Увеличивается до $11,0 \times 10^9/\text{л}$
3. Увеличивается до $13,0 \times 10^9/\text{л}$
4. Уменьшается ниже $6,0 \times 10^9/\text{л}$
5. Допускается повышение уровня лейкоцитов до $15,0 \times 10^9/\text{л}$

83. Нормальные показатели скорости оседания эритроцитов при физиологически протекающей беременности:

1. До 20 мм/ч
2. Допустимо ускорение 20 – 50 мм/ч
3. 50 – 60 мм/ч

84. Для физиологически протекающей беременности характерно состояние:

1. Нормокоагуляции
2. Гипокоагуляции
3. Гиперкоагуляции

85. Факторы, способствующие задержке жидкости в организме беременной:

1. Задержка натрия
2. Перестройка осморегуляции
3. Снижение порога ощущения жажды
4. Снижение онкотического давления в плазме
5. Все вышеречисленные

86. Последствия задержки жидкости в организме беременной:

1. Снижение уровня гемоглобина, величины гематокрита, концентрации альбумина в плазме, увеличение ударного объема сердца и почечного кровотока
2. Повышение уровня гемоглобина, величины гематокрита, концентрации альбумина в плазме, увеличение ударного объема сердца и почечного кровотока
3. Снижение уровня гемоглобина, величины гематокрита, концентрации альбумина в плазме, ударного объема сердца и почечного кровотока

87. Изменения функции почек при физиологически протекающей беременности:

1. Увеличение почечного кровотока, клубочковой фильтрации, отсутствие изменений канальцевой реабсорбции
2. Уменьшение почечного кровотока, клубочковой фильтрации, повышение канальцевой реабсорбции
3. Увеличение почечного кровотока, уменьшение клубочковой фильтрации, отсутствие изменений канальцевой реабсорбции

4. Уменьшение почечного кровотока, увеличение клубочковой фильтрации, уменьшение канальцевой реабсорбции

88. Верхняя граница нормы количества лейкоцитов в пробе по Нечипоренко:

1. $1,0 \times 10^6 / \text{л}$
2. $2,0 \times 10^6 / \text{л}$
3. $4,0 \times 10^6 / \text{л}$
4. $5,0 \times 10^6 / \text{л}$
5. $6,0 \times 10^6 / \text{л}$

89. Изменения газов артериальной крови и кислотно-основного равновесия:

1. Снижение p_{CO_2} , повышение p_{O_2} , $p\text{H}$ изменяется мало, повышение экскреции бикарбонатов
2. Повышение p_{CO_2} , повышение p_{O_2} , $p\text{H}$ снижается, снижение экскреции бикарбонатов
3. Снижение p_{CO_2} , повышение p_{O_2} , $p\text{H}$ повышается, экскреция бикарбонатов не изменяется
4. Снижение p_{CO_2} , снижение p_{O_2} , $p\text{H}$, повышение экскреции бикарбонатов

90. При физиологически протекающей беременности в системе органов дыхания происходят следующие компенсаторные изменения:

1. Увеличиваются частота дыхания, дыхательный объем, минутный объем дыхания;
2. Уменьшаются частота дыхания, дыхательный объем, минутный объем дыхания;
3. Частота дыхания, дыхательный объем, минутный объем дыхания не изменяются;
4. Увеличиваются частота дыхания, дыхательный объем, уменьшается минутный объем дыхания

91. Во время беременности в матке происходят следующие изменения:

1. Гипертрофия мышечных волокон
2. Гиперплазия мышечных волокон
3. Удлинение каждого мышечного волокна
4. Увеличение объема полости матки
5. Все вышеперечисленное

92. Послеродовой период – это период продолжающийся:

1. Первые 2 часа после рождения последа
2. 5 – 6 дней пребывания роженицы в роддоме
3. 1 месяц после родов

4. 56 дней при неосложненных и 70 дней после осложненных родов
5. 6 – 8 недель после родов

93. Верным утверждением относительно инволюционных процессов в репродуктивной системе является:

1. Наиболее выраженные инволюционные процессы происходят в матке
2. Высота стояния дна матки в первые сутки после родов находится на уровне пупка
3. Через 24 часа после родов внутренний зев проходим для двух пальцев
4. Отторжение поверхностного слоя децидуальной оболочки происходит в течение 3-х дней
5. Кормление ребенка грудью не влияет на процесс сокращения матки

94. В течение первых 10 – 12 дней после родов дно матки опускается ежедневно на:

1. 1 см
2. 0,5 см
3. 11,5 см
4. 1,5 – 2,0 см
5. 2 – 3 см

95. Неверным утверждением относительно послеродовых выделений (лохий) является:

1. Лохии представляют собой обрывки децидуальной оболочки, тканевой детрит, элементы крови
2. Характер лохий на протяжении послеродового периода меняется
3. Лохии имеют кислую среду (рН 5,5)
4. Количество лохий в первые 8 дней послеродового периода достигает 500 – 1000 мл
5. Выделение лохий полностью прекращается к моменту выписки роженицы из стационара

96. Лохии становятся lochia alba:

1. К 2 дню послеродового периода
2. К 4 - 5 дню послеродового периода
3. К 10 дню послеродового периода
4. К 14 дню послеродового периода
5. К 21 дню послеродового периода

97. Относительно восстановления менструальной функции в послеродовом периоде являются верными утверждения:

1. После родов в яичниках заканчивается регресс желтого тела и начинается созревание фолликулов

2. Первый цикл обычно бывает ановуляторный
3. Менструалоподобные выделения являются следствием отторжения слизистой в ответ на падение уровня эстрогенов при атрезии незрелого фолликула
4. Овуляторные менструальные циклы восстанавливаются только после прекращения лактации
5. Менструальная и детородная функции восстанавливаются, как правило, к концу послеродового периода

98. Формирование цервикального канала начинается:

1. На 1 сутки послеродового периода
2. На 2 сутки послеродового периода
3. На 3 сутки послеродового периода
4. На 4 сутки послеродового периода
5. На 5 сутки послеродового периода

99. Полностью формируется шейка матки и закрывается внутренний зев:

1. На 3 – 5 сутки послеродового периода
2. На 5 – 6 сутки послеродового периода
3. На 6 – 7 сутки послеродового периода
4. На 8 – 9 сутки послеродового периода
5. На 10 – 11 сутки послеродового периода

100. Закрытие наружного зева матки в послеродовом периоде происходит:

1. К концу 1 недели
2. К концу 4 недели
3. К концу 2 недели
4. К концу 5 недели
5. К концу 3 недели

101. Эпителизация внутренней поверхности матки, за исключением плацентарной площадки в послеродовом периоде завершается:

1. К 3 – 4 дню
2. К 5 – 6 дню
3. К 7 – 8 дню
4. К 8 – 9 дню
5. К 9 – 10 дню

102. Эпителизация плацентарной площадки в послеродовом периоде завершается:

1. К концу 1 – 2 недели

2. К концу 2 – 3 недели
3. К концу 3 – 4 недели
4. К концу 4 – 5 недели
5. К концу 6 – 8 недели

103. Выделение лохий прекращается в послеродовом периоде:

1. К концу 1 недели
2. К концу 2 недели
3. К концу 4 недели
4. К концу 3 недели
5. К концу 5 недели

104. Отделение молока в послеродовом периоде начинается:

1. На 1 – 2 день после родов
2. На 2 – 3 день после родов
3. На 3 – 4 день после родов
4. Сразу после родов

105. В образовании молока участвуют следующие гормоны:

1. Пролактин
2. Окситоцин
3. Адренкортикотропный гормон
4. Тироксин
5. Эстрогены

106. В состав молозива входят:

1. Молозивные тельца
2. Т- и В - лимфоциты
3. Молочные шарики
4. Большое количество углеводов
5. Жиры, богатые каротиноидами

107. Защитная и иммуномодулирующая функция женского молока зависит от наличия в нем:

1. Антител
2. Лактоферрина
3. Лизоцима
4. Макрофагов
5. β-каротина

108. Нарушения мочеиспускания в послеродовом периоде могут быть связаны:

1. С понижением тонуса мышц мочевого пузыря

2. Со снижением почечного кровотока
3. С отсутствием позыва к мочеиспусканию
4. С отеком уретры
5. С мелкими кровоизлияниями в шейке мочевого пузыря

109. Профилактика гнойно-воспалительных заболеваний в послеродовом отделении обеспечивается следующими организационными мероприятиями:

1. Соблюдением асептики и антисептики персоналом отделения
2. Циклическим заполнением палат
3. Раздельным пребыванием матери и ребенка
4. Соблюдением нормативов площади на родильную койку
5. Проведением влажной уборки не реже 2-х раз в сутки и заключительной дезинфекции после выписки родильниц

110. Оценка состояния родильницы в послеродовом отделении проводится по следующим показателям:

1. Цвет кожных покровов и слизистых
2. Пульс и артериальное давление
3. Состояние молочных желез и лактации
4. Уровень стояния дна матки и характер лохий
5. Всем вышеперечисленным

111. Основные принципы ведения родильницы в послеродовом периоде все нижеперечисленные, кроме:

1. Профилактики гнойно-септической инфекции
2. Грудного вскармливания
3. Постельного режима
4. Совместного пребывания матери с ребенком
5. Рационального питания

Тема 5: «Роды физиологические»

1. Срочные роды – это роды в сроке беременности:

1. 22 – 28 недель
2. 22 – 32 недели
3. 28 – 36 недель
4. 36 – 42 недели
5. 38 – 42 недели

2. Графическое изображение течения родов – это:

1. Кардиотокограмма
2. Фонокардиограмма

3. Пиктограмма
4. Партограмма
5. Гравидограмма

3. Бальная оценка степени «зрелости» шейки матки предусматривает оценку всех следующих признаков, кроме

1. Симптома «зрачка»
2. Консистенции влагалищной части шейки матки
3. Длины шейки матки
4. Прходимости цервикального канала
5. Расположения по проводной оси таза

4. Перечислите периоды родов:

1. Физиологический прелиминарный период
2. Период раскрытия
3. Период изгнания
4. Послеродовый период
5. Последовый период

5. Началом первого периода родов является:

1. Излитие околоплодных вод
2. Наличие «зрелой» шейки матки
3. Появление регулярных схваток с интервалом не реже чем 10 – 15 мин
4. Сглаживание и раскрытие шейки матки
5. Болезненность схваток

6. Первая фаза первого периода родов называется:

1. Прелиминарная
2. Латентная
3. Подготовительная
4. Активная
5. Замедления

7. Частота схваток в латентную фазу первого периода родов:

1. 2 за 10 минут
2. 6 – 8 за 10 минут
3. 3 за 10 минут
4. 4 – 4,5 за 10 минут
5. 5 – 6 за 10 минут

8. Влагалищное исследование в первом периоде родов проводят при всех перечисленных ниже клинических ситуациях, кроме:

1. Излития околоплодных вод

2. Появления кровянистых выделений из половых путей
3. Изменения сердцебиения плода
4. Хронической фетоплацентарной недостаточности
5. Выпадения петель пуповины

9. Преждевременное излитие околоплодных вод – это излитие околоплодных вод:

1. До начала регулярной родовой деятельности
2. С началом регулярной родовой деятельности
3. При открытии шейки матки на 5 – 6 см
4. При открытии шейки матки на 7 – 8 см
5. При полном открытии шейки матки

10. Раннее излитие околоплодных вод – это излитие околоплодных вод:

1. До начала регулярной родовой деятельности
2. С началом регулярной родовой деятельности
3. При открытии шейки матки до 56 см
4. При полном открытии шейки матки
5. При начале потужной деятельности

11. Длительный безводный период – это промежуток времени после излития вод:

1. До 6 часов
2. До 8 часов
3. До 12 часов
4. До 16 часов
5. До 24 часов

12. Родовые схватки характеризуются:

1. Периодичностью, длительностью, продолжительностью, болезненностью и силой сокращения
2. Нерегулярностью, болезненностью
3. Тем, что роженица может управлять ими
4. Тем, что они начинаются в нижнем сегменте и распространяются вверх до дна
5. Тем, что они не изменяют продолжительности на протяжении родов

13. Раскрытие шейки матки в родах у первородящих происходит:

1. С наружного зева
2. Быстрее, чем у повторнородящих
3. Оба зева раскрываются одновременно
4. С внутреннего зева: сглаживается шейка, потом раскрывается наружный зев

14. Продолжительность периода раскрытия шейки матки у первородящих:

1. 5 – 6 ч
2. 6 – 7 ч
3. 8 – 10 ч
4. 10 – 12 ч
5. 12 – 14 ч

15. Продолжительность периода раскрытия шейки матки у повторнородящих:

1. 5 – 6 ч
2. 6 – 7 ч
3. 8 – 10 ч
4. 10 – 12 ч
5. 12 – 14 ч

16. Скорость раскрытия шейки матки в латентную фазу родов у первородящих составляет:

1. 0,35 см/час
2. 0,45 см/час
3. 0,5 см/час
4. 0,5 – 1,0 см/час
5. 1,0 см/час

17. Скорость раскрытия шейки матки в активную фазу родов у первородящих составляет:

1. 1,0 – 1,5 см/час
2. 1,5 – 2,0 см/час
3. 2,0 – 2,5 см/час
4. 2,5 – 3,0 см/час
5. 3,0 – 3,5 см/час

18. Скорость раскрытия шейки матки в активную фазу родов у повторнородящих составляет:

1. 1,0 – 1,5 см/час
2. 1,5 – 2,0 см/час
3. 2,0 – 2,5 см/час
4. 2,5 – 3,0 см/час
5. 3,0 – 3,5 см/час

19. Частота затылочного предлежания плода:

1. 20%

2. 60%
3. 70%
4. 85%
5. 95%

20. Вставление головки плода – это нахождение головки плода:

1. Над входом в малый таз
2. В плоскости входа в малый таз
3. В плоскости широкой части малого таза
4. В плоскости узкой части малого таза
5. В плоскости выхода малого таза

21. Проводная точка – это:

1. Точка на предлежащей части плода, которая первой опускается во вход таза
2. Точка опоры, вокруг которой при прорезывании происходит вращение головки
3. Точка фиксации
4. Нижний край лонного сочленения
5. Мыс крестца

22. Головка плода вступает во вход в малый таз при переднем виде затылочного предлежания:

1. В правом косом размере
2. В поперечном размере
3. В поперечном или слегка косом размере
4. В прямом размере
5. В левом косом размере

23. Последовательность основных движений плода во время родов при переднем виде затылочного предлежания:

1. Продвижение, внутренний поворот, сгибание головки
2. Вставление, сгибание головки, продвижение плода
3. Вставление, продвижение, сгибание головки
4. Вставление, сгибание, внутренний поворот головки
5. Вставление, сгибание, внутренний поворот головки, разгибание

24. Первый момент биомеханизма родов при переднем виде затылочного предлежания:

1. Сгибание головки
2. Разгибание головки
3. Внутренний поворот головки
4. Дополнительное сгибание головки

5. Максимальное сгибание головки

25. Второй момент биомеханизма родов при переднем виде затылочного предлежания:

1. Сгибание головки
2. Опускание головки в полость малого таза с образованием асинклизма
3. Разгибание головки
4. Внутренний поворот головки затылком кпереди
5. Внутренний поворот головки затылком кзади

26. Третий момент биомеханизма родов при переднем виде затылочного предлежания:

1. Сгибание головки
2. Разгибание головки
3. Внутренний поворот головки
4. Дополнительное сгибание головки
5. Максимальное сгибание головки

27. Точкой фиксации головки плода при переднем виде затылочного предлежания является:

1. Затылочный бугор
2. Подзатылочная ямка и граница волосистой части лба
3. Подзатылочная ямка
4. Затылочный бугор и надпереносье
5. Граница волосистой части лба

28. При переднем виде затылочного предлежания головка рождается:

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

29. Конфигурация головки – это:

1. Изменение ее формы при прохождении через родовые пути
2. Образование родовой опухоли
3. Сгибание головки
4. Разгибание головки
5. Внутренний поворот головки

30. Конфигурация головки при переднем виде затылочного предлежания:

1. Резкая долихоцефалическая

2. Брахицефалическая
3. Долихоцефалическая с впадением в области большого родничка
4. Долихоцефалическая
5. Резкая брахицефалическая

31. Первый момент биомеханизма родов при заднем виде затылочного предлежания:

1. Сгибание головки
2. Разгибание головки
3. Внутренний поворот головки
4. Дополнительное сгибание головки
5. Максимальное сгибание головки

32. Второй момент биомеханизма родов при заднем виде затылочного предлежания:

1. Сгибание головки
2. Разгибание головки
3. Внутренний поворот головки
4. Дополнительное сгибание головки
5. Максимальное сгибание головки

33. Третий момент биомеханизма родов при заднем виде затылочного предлежания:

1. Дополнительное сгибание головки
2. Разгибание головки
3. Максимальное сгибание головки
4. Внутренний поворот плечиков
5. Внутренний поворот головки затылком кзади

34. Четвертый момент биомеханизма родов при заднем виде затылочного предлежания:

1. Дополнительное сгибание головки
2. Разгибание головки
3. Максимальное сгибание головки
4. Внутренний поворот плечиков
5. Внутренний поворот головки затылком кзади

35. Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания отличается от подобного биомеханизма при переднем виде затылочного предлежания:

1. Количеством моментов
2. Проводной точкой
3. Наличием дополнительной точки фиксации

4. Всем перечисленным
5. Не отличается

36. Точкой фиксации головки плода при заднем виде затылочного предлежания является:

1. Затылочный бугор
2. Подзатылочная ямка и граница волосистой части лба
3. Подзатылочная ямка
4. Затылочный бугор и надпереносье
5. Граница волосистой части лба

37. При заднем виде затылочного предлежания головка рождается:

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

38. Биомеханизм родов: сгибание головки плода во входе в малый таз; внутренний поворот головки в полости малого таза затылком кпереди; разгибание головки характерен для:

1. Переднеголового предлежания
2. Лобного предлежания
3. Затылочного предлежания, передний вид
4. Затылочного предлежания, задний вид
5. Лицевого предлежания

39. При переходе из плоскости узкой части малого таза в плоскость выхода головка плода совершает:

1. Дополнительное сгибание
2. Внутренний поворот
3. Разгибание
4. Сгибание
5. Дополнительное разгибание

40. На тазовом дне стреловидный шов на головке плода устанавливается в:

1. Правом косом размере
2. Поперечном размере
3. Прямом размере
4. Левом косом размере

41. Период изгнания начинается с момента:

1. Отхождения вод

2. Полного открытия шейки матки
3. Появления потуг
4. Опускания головки на тазовое дно
5. Врезывания головки

42. Дайте характеристику «головка плода на тазовом дне»:

1. При наружном исследовании головка не определяется над входом в малый таз
2. Седалищные ости не доступны пальпации
3. Внутренняя поверхность лобкового симфиза выполнена головкой
4. Стреловидный шов расположен в прямом размере
5. Все перечисленное выше

43. Для определения «головка малым сегментом во входе малого таза» не характерно:

1. При наружном исследовании большая часть головки находится над плоскостью входа в малый таз
2. Крестцовая впадина свободна
3. Верхний край лобкового сочленения закрыт головкой
4. Стреловидный шов расположен в прямом размере
5. Головкой занята верхняя треть лонного сочленения

44. Для определения «головка большим сегментом во входе малого таза» не характерно:

1. Головкой занята верхняя треть лонного сочленения
2. Крестцовая впадина свободна
3. Головкой занята внутренняя поверхность первого крестцового позвонка и мыс
4. Стреловидный шов расположен в прямом размере
5. Над входом в таз определяется небольшой сегмент головки

45. Для определения «головка в широкой части полости малого таза» не характерно:

1. Головкой заняты две трети поверхности лонного сочленения
2. Головкой занята верхняя половина поверхности крестца
3. Доступны пальпации седалищные ости
4. Не доступны пальпации седалищные ости
5. Над входом в таз определяется меньшая часть головки

46. Клинические признаки окончания второго периода родов:

1. Излитие задних околоплодных вод
2. Рождение плода
3. Отделение плаценты

4. Прекращение родовой деятельности

47. Основные моменты оказания акушерского пособия в родах:

1. Регулирование продвижения прорезывающейся головки
2. Проведение перинеотомии
3. Бережное выведение плечиков плода
4. Проведение эпизиотомии
5. Медленное, равномерное растяжение тканей

48. Плечевой пояс плода прорезывается:

1. В прямом размере
2. В правом косом размере
3. В поперечном размере
4. В левом косом размере

49. Продолжительность периода изгнания у первородящих:

1. 15 – 30 минут
2. 30 – 60 минут
3. 60 – 90 минут
4. 60 – 120 минут
5. 120 – 150 минут

50. Продолжительность периода изгнания у повторнородящих:

1. 15 – 30 минут
2. 30 – 60 минут
3. 60 – 90 минут
4. 60 – 120 минут
5. 120 – 150 минут

51. Сердцебиение плода во втором периоде родов контролируется:

1. После каждой потуги
2. Через каждые 15 минут
3. Через каждые 10 минут
4. Через каждые 5 минут
5. В начале второго периода

52. Показания к перинеотомии (эпизиотомии):

1. Высокая ригидная промежность
2. Угрожающий разрыв промежности
3. Преждевременные роды
4. Оперативное влагалищное родоразрешение
5. Все вышеперечисленные

53. Основные признаки отделения плаценты от стенки матки все, кроме:

1. Признак Шредера
2. Признак Альфельда
3. Признак Микулича
4. Признак Кюстнера-Чукалова
5. Признак Пискачека

54. Перечислите способы выделения отделившегося последа:

1. Способ Абуладзе
2. Способ Гентера
3. Способ КредеЛазаревича
4. Способ МорисоЛевре
5. Способ Цовьянова

55. Максимальная продолжительность выжидательной тактики при отсутствии кровотечения в третьем периоде родов составляет:

1. 5 – 10 минут
2. 15 – 20 минут
3. 40 – 45 минут
4. 30 минут
5. До 60 минут

56. Индивидуально допустимая кровопотеря в родах у здоровой роженицы не должна превышать:

1. 0,3 % от массы тела
2. 0,3 – 0,5 % от массы тела
3. 0,5 % от массы тела
4. 0,5 – 1,0% от массы тела
5. 0,1 – 0,3% от массы тела

57. После физиологических родов родильница находится в родильном зале в течение:

1. 1 часа
2. 3-х часов
3. 2 часов
4. 30 минут
5. 4-х часов

58. Ретроплацентарная гематома при отделении последа образуется в результате:

1. Краевого отделения плаценты
2. Центрального отделения плаценты

3. Частичного отделения плаценты
4. Полного отделения плаценты
5. Ничего из вышеперечисленного

59. К признакам отделения последа относят:

1. Изменение формы и высоты стояния дна матки
2. Инструмент, наложенный на пуповину на уровне половой щели, опускается на 10 – 12 см
3. При надавливании на живот над лобковой областью пуповина не втягивается
4. Все вышеперечисленное верно
5. Ничего из вышеперечисленного

60. Факторы, имеющие значение для отделения и выделения плаценты:

1. Маточные схватки
2. Ретроплацентарная гематома
3. Сокращение объема матки после рождения плода
4. Все вышеперечисленное верно
5. Ничего из вышеперечисленного

61. Профилактика кровотечения должна проводиться:

1. В начале первого периода родов
2. В конце первого периода родов
3. С началом потужной деятельности
4. В конце второго периода родов
5. Начиная с третьего периода

62. Показания для проведения индуцированных родов:

1. Осложнения беременности, угрожающие здоровью матери
2. Осложнения беременности, угрожающие состоянию плода
3. Внутриутробная гибель плода
4. Аномалии развития плода
5. Все вышеперечисленное

63. Программированные роды – это родовозбуждение при всех перечисленных условиях, кроме:

1. Доношенная беременность
2. Зрелый плод
3. Подготовленная шейка матки
4. При недоношенной беременности
5. В дневное время суток

64. Наиболее эффективным методом обезболивания в первом периоде родов является:

1. Наркотические анальгетики
2. Спазмолитические средства
3. Холинэргические средства
4. Продленная эпидуральная анестезия
5. Ненаркотические анальгетики

65. Обезболивание родов проводится:

1. Методами фармакологического воздействия
2. Методами немедикаментозного воздействия
3. Методами регионарной анестезии
4. Комплексным методом
5. Ингаляционным методом

66. Физиопсихопрофилактическая подготовка к родам – это все перечисленное, кроме:

1. Комплекс мероприятий, направленных на устранение страха перед родами и родовыми болями
2. Метод немедикаментозного воздействия
3. Метод комплексного обезболивания (немедикаментозный и медикаментозный) родов
4. Метод, безвредный для матери и плода
5. Сочетает психопрофилактическую подготовку к родам и физические упражнения

67. Медикаментозное обезболивание родов проводится:

1. Всегда на протяжении родов
2. Обязательно в I периоде родов
3. Обязательно во II периоде родов
4. При недостаточном обезболивающем эффекте методов немедикаментозного воздействия

68. Для обезболивания родов используют следующие лекарственные средства:

1. Анестетики
2. Наркотические анальгетики
3. Ненаркотические анальгетики
4. Седативные лекарственные средства
5. Все вышеперечисленные

69. Родовая боль возникает вследствие:

1. Раздражения нервных окончаний матки и родовых путей

2. Снижения порога болевой чувствительности мозга
3. Снижения продукции эндорфинов
4. Нарушения нормальных взаимосвязей между высшим отделом головного мозга и подкорковыми центрами
5. Всего вышеперечисленного

70. Показания для начала аналгезии в родах при отсутствии индивидуальных показаний:

1. Наличие выраженных болевых ощущений при установившейся регулярной родовой деятельности и раскрытии шейки матки на 3 – 4 см
2. Наличие регулярной родовой деятельности
3. Наличие болевых ощущений при начавшейся родовой деятельности
4. Наличие выраженных болевых ощущений при установившейся регулярной родовой деятельности и раскрытии шейки матки на 5 – 6 см

71. Для обезболивания родов применяют следующие анестетики:

1. Закись азота с кислородом
2. Трилен
3. Фторотан
4. Все перечисленные
5. Ничего из вышеперечисленного

72. Для длительной эпидуральной (перидуральной) анестезии применяются все перечисленные лекарственные средства, кроме

1. Тримекаина
2. Лидокаина
3. Бупивакаина
4. Фентанила

73. При длительной эпидуральной (перидуральной) анестезии возможны следующие осложнения:

1. Аллергическая реакция на анестетик
2. Артериальная гипотензия
3. Головная боль
4. Дыхательная недостаточность
5. Все вышеперечисленные

74. Для наложения акушерских щипцов применяют следующий метод обезболивания:

1. Ингаляция закиси азота с кислородом (2:1)
2. Внутривенное введение неингаляционного анестетика
3. Внутривенное введение анальгетика
4. Внутривенное введение седативных и спазмолитических средств

5. Ничего из вышеперечисленного.

75. При ручном обследовании послеродовой матки обычно применяют следующее обезболивание

1. Ингаляция закиси азота с кислородом (2:1)
2. Внутривенное введение неингаляционного анестетика
3. Внутривенное введение анальгетика
4. Внутривенное введение седативных и спазмолитических средств
5. Ничего из вышеперечисленного

76. При выборе метода обезболивания в родах учитывают все, кроме:

1. Наличия у роженицы гестоза
2. Ожирения
3. Многоплодия
4. Преждевременных родов
5. Времени суток

Тема 6: «Беременность и роды у женщин с экстрагенитальной патологией и заболеваниями репродуктивной системы»

1. Наиболее часто у беременных встречаются следующие пороки сердца:

1. Аортальная недостаточность
2. Дефект межпредсердной перегородки
3. Дефект межжелудочковой перегородки
4. Митральный стеноз
5. Пороки трикуспидального клапана

2. Наиболее опасным при беременности является:

1. Порок сердца с легочной гипертензией
2. Митральная недостаточность
3. Проплапс митрального клапана
4. Коарктация аорты
5. Дефект межжелудочковой перегородки

3. Физиологическими изменениями сердечно-сосудистой системы у беременных являются:

1. Увеличение объема циркулирующей крови
2. Увеличение ударного и минутного объемов сердца
3. Увеличение сердечного выброса
4. Снижение периферического сопротивления сосудов
5. Все вышеперечисленные

4. Причинами появления систолического шума на верхушке сердца у беременных являются:

1. Высокое стояние дна матки, ограничение подвижности диафрагмы
2. Изменение положения оси сердца
3. Перегиб легочной артерии
4. Увеличение тока крови
5. Все вышеперечисленные

5. Осложнениями беременности при патологии сердечно-сосудистой системы являются:

1. Фетоплацентарная недостаточность
2. Гестоз
3. Невынашивание
4. Тромбоэмболия
5. Все вышеперечисленные

6. Осложнениями родов при пороках сердца являются:

1. Несвоевременное излитие околоплодных вод
2. Аномалии родовой деятельности
3. Быстрые роды
4. Кровотечения
5. Все вышеперечисленные

7. Беременность заканчивается благоприятно при:

1. Митральном стенозе
2. Недостаточности митрального клапана
3. Комбинированном митральном пороке
4. Стенозе устья аорты
5. Стенозе устья легочной артерии

8. Противопоказанием к пролонгированию беременности является:

1. Дефект межпредсердной перегородки
2. Митральный стеноз 3 степени
3. Недостаточность митрального клапана
4. Проплапс митрального клапана
5. Недостаточность аортального клапана

9. Пролонгирование беременности противопоказано при перечисленных ниже пороках сердца:

1. Дефект межпредсердной перегородки
2. Аортальный стеноз
3. Дефект межжелудочковой перегородки
4. Недостаточность митрального клапана

5. Недостаточность трикуспидального клапана

10. Пролонгирование беременности противопоказано при следующих заболеваниях сердечно-сосудистой системы:
 1. Активный ревматический процесс
 2. Протрузия митрального клапана
 3. Недостаточность аортального клапана
 4. Недостаточность митрального клапана
 5. Дефект межпредсердной перегородки

11. Максимальная гемодинамическая нагрузка при заболеваниях сердечно-сосудистой системы отмечается в сроке беременности:
 1. 16 – 18 недель
 2. 22 – 24 недели
 3. 26 – 32 недели
 4. 36 – 37 недель
 5. 39 – 40 недель

12. Плановая госпитализация беременных с пороками сердца показана:
 1. До 12 недель беременности
 2. В 18 – 22 недели беременности
 3. В 28 – 32 недели беременности
 4. В 32 – 36 недель беременности
 5. В 37 – 38 недель беременности

13. Плановая госпитализация в 28 – 30 недель беременности показана женщинам с пороками сердца:
 1. Только при появлении признаков недостаточности кровообращения
 2. Только при митральном стенозе
 3. Только при комбинированном пороке сердца
 4. Только при коарктации аорты
 5. Всем независимо от вида порока сердца

14. Основными причинами развития недостаточности кровообращения у беременных являются:
 1. Заболевания почек
 2. Железодефицитная анемия
 3. Болезни миокарда
 4. Приобретенные пороки сердца
 5. Антифосфолипидный синдром

15. Резервные возможности сердца беременных лучше оценивать:

1. По способности переносить средние дневные нагрузки
2. По данным электрокардиографии
3. По данным фонокардиографии
4. По данным ультразвукового исследования сердца
5. Ни одно из вышеперечисленных

16. Для недостаточности кровообращения характерны все перечисленные ниже клинические симптомы, за исключением:

1. Одышки
2. Тахикардии
3. Цианоза
4. Анемии
5. Застойных явлений в малом и/или большом круге кровообращения

17. Декомпенсация заболеваний сердечно-сосудистой системы чаще отмечается:

1. В I периоде родов
2. Во II периоде родов
3. В III периоде родов
4. В раннем послеродовом периоде
5. В первые две недели после родов

18. У роженицы с ревматическим пороком сердца на 8 день послеродового периода отмечаются тахикардия, подъем температуры до $37,5^{\circ}$, С, скорость оседания эритроцитов выше 30 мм/ч, повышение титров циркулирующих антител к экзоферментам стрептококка. Это можно объяснить:

1. Обострением ревматического процесса
2. Естественным течением послеродового периода
3. Развитием пиелонефрита
4. Острой респираторной вирусной инфекцией
5. Анемией

19. В послеродовом периоде пациенткам с ревматическими пороками сердца необходима профилактика:

1. Инфекционного эндокардита
2. Анемии
3. Вирусной инфекции
4. Пиелонефрита
5. Мастита

20. При комбинированном пороке митрального клапана с преобладанием недостаточности без нарушения кровообращения беременность:

1. Можно сохранять.
2. Необходимо прервать.

21. При комбинированном пороке митрального клапана с преобладанием стеноза, отсутствии недостаточности кровообращения и легочной гипертензии беременность:

1. Можно сохранять.
2. Необходимо прервать.

22. После митральной комиссуротомии наступление беременности желательно:

1. В первые 2 года
2. Через 2 – 3 года
3. Через 3 – 5 лет
4. После 5 лет
5. В любое время после операции

23. У беременной с искусственным клапаном сердца при приеме антикоагулянтов непрямого действия международное нормализованное отношение следует поддерживать на уровне:

1. 0,8 – 1,3
2. 1,3 – 1,5
3. 1,5– 1,8
4. 1,8 – 2,0
5. 2,0 – 3,0

24. Выключение потуг при заболеваниях сердечно-сосудистой системы рекомендуется в следующих случаях:

1. Нарушение кровообращения во время родов
2. Артериальная гипертензия
3. Высокая легочная гипертензия
4. Артериальная гипотензия
5. Мерцательная аритмия

25. Кесарево сечение показано при следующих состояниях:

1. Недостаточность кровообращения II Б – III ст., сохраняющаяся к сроку родов, независимо от заболевания, вызвавшего декомпенсацию
2. Септический эндокардит
3. Острая сердечная недостаточность
4. Высокая легочная гипертензия, сочетающаяся с недостаточностью кровообращения II Б – III ст.
5. При всех вышеперечисленных состояниях

26. Критические сроки развития осложнений у родильниц с заболеваниями сердца:

1. С первых часов после родов до 3 – 5-го дня
2. Третья неделя после родов
3. Четвертая неделя после родов
4. 42 день после родов
5. 56 день после родов

27. Купирование отека легких у беременных с пороком сердца включает:

1. Обеспечение проходимости дыхательных путей, борьбу с гипоксией
2. Снижение давления в малом и большом кругах кровообращения
3. Повышение сократительной способности миокарда
4. Уменьшение альвеолярно-капиллярной проницаемости
5. Все вышеперечисленное

28. В послеродовом периоде у родильниц с тяжелыми пороками сердца отмечается:

1. Обострение ревматического процесса
2. Ухудшение функционального состояния миокарда
3. Нарастание хронической сердечной недостаточности
4. Развитие тромботических и тромбоэмболических осложнений
5. Все вышеперечисленное

29. Расстройство мозгового кровообращения при гипертонической болезни в первом периоде родов является показанием для:

1. Выжидательного ведения родов
2. Наложения акушерских щипцов
3. Операции кесарева сечения
4. Вакуум-экстракции
5. Плодоразрушающей операции

30. Хроническая артериальная гипертензия при беременности – это:

1. Артериальная гипертензия, диагностированная до наступления беременности
2. Артериальная гипертензия, диагностированная до 20-ой недели беременности, а также АГ, возникшая после 20 недели гестации,
3. Артериальная гипертензия, возникшая после 20 недели гестации, но не исчезнувшая после родов в течение 12 недель
4. Артериальная гипертензия, возникшая после 20 недели гестации и исчезнувшая после родов в течение 12 недель
5. Артериальная гипертензия, возникшая сразу после родов

31. Осложнения у матери, связанные с артериальной гипертензией:

1. Аритмия, сердечная недостаточность, отек легких
2. Кровоизлияние в мозг, тромбозы, церебральная гипоксия, отек мозга, кома
3. Диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови, гемолитическая ангиопатическая анемия
4. Некроз и разрыв печени, околопортальное и субкапсулярное кровоизлияние
5. Все вышеперечисленные

32. У женщин с артериальной гипертензией, диагностированной до 20 недель беременности, можно предположить следующие заболевания:

1. Предлежание плаценты
2. Хроническая артериальная гипертензия
3. Хромосомные аномалии плода, которые могут привести к преэклампсии во II триместре беременности
4. Гломерулонефрит (острый или хронический)
5. Преэклампсия

33. В лечении гипертонической болезни у беременных не используют:

1. Периферические вазодилататоры
2. Антагонисты ионов кальция
3. Ганглиоблокаторы
4. β -адреноблокаторы
5. Ингибиторы АПФ

34. При неосложненном течении беременности у беременной в сроке 39 недель в положении лежа на спине внезапно упало артериальное давление, появились бледность кожных покровов, липкий пот. Укажите возможную причину данного состояния:

1. Разрыв матки
2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
3. Гипогликемическая кома
4. Эмболия околоплодными водами
5. Сдавление нижней полой вены с развитием гипотензивного синдрома

35. У роженицы с артериальной гипотензией в родах следует опасаться возникновения следующих осложнений:

1. Хориоамнионит
2. Гипоксия плода
3. Преждевременное излитие околоплодных вод
4. Выпадение петель пуповины
5. Преэклампсия

36. Лечение синдрома нижней полой вены включает:

1. Быстрое введение средств, улучшающих циркуляцию крови
2. Положение беременной на боку
3. Кесарево сечение в экстренном порядке
4. Амниотомию с последующим родоразрешением
5. Введение лекарственных средств, повышающих артериальное давление

37. При физиологическом течении беременности со стороны мочевыводящих путей происходят все нижеперечисленные изменения, кроме:

1. Удлинения мочеточников, увеличения «мертвого» пространства
2. Расширения чашечно-лоханочной системы
3. Гиперплазии мышечной оболочки мочеточников
4. Нарушения перистальтики мочеточников
5. Снижения диуреза

38. Наиболее частой формой патологии мочевыделительной системы у беременных является:

1. Гломерулонефрит
2. Мочекаменная болезнь
3. Гестационный пиелонефрит
4. Аномалии почек и сосудов
5. Туберкулез почек

39. По течению выделяют следующие формы гломерулонефрита:

1. Первичный
2. Острый
3. Хронический
4. Вторичный
5. Вялотекущий

40. По особенностям клинической картины выделяют следующие формы хронического гломерулонефрита:

1. Гипертоническая
2. Нефротическая
3. Латентная
4. Гематурическая
5. Все вышеперечисленные

41. Для острого гломерулонефрита характерно клиническое течение:

1. Латентное
2. Стертое
3. Рецидивирующее

4. Циклическое
5. Ациклическое

42. Наиболее часто у беременных встречается гломерулонефрит:

1. Хронический
2. Острый
3. Латентный
4. Первичный
5. Вторичный

43. При гломерулонефрите беременным необходимо провести следующие обследования:

1. Измерение артериального давления
2. Электрокардиография
3. Определение состояния глазного дна
4. Биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, остаточный азот)
5. Все вышеперечисленные

44. Максимальная степень акушерского риска у беременных отмечается при:

1. Латентной форме хронического гломерулонефрита
2. Нефротической форме хронического гломерулонефрита
3. Гипертонической форме хронического гломерулонефрита
4. Смешанной форме хронического гломерулонефрита
5. Гематурической форме хронического гломерулонефрита

45. При хроническом гломерулонефрите беременность может сопровождаться развитием следующих осложнений:

1. Хроническая гипоксия плода
2. Задержка роста плода
3. Преэклампсия
4. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
5. Всех вышеперечисленных

46. Беременность противопоказана при следующих заболеваниях почек:

1. Двухсторонний гидронефроз
2. Острый гломерулонефрит и обострение хронического гломерулонефрита
3. Почечная недостаточность
4. Злокачественные новообразования почек
5. Всех вышеперечисленных

47. В патогенезе гестационного пиелонефрита имеет значение:

1. Анатомические и функциональные особенности женских мочеполовых органов
2. Нарушение уродинамики верхних мочевых путей
3. Бессимптомная бактериурия у беременной
4. Инфекционные заболевания, возникающие во время беременности
5. Все вышеперечисленное

48. Для пиелонефрита беременных характерно все, кроме:

1. Лейкоцитоза
2. Ускорения скорости оседания эритроцитов
3. Лимфоцитоза
4. Повышения количества лейкоцитов в моче
5. Боли в пояснице

49. Обострение хронического пиелонефрита чаще происходит:

1. До 16 недель беременности
2. В 16 – 22 недели беременности
3. В 22 – 28 недель беременности
4. В 28 – 32 недели беременности
5. В 32 – 36 недель беременности

50. Причиной самопроизвольного прерывания беременности при остром пиелонефрите может быть:

1. Инфицирование околоплодных вод
2. Влияние бактериальных токсинов на матку
3. Высокая температура тела
4. Тератогенное воздействие бактериальных токсинов на плод
5. Все вышеперечисленное

51. Для диагностики пиелонефрита у беременных необходимо:

1. Проведение общего анализа мочи и пробы Нечипоренко
2. Клинический и биохимический анализы крови
3. Микробиологическое исследование мочи
4. Ультразвуковое исследование почек
5. Все вышеперечисленное

52. Что характерно для клинического течения хронического пиелонефрита при беременности:

1. Непостоянство симптомов
2. Развитие преэклампсии
3. Повторное обострение заболевания
4. Наличие гипохромной анемии
5. Все вышеперечисленное

53. При выборе метода лекарственной терапии пиелонефрита беременных необходимо учитывать:

1. Срок беременности
2. Вид возбудителя и его чувствительность к антибактериальным лекарственным средствам
3. Тяжесть заболевания
4. Концентрационную способность почек
5. Все вышеперечисленное

54. При лечении пиелонефрита в первом триместре беременности можно применять только:

1. Антибиотики пенициллинового ряда
2. Цефалоспорины
3. Аминогликозиды
4. Тетрациклины
5. Сульфаниламиды

55. Акушерские осложнения пиелонефрита у беременных:

1. Преэклампсия
2. Невынашивание беременности
3. Плацентарная недостаточность
4. Ранний токсикоз
5. Перитонит

56. Максимальную степень акушерского риска у беременных имеет пиелонефрит:

1. Без нарушения функции почек
2. Хронический, существовавший до беременности
3. Сочетающийся с артериальной гипертензией и/или азотемией
4. Единственной почки
5. Гестационный

57. При пиелонефрите предпочтительно родоразрешение:

1. Через естественные родовые пути
2. Кесарево сечение в плановом порядке
3. Наложение акушерских щипцов
4. Плодоразрушающая операция
5. Вакуум-экстракция плода

58. Сахарный диабет – это заболевание, для которого характерны:

1. Дефицит инсулина

2. Нарушение утилизации глюкозы, увеличение глюконеогенеза, гипергликемия
3. Нарушение всех видов обмена
4. Сосудистые изменения, полиорганная недостаточность
5. Все вышеперечисленное

59. Физиологическая беременность характеризуется следующими изменениями:

1. Снижением чувствительности к инсулину
2. Усиленным распадом инсулина
3. Понижением толерантности к глюкозе
4. Увеличением содержания свободных жирных кислот
5. Всеми вышеперечисленными

60. Контринсулярным действием обладают все гормоны фетоплацентарного комплекса, кроме:

1. Плацентарного лактогена
2. Эстрогенов
3. Хорионического гонадотропина
4. Прогестерона
5. Кортикостероидов

61. В третьем триместре гестации у беременных с сахарным диабетом могут наблюдаться следующие изменения:

1. Снижение потребности в инсулине
2. Повышение уровня инсулина за счет плодового
3. Повышение потребности в инсулине
4. Повышение концентрации контринсулярных гормонов
5. Все вышеперечисленные

62. В группу риска развития гестационного сахарного диабета можно отнести всех перечисленных ниже пациенток, за исключением:

1. Беременных с глюкозурией, имевших в анамнезе роды крупным плодом
2. Беременных с преэклампсией
3. Женщин с избыточной массой тела
4. Пациенток, родители или близкие родственники которых больны сахарным диабетом
5. Гестационный сахарный диабет при предыдущей беременности

63. Плановая госпитализация беременных с сахарным диабетом проводится в сроки:

1. До 12 нед. беременности

2. В 10 – 12, 22 – 24, 34 – 35 недель беременности
3. В 8 – 10, 34 – 35, 37 – 38 недель беременности
4. До 12 недель, в 36 – 38 недель беременности
5. В 10 – 12, 18 – 20, 26 – 28, 36 – 38 недель беременности

64. Наиболее опасные осложнения для матери при сахарном диабете:

1. Тяжелый ацидоз
2. Многоводие
3. Пиелонефрит
4. Диабетическая кома
5. Преэклампсия

65. Заканчивать роды операцией кесарева сечения при сахарном диабете рекомендуется при:

1. Слабости родовой деятельности, не поддающейся консервативной терапии
2. Нарастании тяжести преэклампсии
3. Симптомах начавшейся асфиксии плода
4. Клинически узком тазе
5. Всех вышеперечисленных случаях

66. Показания к операции кесарева сечения при сахарном диабете:

1. Гигантский плод
2. Прогрессирующая пролиферативная ретинопатия
3. Сочетание с тяжелой преэклампсией
4. Декомпенсация фетоплацентарной недостаточности
5. Все вышеперечисленные

67. У беременных с сахарным диабетом часто наблюдаются такие осложнения беременности, как:

1. Невынашивание беременности
2. Преждевременное излитие околоплодных вод
3. Преэклампсия
4. Задержка роста плода
5. Многоводие

68. Наиболее частым осложнением родов при сахарном диабете является:

1. Выпадение петель пуповины
2. Слабость родовой деятельности
3. Хориоамнионит
4. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
5. Интранатальная гибель плода

69. К осложнениям родов при сахарном диабете относятся:

1. Раннее излитие вод
2. Слабость родовой деятельности
3. Родовой травматизм матери и плода
4. Клинически узкий таз
5. Все вышеперечисленные

70. Риск сахарного диабета для плода и новорожденного:

1. Внутриутробная гибель
2. Возникновение пороков развития
3. Макросомия
4. Родовой травматизм
5. Все вышеперечисленное

71. Осложнения в послеродовом периоде при сахарном диабете:

1. Дистоция плечиков
2. Ретинопатии
3. Послеродовые гнойно-воспалительные заболевания
4. Клинически узкий таз
5. Асфиксия новорожденных

72. Для периода адаптации у новорожденных с диабетической фетопатией характерно все, кроме:

1. Склонности к гипогликемии
2. Ускорения периода адаптации
3. Неустойчивой гемодинамики
4. Незрелости, респираторного дистресс-синдрома
5. Склонности к интеркуррентным заболеваниям

73. Для новорожденного с диабетической фетопатией характерны следующие клинические признаки:

1. Крупная масса к сроку гестации (макросомия)
2. Кушингоидный внешний вид, ожирение
3. Чрезмерное развитие плечевого пояса
4. Гипертрихоз
5. Все вышеперечисленное

74. Критериями идеальной компенсации сахарного диабета во время беременности являются:

1. Гликемия натощак 3,5–5,5 ммоль/л
2. Гликемия натощак 5,5 – 6,1 ммоль/л
3. Гликемия после еды 5,0–7,8 ммоль/л
4. Гликированный гемоглобин менее 6,5%

5. Отсутствие осложнений гестации для матери и плода

75. Противопоказания к пролонгированию беременности у пациенток с сахарным диабетом:

1. Сочетании сахарного диабета с ангио- и ретинопатией
2. Инсулинорезистентная форма сахарного диабета
3. Сахарный диабет у обоих супругов
4. Латентная форма сахарного диабета
5. Гестационный сахарный диабет

76. Основным условием вынашивания беременности при сахарном диабете является:

1. Контроль уровня гликемии
2. Полная компенсация сахарного диабета до и во время беременности
3. Соблюдение диеты и программы физических нагрузок в соответствии со схемой инсулинотерапии
4. Контроль за состоянием плода
5. Все вышеперечисленное

77. Наиболее часто встречающаяся хирургическая патология при беременности – это:

1. Острый аппендицит
2. Холецистит
3. Язвенная болезнь желудка
4. Кишечная непроходимость
5. Панкреатит

78. Боли в правом верхнем квадранте при беременности могут быть связаны:

1. С холециститом
2. С гепатитом
3. С пиелонефритом
4. С панкреатитом
5. Со всем вышеперечисленным

79. Развитию аппендицита во время беременности способствуют:

1. Уменьшение объема брюшной полости вследствие увеличения матки
2. Смещением слепой кишки и червеобразного отростка вверх и наружу, перегибы и растяжение червеобразного отростка
3. Нарушение опорожняемости и ухудшение кровоснабжения аппендикса
4. Уменьшение вероятности образования спаек и ограничения воспалительного процесса
5. Все вышеперечисленное

80. Анатомические особенности червеобразного отростка:

1. Червеобразный отросток достаточно подвижен и может занимать разное положение в брюшной полости
2. Длина червеобразного отростка в среднем составляет 8–15 см
3. Диаметр червеобразного отростка в норме не превышает 0,6 см
4. Основание червеобразного отростка всегда располагается по задне-медиальной стенке слепой кишки и отстоит от илеоцекального клапана на 2–4 см
5. Все вышеперечисленное

81. Наиболее информативными признаками при установлении диагноза острого аппендицита у беременных являются:

1. Локальная болезненность
2. Симптомы раздражения брюшины
3. Нейтрофильный лейкоцитоз
4. Напряжение мышц передней брюшной стенки
5. Субфебрильная температура

82. Факторы риска развития анемии у беременных все, за исключением:

1. Несбалансированное питание (недостаточное поступление с пищей железа, белков, витаминов, фолиевой кислоты, микроэлементов)
2. Интервал между родами менее 3 лет
3. Хронические интоксикации
4. Хронические заболевания (ревматизм, СД, гастрит, заболевания почек, хронические инфекции)
5. Многоплодная беременность

83. Основные механизмы, способствующие развитию анемии у беременных:

1. Изменение гормонального баланса во время беременности
2. Предсуществующий дефицит железа
3. Накопление в течение гестации продуктов обмена, оказывающих токсическое влияние на костный мозг
4. Иммунологические изменения в организме беременной
5. Все вышеперечисленные

84. Осложнения I триместра беременности при анемии:

1. Первичная плацентарная недостаточность
2. Гипоплазия амниона и хориона
3. Низкая плацентация
4. Невынашивание беременности
5. Все вышеречисленные

85. Осложнения II и III триместра при анемии беременных все, кроме:

1. Преждевременное прерывание беременности
2. Задержка роста плода
3. Гипоксия плода
4. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
5. Гестационный пиелонефрит

86. Анемии легкой степени тяжести у беременных соответствует уровень гемоглобина:

1. 110 – 91 г/л
2. 90 – 81 г/л
3. 90 – 71 г/л
4. 115 – 100 г/л
5. Менее 70 г/л

87. Анемии средней степени тяжести у беременных соответствует уровень гемоглобина:

1. 110 – 91 г/л
2. 90 – 81 г/л
3. 90 – 71 г/л
4. 115 – 100 г/л
5. Менее 70 г/л

88. Анемии тяжелой степени у беременных соответствует уровень гемоглобина:

1. 110 – 91 г/л
2. 90 – 81 г/л
3. 90 – 71 г/л
4. 115 – 100 г/л
5. Менее 70 г/л

89. Риск анемии для новорожденных:

1. Отставание в массе тела, росте
2. Повышение инфекционной заболеваемости
3. Высокая частота пороков развития
4. Снижение показателей гуморального иммунитета
5. Повышение показателей клеточного иммунитета

90. При железодефицитной анемии снижается количество железа:

1. В селезенке
2. В костном мозге
3. В печени

4. В крови

91. О наличии железодефицитной анемии свидетельствует:

1. Снижение содержания сывороточного железа
2. Повышение общей железосвязывающей способности сыворотки крови
3. Снижение концентрации ферритина в сыворотке крови
4. Повышение латентной железосвязывающей способности сыворотки крови
5. Все вышеперечисленное

92. Для лечения железодефицитной анемии применяют:

1. Витамин В₁₂
2. Витамин Е
3. Витамины В₆, В₁
4. Лекарственные средства, содержащие железо
5. Поливитамино-минеральные комплексы

93. Показания к парентеральному введению лекарственных средств, содержащих железо:

1. Непереносимость препаратов железа для приёма внутрь
2. Нарушение всасывания железа
3. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в период обострения
4. Тяжелая анемия и жизненная необходимость быстрого восполнения дефицита железа
5. Все вышеперечисленные

94. Во время беременности железо, поступающее с пищей:

1. Потребляется плодом
2. Используется при формировании плаценты
3. Откадывается в мышце матки
4. Используется для выработки дополнительного гемоглобина
5. Все вышеперечисленное верно

95. Достоверный диагноз железодефицитной анемии во время беременности устанавливают на основании:

1. Характерных жалоб беременной
2. Результатов лабораторных исследований
3. Появления сердечно-сосудистых нарушений
4. Наличия трофических нарушений
5. Нарушения внутриутробного состояния плода

96. Антифосфолипидный синдром может быть причиной:

1. Задержки роста плода
2. Преэклампсии
3. Невынашивания беременности
4. Плацентарной недостаточности
5. Всего вышеперечисленного

97. Для антифосфолипидного синдрома характерно появление в крови:

1. Волчаночного коагулянта
2. Антител к хорионическому гонадотропину
3. Антител к групповым антигенам
4. Антител к плацентарному лактогену
5. Антикардиолипидных антител

98. Желтуха, развивающаяся во время беременности, может быть связана:

1. С тяжелой преэклампсией
2. С холестатическим гепатозом
3. С желчнокаменной болезнью
4. С вирусным гепатитом
5. Со всем вышеперечисленным

99. Основным клиническим симптомом холестатического гепатоза является:

1. Потеря аппетита
2. Желтуха
3. Кожный зуд
4. Диспепсические расстройства
5. Боли в правом подреберье

100. С причинами внутриутробных пороков плода не ассоциируется:

1. Вирус герпеса
2. Вирус краснухи
3. Цитомегаловирус
4. Вирус лимфоцитарного хориоменингита
5. Вирус паротита

101. Неверно из приведенного в отношении сифилиса:

1. Спирохету нельзя культивировать
2. Диагноз сифилиса основан на нахождении спирохет
3. Предположительный диагноз сифилиса основывается на серологическом скрининге
4. Лечение во время беременности предотвращает возникновение врожденного сифилиса

5. Инкубационный период до проявления первичного сифилиса составляет 7 дней

102. Вирус краснухи у беременных может быть причиной следующих заболеваний плода, кроме:

1. Пороков развития
2. Повреждения глаз (катаракта, глаукома, микрофтальмия), ЦНС
3. Врожденных сердечно-сосудистых заболеваний
4. Гепатоспленомегалии и желтух, гематологических нарушений (тромбоцитопении, анемии)
5. Гемолитической болезни

Тема 7: «Беременность и роды при тазовых предлежаниях плода»

1. Частота тазовых предлежаний составляет:

1. 0 – 1%
2. 1 – 2%
3. 2 – 3%
4. 3 – 5%
5. 6 – 7%

2. Причинами тазового предлежания являются:

1. Растяжение и дряблость мышц брюшного пресса
2. Предлежание плаценты
3. Многоводие
4. Многоплодная беременность
5. Все вышеперечисленные

3. Для тазового предлежания при наружном акушерском исследовании характерно:

1. Высокое стояние дна матки
2. В дне матки пальпируется округлое, равномерно плотное, гладкое, подвижное образование, баллотирующее
3. Сердцебиение плода лучше прослушивается выше пупка или на его уровне
4. Над входом в малый таз пальпируется неправильной формы, большая, мягкая предлежащая часть, неспособная баллотировать
5. Все вышеперечисленное

4. О чисто ягодичном предлежании свидетельствует следующее утверждение:

1. Ножки согнуты в тазобедренных суставах и вытянуты вдоль туловища плода

2. Ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах
3. Ножки разогнуты в тазобедренных и коленных суставах
4. Одна ножка разогнута в тазобедренном и коленном суставах, другая – согнута в тазобедренном и коленном суставах
5. Ножки разогнуты в тазобедренных и согнуты в коленных суставах

5. О полном ножном предлежании свидетельствует следующее утверждение:

1. Ножки согнуты в тазобедренных суставах и вытянуты вдоль туловища плода
2. Ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах
3. Ножки разогнуты в тазобедренных и коленных суставах
4. Одна ножка разогнута в тазобедренном и коленном суставах, другая – согнута в тазобедренном и коленном суставах
5. Ножки разогнуты в тазобедренных и согнуты в коленных суставах

6. Первый момент биомеханизма родов при тазовом предлежании:

1. Внутренний поворот ягодиц
2. Внутренний поворот плечиков
3. Внутренний поворот головки
4. Боковое сгибание поясничного отдела позвоночника
5. Сгибание головки

7. Второй момент биомеханизма родов при тазовом предлежании:

1. Внутренний поворот ягодиц
2. Внутренний поворот плечиков
3. Внутренний поворот головки
4. Боковое сгибание поясничного отдела позвоночника
5. Сгибание головки

8. Третий момент биомеханизма родов при тазовом предлежании:

1. Внутренний поворот ягодиц
2. Внутренний поворот плечиков и связанный с этим наружный поворот туловища
3. Внутренний поворот головки
4. Боковое сгибание позвоночника в пояснично-крестцовом отделе
5. Сгибание головки

9. Четвертый момент биомеханизма родов при тазовом предлежании:

1. Внутренний поворот ягодиц
2. Внутренний поворот плечиков
3. Внутренний поворот головки

4. Сгибание головки
 5. Боковое сгибание шейно-грудного отдела позвоночника
-
10. Пятый момент биомеханизма родов при тазовом предлежании:
 1. Внутренний поворот ягодиц
 2. Внутренний поворот плечиков
 3. Внутренний поворот головки
 4. Боковое сгибание позвоночника в пояснично-крестцовом отделе
 5. Сгибание головки
-
11. Шестой момент биомеханизма родов при тазовом предлежании:
 1. Внутренний поворот ягодиц
 2. Внутренний поворот плечиков
 3. Внутренний поворот головки
 4. Боковое сгибание позвоночника в поясничнокрестцовом отделе
 5. Сгибание головки
-
12. Точкой фиксации при чистом ягодичном предлежании является:
 1. Седалищный бугор
 2. Ость седалищной кости
 3. Задняя ягодица
 4. Область подвздошной кости передней ягодицы плода
 5. Передняя ягодица
-
13. Плечевой пояс плода при нахождении ягодиц на тазовом дне располагается:
 1. Над входом в малый таз
 2. Во входе в малый таз
 3. В широкой части полости малого таза
 4. В узкой части полости малого таза
 5. В полости выхода малого таза
-
14. Прорезывание головки при тазовом предлежании происходит:
 1. Малым косым размером
 2. Средним косым размером
 3. Прямым размером
 4. Большим косым размером
 5. Отвесным размером
-
15. В родах при тазовом предлежании выделяют следующие этапы, кроме:
 1. Рождение ягодиц и туловища до пупка
 2. Рождение туловища от пупка до нижнего угла лопаток

3. Рождение плечевого пояса и ручек
 4. Рождение головки
 5. Рождение последа
16. Наиболее продолжительный этап родов при тазовом предлежании:
1. Рождение ягодиц и туловища до пупка
 2. Рождение туловища от пупка до нижнего угла лопаток
 3. Рождение плечевого пояса и ручек
 4. Рождение головки
17. Укажите разновидность тазового предлежания, которая является наиболее благоприятной для родоразрешения через естественные родовые пути:
1. Чисто ягодичное предлежание
 2. Смешанное ягодичное предлежание
 3. Полное ножное предлежание
 4. Неполное ножное предлежание
 5. Коленное предлежание
18. В прогнозе родов при тазовом предлежании важное значение имеет:
1. Срок беременности
 2. Масса плода
 3. Разновидность тазового предлежания
 4. Размеры таза
 5. Все вышеперечисленное
19. Показаниями к кесареву сечению при тазовом предлежании являются все перечисленные ниже клинические ситуации, кроме:
1. Чрезмерное разгибание головки плода
 2. Анатомически узкий таз
 3. Переношенная беременность
 4. Пороки развития плода
 5. Крупный плод
20. Наиболее распространенный метод родоразрешения при тазовом предлежании плода с массой более 3600 г:
1. Кесарево сечение
 2. Извлечение плода за тазовый конец
 3. Роды через естественные родовые пути
 4. Наружный профилактический поворот плода за головку
 5. Извлечение плода за ножку

21. Осложнения, которые не характерны для родов в тазовом предлежании:

1. Слабость родовых сил (первичная и вторичная)
2. Несвоевременный разрыв плодного пузыря
3. Выпадение петель пуповины
4. Травма шейного отдела позвоночника у плода
5. Клинически узкий таз

22. Осложнениями в первом периоде родов при тазовом предлежании являются все, кроме:

1. Преждевременное излитие околоплодных вод
2. Слабость родовой деятельности
3. Выпадение петель пуповины
4. Затяжные роды с длительным безводным периодом
5. Раннее излитие околоплодных вод

23. Осложнениями во втором периоде родов при тазовом предлежании являются:

1. Разрыв шейки матки
2. Запрокидывание ручек
3. Разрыв промежности
4. Ущемление головки
5. Прижатие пуповины, внутриутробная гибель плода

24. Посobie по Цовьянову I при чисто ягодичном предлежании оказывают:

1. После рождения туловища плода от пупка до нижнего угла лопатки
2. С момента прорезывания ягодиц
3. Для освобождения плечевого пояса, ручек и выведения головки
4. С момента врезывания ягодиц
5. После рождения туловища плода до пупка

25. Цель классического ручного пособия при тазовом предлежании плода:

1. Сохранить правильное членорасположение плода
2. Добиться полного раскрытия маточного зева
3. Освободить ручки и головку плода
4. Обеспечить физиологическое течение родов
5. Противодействовать изгнанию ножек за пределы половой щели

26. Роды при тазовом предлежании после рождения туловища плода до пупка должны закончиться:

1. Через 1 – 5 минут
2. Через 6 – 7 минут

3. Через 7 – 8 минут
4. Через 8 – 9 минут
5. Через 10 минут

27. При чисто ягодичном предлежании плода в родах оказывается:

1. Пособие по Цовьянову I
2. Пособие по Цовьянову II
3. Извлечение плода на тазовый конец
4. Извлечение плода на ножку
5. Классическое ручное пособие

28. Метод Цовьянова I при чисто ягодичном предлежании:

1. Помогает сохранить нормальное членорасположение плода
2. Позволяет предотвратить преждевременное рождение ножек плода
3. Позволяет перевести ножное предлежание в смешанное ягодично-ножное
4. Позволяет обеспечить физиологическое течение родов
5. Позволяет предотвратить развитие слабости потуг

29. Метод Цовьянова II при ножном предлежании:

1. Способствует сохранению нормального членорасположения плода
2. Позволяет предотвратить преждевременное рождение ножек плода
3. Позволяет перевести ножное предлежание в смешанное ягодично-ножное
4. Снижает мертворождаемость
5. Позволяет предотвратить запрокидывание ручек

30. К классическому ручному пособию для освобождения ручек и головки плода приступают с момента:

1. Прорезывания передней ягодицы
2. Прорезывания задней ягодицы
3. Рождения туловища плода до пупка
4. Рождения туловища плода до нижнего угла лопаток
5. Рождения плода до углов лопаток и прекращения его дальнейшего поступательного движения

31. Прием Морисо-Левре используется:

1. В оказании пособия по Цовьянову I
2. Для выведения ручек плода
3. Для выведения головки плода при тазовых предлежаниях
4. В оказании пособия по Цовьянову II
5. В наружном повороте плода из ягодичного предлежания в головное

32. Условия для извлечения плода за тазовый конец:
1. Раскрытие наружного зева шейки матки 6 см
 2. Раскрытие наружного зева шейки матки полное
 3. Отсутствие препятствий со стороны родовых путей
 4. Целый плодный пузырь
 5. Затялочное вставление головки

Тема 8: «Неправильные положения и предлежания плода»

1. Поперечным называют положение плода, при котором ось плода образует с продольной осью матки:
 1. Прямой угол
 2. Острый угол
 3. Тупой угол
2. Косым называют такое положение плода, при котором ось плода образует с продольной осью матки
 1. Прямой угол
 2. Острый угол
 3. Тупой угол
3. Причиной поперечного положения плода может быть:
 1. Небольшой размер плода
 2. Многоплодная беременность
 3. Дряблость мускулатуры передней брюшной стенки
 4. Многоводие
 5. Все вышеперечисленное
4. Позиция плода при поперечном положении определяется по:
 1. Положению головки (справа, слева).
 2. Положению тазового конца (справа, слева)
 3. Положению спинки плода (кпереди, кзади)
5. Запущенное поперечное положение плода характеризуется:
 1. Плечико плода вколочено во вход в малый таз
 2. Большая часть туловища плода находится в полости растянутого нижнего маточного сегмента и шейки матки, глубоко в полости малого таза
 3. Плод погибает
 4. Плод совершенно неподвижен в матке
 5. Все вышеперечисленное
6. Беременность при неправильных положениях плода протекает:

1. Без осложнений
 2. С высокой частотой преждевременных родов
 3. С задержкой роста плода
 4. С частыми кровотечениями
 5. С развитием преэклампсии
-
7. Роды при неправильных положениях плода осложняются:
 1. Ранним излитием околоплодных вод
 2. Выпадением мелких частей плода
 3. Запущенным поперечным положением плода
 4. Разрывом матки и смертью матери и плода
 5. Всем вышеперечисленным
-
8. Раннее излитие вод при неправильных положениях плода:
 1. Возникает вследствие отсутствия разделения вод на передние и задние
 2. Часто сопровождается выпадением пуповины или ручки плода
 3. Как правило, изливаются зеленые воды
 4. Возникает до начала родовой деятельности
 5. Возникает при полном раскрытии шейки матки
-
9. При выпадении пуповины или ручки плода во влагалище:
 1. Следует аккуратно попытаться вправить их в матку
 2. Следует произвести экстренное родоразрешение
 3. Выполнить плодоразрушающую операцию
 4. Произвести извлечение плода за ручку
 5. Вести роды через естественные родовые пути
-
10. При наличии поперечного положения плода показано:
 1. Ведение родов через естественные родовые пути
 2. Плановое родоразрешение путем операции кесарева сечения
 3. Поворот плода на ножку и извлечение за тазовый конец
 4. Наружный поворот плода на головку и ведение родов через естественные родовые пути
 5. Родоразрешение путем плодоразрушающей операции
-
11. Профилактикой преждевременного излития вод и выпадения мелких частей плода является:
 1. Постельный режим на боку, где находится головка плода, с момента развития родовой деятельности до момента оперативного родоразрешения
 2. Введение спазмолитиков
 3. Оказание пособия по Цовьянову II

4. Постельный режим на боку, противоположном тому, где находится головка плода, с момента развития родовой деятельности до момента оперативного родоразрешения
5. Введение утеротоников

12. К разгибательным предлежаниям головки относят:

1. Переднеголовное
2. Переднетеменное
3. Лобное
4. Лицевое
5. Затылочное

13. Основными причинами разгибательных предлежаний головки являются все нижеперечисленные, кроме:

1. Узкий таз
2. Аномалии развития матки
3. Снижение тонуса матки и мышц тазового дна
4. Экстрагенитальные заболевания у матери
5. Наличие опухоли шеи у плода

14. Для переднеголовного предлежания является характерным:

1. Высокое прямое стояние стреловидного шва
2. Разгибание головки плода во входе в малый таз
3. Проводная точка – большой родничок
4. Первая точка фиксации – передняя граница роста волос
5. Окружность прорезывания головки соответствует прямому размеру

15. Диагноз переднеголовного предлежания основывается на следующих данных влагалищного исследования:

1. Большой родничок расположен выше малого
2. Пальпируются стреловидный шов, большой и малый роднички
3. Большой родничок расположен ниже малого
4. Во входе в таз прощупывается лобный шов
5. Пальпируются передний угол большого родничка, надбровные дуги, корень носа

16. Что неверно относительно биомеханизма родов при переднеголовном предлежании:

1. Разгибание головки плода при вступлении в малый таз
2. Внутренний поворот головки затылком кпереди в полости малого таза
3. Внутренний поворот головки затылком кзади в полости малого таза
4. Сгибание головки на тазовом дне
5. Разгибание головки на тазовом дне

6. Внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки

17. Точками фиксации при прорезывании головки при переднеголовном предлежании являются:

1. Надпереносье, подзатылочная ямка
2. Граница волосистой части головы, подзатылочная ямка
3. Надпереносье, затылочный бугор
4. Верхняя челюсть, затылочный бугор
5. Область подъязычной кости

18. Проводной точкой при переднеголовном предлежании является:

1. Малый родничок
2. Середина расстояния между малым и большим родничками
3. Большой родничок
4. Лоб
5. Теменная кость

19. При переднеголовном предлежании головка плода прорезывается:

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

20. Конфигурация головки при переднеголовном предлежании:

1. Долихоцефалическая
2. Долихоцефалическая с впадением в области большого родничка
3. Резко долихоцефалическая
4. Брахицефалическая
5. Имеет в профиль вид треугольника с верхушкой у лба

21. В родах при влагалищном исследовании определяются лобный шов, корень носа, передний угол большого родничка. Это свидетельствует о:

1. Лицевом предлежании
2. Переднеголовном предлежании
3. Затылочном предлежании
4. Лобном предлежании
5. Поперечном положении

22. Данные влагалищного исследования при лобном предлежании:

1. Во входе в малый таз прощупывается лобный шов
2. Пальпируется передний угол большого родничка
3. Достигаются надбровные дуги, края глазниц и корень носа плода

4. Во входе в малый таз пальпируются глазницы, носик, верхняя челюсть и ротик плода
5. Пальпируются большой и малый роднички

23. Для биомеханизма родов при лобном предлежании характерно:

1. Головка вступает во вход в малый таз стреловидным швом в поперечном размере
2. Во входе в малый таз головка совершает разгибание
3. Проводной точкой является лоб плода
4. Головка плода совершает внутренний поворот затылком кпереди
5. Второй точкой фиксации является затылочный бугор

24. Точками фиксации при прорезывании головки при лобном предлежании являются:

1. Надпереносье, подзатылочная ямка
2. Граница волосистой части головы, подзатылочная ямка
3. Надпереносье, затылочный бугор
4. Верхняя челюсть, затылочный бугор
5. Область подъязычной кости

25. Проводной точкой при лобном предлежании является:

1. Малый родничок
2. Большой родничок
3. Середина расстояния между малым и большим родничками
4. Подбородок
5. Лоб

26. При лобном предлежании головка плода прорезывается:

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

27. Родоразрешение при лобном предлежании проводят:

1. Через естественные родовые пути
2. Через естественные родовые пути с клинической оценкой таза в родах
3. Операцией кесарева сечения
4. Через естественные родовые пути с родоактивацией
5. Плодоразрушающей операцией при внутриутробной гибели плода

28. В родах при влагалищном исследовании определяются глазницы, кончик носа, подбородок. Это свидетельствует о:

1. Затылочном предлежании
2. Переднеголовном предлежании
3. Лобном предлежании
4. Лицевом предлежании
5. Поперечном положении

29. Для лицевого предлежания характерно все, кроме:

1. При влагалищном исследовании пальпируются подбородок, ротик, нос, глазницы плода
2. Головка во входе в малый таз совершает разгибание
3. Проводной точкой становится подбородок
4. Во время ротации подбородок плода поворачивается кзади (к крестцу) и роды заканчиваются самопроизвольно
5. Окружность прорезывания головки соответствует вертикальному размеру

30. Вид лицевого предлежания определяют по:

1. Малому родничку на головке плода
2. Спинке плода
3. Большому родничку на головке плода
4. Подбородку плода
5. Затылку плода

31. Основные моменты биомеханизм родов при лицевом предлежании все, кроме:

1. Разгибание головки во входе в малый таз
2. Поворот головки в полости малого таза затылком кзади
3. Поворот головки в полости малого таза затылком кпереди
4. Сгибание головки на тазовом дне
5. Внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки

32. Проводной точкой при лицевом предлежании является:

1. Малый родничок
2. Большой родничок
3. Середина расстояния между малым и большим родничками
4. Подбородок
5. Лоб

33. Точкой фиксации при прорезывании головки при лицевом предлежании является:

1. Подзатылочная ямка
2. Затылочный бугор
3. Граница волосистой части головы

4. Переносица
5. Область подъязычной кости

34. При лицевом предлежании головка плода прорезывается:

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

35. При лицевом предлежании возможно ведение родов через естественные родовые пути:

1. При заднем виде (спинка плода обращена кзади, подбородок - кпереди)
2. При переднем виде (спинка плода обращена кпереди, подбородок - кзади)

36. Конфигурация головки при лицевом предлежании:

1. Долихоцефалическая
2. Брахицефалическая
3. Долихоцефалическая с впадением в области большого родничка
4. Резко долихоцефалическая
5. Имеет в профиль вид треугольника с вершущкой у лба

37. К неправильным вставлениям головки относятся:

1. Высокое прямое стояние стреловидного шва
2. Асинклитическое вставление головки
3. Низкое прямое стояние стреловидного шва
4. Низкое поперечное стояние стреловидного шва
5. Высокое поперечное стояние стреловидного шва

38. Относительно асинклитического вставления головки все является верным, кроме:

1. Передний асинклитизм является одним из моментов биомеханизма родов при плоском тазе
2. Стреловидный шов отклоняется от средней линии к лону или крестцу
3. При отклонении стреловидного шва к крестцу первой в малый таз вступает передняя теменная кость
4. При поперечносуженном тазе возможно асинклитическое вставление стреловидного шва, стоящего в косом размере
5. Заднетеменной асинклитизм является благоприятным для родов через естественные родовые пути

39. При переднем асинклитическом вставлении головки:

1. Стреловидный шов находится ближе к лону
2. Стреловидный шов находится в одном из косых размеров, отклоняясь кпереди
3. Стреловидный шов находится ближе к мысу крестца
4. Стреловидный шов находится на одинаковом расстоянии от лона и мыса крестца
5. Стреловидный шов находится в одном из косых размеров, отклоняясь кзади

40. При заднем асинклитизме:

1. Стреловидный шов находится ближе к лону
2. Стреловидный шов находится в одном из косых размеров, отклоняясь кпереди
3. Стреловидный шов находится ближе к мысу крестца
4. Стреловидный шов находится на одинаковом расстоянии от лона и мыса крестца
5. Стреловидный шов находится в одном из косых размеров, отклоняясь кзади

41. Относительно высокого прямого стояния головки является верным:

1. Часто возникает при поперечносуженном тазе
2. Стреловидный шов находится в прямом размере плоскости входа в малый таз
3. Роды через естественные родовые пути невозможны даже при увеличении прямого размера плоскости входа в малый таз
4. Наиболее благоприятным для самопроизвольных родов является задний вид
5. Родоразрешение проводится оперативным путем

42. Относительно низкого поперечного стояния головки является неверным:

1. Часто возникает при простом плоском тазе
2. Стреловидный шов находится в поперечном размере плоскости входа в малый таз
3. Головка не совершает внутренний поворот из-за укорочения прямых размеров малого таза
4. Диагноз ставится на основании данных влагалищного исследования в периоде изгнания
5. Стреловидный шов находится в поперечном размере выхода таза

43. При влагалищном исследовании в процессе родов обнаружено: стреловидный шов в поперечном размере входа в таз, стоит близко к

симфизу, пальпируются большой и малый роднички, причем большой несколько ниже малого. Тактика ведения родов:

1. Через естественные родовые пути с родостимуляцией
2. Через естественные родовые пути
3. Через естественные родовые пути с клинической оценкой таза в родах
4. Операция кесарева сечения
5. Плодоразрушающая операция.

Тема 9: «Многоплодная беременность»

1. Частота двоен:

1. 1 случай на 50 рождений
2. 1 случай на 80 рождений
3. 1 случай на 100 рождений
4. 1 случай на 150 рождений
5. 1 случай на 1000 рождений

2. Развитию многоплодной беременности способствуют следующие факторы:

1. Возраст старше 35 лет
2. Наследственность
3. Беременность после отмены комбинированных оральных контрацептивов
4. Беременность на фоне применения высокотехнологичных репродуктивных технологий
5. Все вышеперечисленное

3. Фактор, имеющий ведущее значение при возникновении многоплодной беременности:

1. Аномалии развития матки
2. Возраст
3. Наследственность
4. Переохлаждение
5. Воздействие токсических веществ

4. Беременные с многоплодной беременностью:

1. Относятся к группе риска осложнений беременности
2. Обследуются дополнительно
3. Госпитализируются на роды в 37 – 38 недель беременности
4. Донашивают беременность в стационаре с 35-недельного срока
5. Родоразрешаются операцией кесарева сечения

5. При многоплодной беременности монозиготные близнецы развиваются в результате:

1. Оплодотворения двух яйцеклеток
2. Выхода яйцеклеток из двух разных фолликулов из одного яичника
3. Разделения одной оплодотворенной яйцеклетки
4. Овуляции в двух яичниках
5. Выхода яйцеклеток из двух разных фолликулов из обоих яичников

6. Основная причина образования дизиготной двуяйцевой двойни:

1. Одновременное созревание и овуляция двух фолликулов в одном яичнике
2. Созревание двух фолликулов в разных яичниках
3. Оплодотворение двух яйцеклеток, созревших в одном фолликуле
4. Развитие двух эмбрионов из одной оплодотворенной яйцеклетки
5. Оплодотворение яйцеклетки, имеющей два ядра

7. Перегородка, разделяющая каждый плод при однояйцевой двойне, содержит:

1. Один амнион и один хорион
2. Два амниона
3. Два хориона
4. Два амниона и два хориона
5. Два амниона и один хорион

8. Перегородка, разделяющая плоды при двуяйцевой двойне, содержит:

1. Один амнион и один хорион
2. Два амниона
3. Два хориона
4. Два амниона и два хориона
5. Два амниона и один хорион

9. При подозрении на многоплодную беременность следует произвести:

1. Ультразвуковое исследование
2. Наружное акушерское исследование приемами Леопольда
3. Измерение окружности живота, высоты стояния дна матки, выслушивание сердцебиения плода
4. Сбор анамнеза
5. Все вышеперечисленное

10. Для многоплодной беременности характерны:

1. Размеры матки превосходят размеры, характерные для данного срока беременности, и большая предлежащая головка

2. Несоответствие между большим объемом живота и небольшой головкой плода
 3. Размеры матки превосходят размеры, характерные для данного срока беременности, и предлежащая головка нормальных размеров
 4. Небольшие размеры матки и небольшие размеры головки
 5. Прослушивание сердцебиения плода одновременно в двух разных местах
11. Диагностические критерии многоплодной беременности не включают:
1. Ощущение движения плода в разных местах
 2. Определение наружными приемами двух и более крупных частей плода
 3. Отчетливое сердцебиение плода в разных местах матки
 4. Высокое стояние дна матки, не соответствующее сроку беременности
 5. Большие размеры головки при значительных размерах матки
12. Осложнениями, характерными для многоплодной беременности, являются все, кроме:
1. Задержка роста одного из плодов
 2. Сросшиеся близнецы
 3. Синдром фето-фетальной трансфузии
 4. Крупный плод
 5. Преждевременные роды
13. Развитие синдрома фето-фетальной трансфузии у близнецов возможно при следующем нижеуказанном типе плацентации:
1. Бихориальный биамниотический отдельный
 2. Бихориальный биамниотический слившийся
 3. При любом типе
 4. Монохориальная моноамниотическом
 5. Монохориальном биамниотическом
14. Для синдрома фето-фетальной трансфузии характерно все, кроме:
1. Встречается при дихориальной двойне
 2. Встречается при монохориальной двойне
 3. Развитие связано с наличием сосудистых анастомозов, приводящих к шунтированию крови от одного плода к другому
 4. У плода-донора отмечаются анемия, маловодие и другие нарушения
 5. У плода-реципиента развиваются многоводие, гипертензия, полицитемия, кардиомегалия, неиммунная водянка
15. Осложнения в родах при многоплодной беременности:
1. Аномалии родовой деятельности
 2. Гипотоническое кровотечение

3. Раннее излитие околоплодных вод
4. Многоводие
5. Анемия

16. Особенности ведения родов при многоплодии:

1. Всегда применяются оперативные пособия для извлечения второго плода
2. После рождения первого плода перевязывают плодный и материнский концы пуповины
3. Проводят профилактику кровотечения
4. Период изгнания представляют естественному течению, корректируя осложнения при их возникновении
5. При неправильном положении второго плода производят внутренний поворот его на ножку с последующим извлечением

17. Чрезвычайно тяжелое осложнение во втором периоде родов при многоплодии:

1. Слабость родовой деятельности
2. Внутриутробная гипоксия плода
3. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
4. Коллизия (сцепление) близнецов
5. Неправильное положение второго плода

18. После рождения первого плода при продольном положении второго плода показано:

1. Выжидательная тактика самостоятельного рождения второго плода в течение 30 минут
2. Внутривенное введение окситоцина
3. Кесарево сечение
4. Амниотомия
5. Наложение акушерских щипцов

19. Во втором периоде родов при поперечном положении второго плода врач должен:

1. Вскрыть плодный пузырь и предоставить роды естественному течению
2. Вскрыть плодный пузырь и произвести внутренний поворот плода на ножку с последующим извлечением
3. Вскрыть плодный пузырь и сделать кесарево сечение
4. Произвести плодоразрушающую операцию
5. Произвести наружный поворот плода на головку

20. Тактика врача во втором периоде родов, если второй плод находится в чисто ягодичном предлежании:

1. Вскрыть плодный пузырь и извлечь плод за тазовый конец
2. Вскрыть плодный пузырь и предоставить роды естественному течению
3. Вскрыть плодный пузырь, оказать пособие по Цовьянову I
4. Произвести кесарево сечение
5. Произвести наружный поворот плода на головку и предоставить роды естественному течению

Тема 10 «Недоношенная и переношенная беременность»

1. Невынашивание беременности – это:

1. Прерывание беременности в сроках от момента зачатия до 37 недель
2. Прерывание беременности в сроках от момента зачатия до 28 недель
3. Прерывание беременности в сроках от 12 до 37 недель
4. Прерывание беременности в сроках от 22 до 37 недель
5. Прерывание беременности в сроках от 28 до 37 недель

2. Самопроизвольный выкидыш (аборт) – это прерывание беременности в сроках от момента зачатия до:

1. 16 нед.
2. 28 нед.
3. 22 нед.
4. 20 нед.
5. 37 нед.

3. Преждевременные роды – это роды в сроке беременности:

1. От 22 до 37 недель
2. От 22 до 28 недель
3. От 28 до 36 недель
4. От 22 до 36 недель
5. От 28 до 37 недель

4. Причины невынашивания беременности:

1. Инфекционные
2. Иммунологические
3. Эндокринные
4. Патология матки
5. Все вышеперечисленные

5. При хромосомных аномалиях у плода беременность прерывается:

1. В 16 – 18 недель
2. В 5 – 7 недель

3. В 8 – 10 недель
4. В 28 – 30 недель
5. В 36 – 38 недель

6. Назовите основные причины неразвивающейся беременности:

1. Генетические
2. Инфекционные
3. Экстрагенитальная патология
4. Стрессовые состояния
5. Нерациональное питание

7. Причиной преждевременных родов не является:

1. Многоводие
2. Многоплодие
3. Инфекции, передающиеся половым путем
4. Истмико-цервикальная недостаточность
5. Наличие в анамнезе гестоза первой половины беременности

8. У женщины с нормальным циклом после задержки менструации на 12 дней появились небольшие кровянистые выделения. Можно предположить диагноз:

1. Начавшийся самопроизвольный выкидыш
2. Нарушение менструальной функции
3. Нарушенная внематочная беременность
4. Пузырный занос
5. Все вышеперечисленное

9. Индивидуальные критические сроки для невынашивания беременности – это:

1. Срок наступления самопроизвольного выкидыша в прошлом
2. Период плацентации
3. Период имплантации
4. Дни, соответствующие менструации
5. Период органогенеза

10. Для клинической картины угрожающего аборта характерно все, кроме:

1. Ощущения тяжести или небольших тянущих болей внизу живота
2. Кровянистых выделений из половых путей
3. Шейка матки не укорочена, внутренний зев закрыт
4. Тонус матки повышен
5. Величина матки соответствует сроку беременности

11. Для клинической картины начавшегося раннего самопроизвольного выкидыша характерно все перечисленное ниже, кроме:

1. Болей в нижних отделах живота
2. Размягчения шейки матки
3. Кровянистых выделений из половых путей
4. Открытия маточного зева
5. Соответствия величины матки сроку беременности

12. Для клинической картины аборта в ходу характерно все нижеперечисленное, кроме:

1. Схваткообразных болей внизу живота
2. Выявленного кровотечения
3. Нахождения нижнего полюса плодного яйца в канале шейки матки
4. Несоответствия величины матки сроку беременности
5. Отсутствия структурных изменений шейки матки

13. Эхографические признаки неразвивающейся беременности в первом триместре беременности:

1. Отсутствие сердцебиения эмбриона (плода)
2. Отсутствие двигательной активности эмбриона (плода)
3. Ровные и четкие контуры плодного яйца
4. Критическое состояние плодово-плацентарного кровотока
5. Размеры плодного яйца превышают предполагаемый срок беременности

14. Признаки истмико-цервикальной недостаточности:

1. Снижение базальной температуры
2. Наличие слизи в цервикальном канале
3. Патологическая кольпоцитогамма
4. Укорочение шейки матки
5. Зияние цервикального канала

15. Для функциональной истмико-цервикальной недостаточности характерно все, кроме:

1. Обусловлена дисгормональными нарушениями
2. Обусловлена травматизацией шейки матки вследствие родов, прерываний беременности, спонтанных выкидышей
3. Клинические проявления возникают при первой беременности
4. Для выявления характера эндокринопатий используется гормональное обследование
5. Корректируется хирургическим путем

16. Назовите основную причину, приводящую к анатомической истми-ко-цервикальной недостаточности:

1. Искусственный аборт
2. Изосерологическая несовместимость крови матери и плода
3. Токсикоз I половины беременности
4. Эрозия шейки матки
5. Полип цервикального канала

17. Назовите клинические стадии самопроизвольного аборта, при которых возможно сохранение беременности:

1. Аборт в ходу
2. Угрожающий
3. Начавшийся
4. Полный
5. Неполный

18. Врачебная тактика при аборте в ходу:

1. Применение токолитической терапии
2. Медикаментозное прерывание беременности
3. Антибактериальная терапия
4. Инструментальное удаление плодного яйца
5. Пролонгирование беременности

19. При наличии во втором триместре беременности гиперандрогении надпочечникового генеза показаны:

1. Тироксин
2. Парлодел
3. Эстроген-гестагенные лекарственные средства
4. Глюкокортикоиды
5. Гестагены

20. В лечении угрожающих преждевременных родов используют следующие лекарственные средства:

1. β - адреномиметики
2. Сульфат магния
3. Атосибан
4. Антагонисты ионов кальция
5. Все вышеперечисленные

21. Противопоказаниями к использованию токолиза β -адреномиметиками являются:

1. Внутриматочная инфекция
2. Внутриутробная гибель плода

3. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
4. Сахарный диабет
5. Все вышеперечисленные

22. Для профилактики респираторного дистресс-синдрома у новорожденных используют:

1. Глюкокортикоиды
2. Амброксола гидрохлорид
3. Эуфиллин
4. Партусистен
5. Сульфат магния

23. Пренатальную профилактику респираторного дистресс-синдрома плода проводят в сроке беременности:

1. 22 – 36 недель
2. 28 – 36 недель
3. 28 – 34 недели
4. 22 – 34 недели
5. 26 – 34 недели

24. Основная задача специализированных кабинетов по ведению женщин с привычным невынашиванием беременности:

1. Выявление женщин, подлежащих диспансерному наблюдению
2. Проведение обследования вне беременности
3. Определение степени риска невынашивания беременности и разработка лечебно-профилактических мероприятий
4. Своевременная госпитализация в стационар при наступлении беременности
5. Все вышеперечисленное

25. При привычном невынашивании в I триместре беременности необходимо провести:

1. Генетическое обследование супружеской пары
2. Обследование женщины на вирусные инфекции
3. Клиническое обследование супружеской пары
4. Коррекцию гормональных нарушений у женщины
5. Все вышеперечисленное

26. Проведение комплекса реабилитационных мероприятий у женщин с привычным невынашиванием беременности необходимо начинать:

1. По истечении 3 месяцев после самопроизвольного выкидыша
2. По истечении 6 месяцев после самопроизвольного выкидыша
3. По истечении 1 месяца после самопроизвольного выкидыша

4. Сразу после самопроизвольного выкидыша
5. При планировании следующей беременности

27. Переношенной называется беременность, которая:

1. Длится более 280 дней
2. Длится более 294 дней
3. Длится более 294 дней и заканчивается рождением ребенка с признаками биологической перезрелости
4. Длится более 287 дней
5. Длится более 290 дней

28. Пролонгированная беременность – это беременность, которая:

1. Длится более 280 дней
2. Длится более 294 дней и заканчивается рождением ребенка с признаками биологической перезрелости
3. Длится более 294 дней и заканчивается рождением ребенка без признаков перезрелости
4. Длится более 287 дней
5. Длится более 290 дней

29. Причины переношенной беременности все, кроме:

1. Инфантилизм
2. Перенесенные аборт
3. Воспалительные заболевания внутренних органов
4. Истмико-цервикальная недостаточность
5. Наследственный фактор

30. Переношенная беременность характеризуется:

1. Наличием патологических изменений в плаценте
2. Нарушением функции плаценты
3. Запоздалым созреванием плаценты
4. Уменьшением количества околоплодных вод
5. Всем вышеперечисленным

31. Окончательный диагноз истинного перенашивания беременности устанавливаются на основании:

1. Анамнеза
2. Осмотра последа
3. Данных клинического обследования женщины
4. Осмотра новорожденного
5. Данных лабораторного обследования женщины

32. Симптомокомплекс перезрелого плода включает все, кроме:

1. Отсутствие сыровидной смазки
2. Сухость и мацерацию кожных покровов ладоней и стоп
3. Плотные кости черепа, узкие швы и роднички
4. Длинные ногти
5. Нормальная плотность хрящей ушных раковин и носа

33. Клиническими признаками перенашивания беременности являются:

1. Уменьшение окружности живота и высоты стояния дна матки
2. Уменьшение массы тела беременной
3. Снижение двигательной активности плода
4. Изменение характера сердечных тонов плода
5. Все вышеперечисленные

34. При определении тактики ведения родов при перенашивании беременности учитывают:

1. Возраст беременной
2. Особенности акушерско-гинекологического анамнеза
3. Наличие сопутствующей акушерской патологии
4. Предполагаемую массу плода
5. Все вышеперечисленное

35. Показания к кесареву сечению при переносной беременности:

1. Анатомический узкий таз, крупный плод
2. Внутриутробная гипоксия плода
3. Осложненный акушерский анамнез
4. Отсутствие эффекта от подготовки шейки матки к родам в сроке более 294 дней беременности
5. Все вышеперечисленные

36. Для подготовки шейки матки к родам при перенашивании беременности используют:

1. Эстрогены
2. Антигестагены
3. Простагландины
4. Цервикальные дилататоры природного и синтетического происхождения
5. Все вышеперечисленное

37. С целью родовозбуждения при перенашивании беременности применяют все, кроме:

1. Амниотомии

2. Цервикальных дилататоров природного и синтетического происхождения
3. Внутривенного введения простагландинов
4. Внутривенного введения окситоцина
5. Сочетанного внутривенного введения простагландинов и окситоцина

38. Наиболее частыми осложнениями запоздалых родов являются:

1. Травматизм матери и плода
2. Слабость родовых сил
3. Прогрессирование хронической гипоксии плода
4. Клиническое несоответствие головки плода и таза матери
5. Все вышеперечисленные

39. Причина гибели плода при переносной беременности:

1. Инфекция
2. Аномалии развития
3. Асфиксия
4. Родовая травма
5. Анемия

Тема 11: «Кровотечения в акушерстве»

1. Наиболее частой причиной кровотечения в первом триместре беременности является:

1. Полип и рак шейки матки
2. Предлежание плаценты
3. Разрыв матки
4. Начавшийся самопроизвольный аборт
5. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

2. Клиническая картина пузырного заноса характеризуется всем перечисленным, кроме:

1. Кровотечения
2. Отсутствия достоверных признаков беременности при матке, превышающей 20 недель гестации
3. Несоответствия размеров матки сроку беременности (матка больше срока гестации)
4. Несоответствия размеров матки сроку беременности (матка меньше срока гестации)
5. Частого возникновения токсикозов

3. Возможные причины предлежания плаценты не включают:

1. Повышение трофобластических свойств плодного яйца

2. Дистрофические процессы в эндометрии
 3. Воспалительные процессы в эндометрии
 4. Аномалии развития матки и опухолевые процессы в миометрии
 5. Аномалии развития плода
-
4. Клиническая картина полного предлежания плаценты включает:
 1. Повторяющиеся кровотечения во второй половине беременности
 2. Отсутствие болевого синдрома
 3. Отсутствие гипертонуса матки
 4. Развивающуюся гипохромную анемию
 5. Все выше перечисленное
-
5. Методы диагностики пузырного заноса:
 1. Бимануальное влагалищное исследование
 2. Аускультация
 3. Метросальпингография
 4. Ультразвуковое исследование
 5. Определение хорионического гонадотропина
-
6. При диагностике предлежания плаценты следует учитывать:
 1. Данные акушерско-гинекологического анамнеза
 2. Клинические проявления
 3. Результаты наружного акушерского исследования
 4. Данные ультразвукового исследования
 5. Все вышеперечисленное
-
7. Дифференциальная диагностика полного и неполного предлежания плаценты при возникновении кровотечения основана на:
 1. Степени перекрытия плацентой области внутреннего зева
 2. Объеме наружной кровопотери
 3. Степени выраженности болевого синдрома
 4. Степени выраженности признаков анемии
 5. Состоянии плода
-
8. Для неполного предлежания плаценты характерно:
 1. Кровотечение в первом триместре беременности
 2. Кровотечение во втором триместре беременности
 3. Кровотечение с началом родовой деятельности
 4. Повторяющиеся кровотечения
 5. Кровотечение после рождения последа

9. Наиболее информативными для диагностики предлежания плаценты во время беременности являются данные:

1. Анамнеза
2. Наружного акушерского исследования
3. Осмотра с помощью зеркал
4. Влагалищного исследования
5. Ультразвукового исследования

10. При подозрении на предлежание плаценты врач женской консультации не имеет права проводить:

1. Сбор анамнеза
2. Наружное акушерское исследование
3. Влагалищное исследование
4. Ультразвуковое исследование
5. Осмотр шейки матки в зеркалах

11. Основным условием для выполнения влагалищного исследования у беременных и рожениц при подозрении на предлежание плаценты является:

1. Осмотр шейки матки в зеркалах
2. Соблюдение правил асептики
3. Проведение исследования под наркозом
4. Проведение исследования при развернутой операционной
5. Живой плод

12. Наиболее частая причина кровотечения из половых путей в первом периоде родов:

1. Разрыв шейки матки
2. Неполное предлежание плаценты
3. Полное предлежание плаценты
4. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
5. Разрыв влагалища

13. Кровотечение алой кровью с началом родовой деятельности характерно для:

1. Полного предлежания плаценты
2. Неполного предлежания плаценты
3. Преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты
4. Разрыва шейки матки
5. Разрыва влагалища

14. При неполном предлежании плаценты в первом периоде родов и головном предлежании плода показано:

1. Наблюдение
2. Амниотомия и дальнейшее наблюдение
3. Амниотомия и кесарево сечение
4. Амниотомия с последующей родостимуляцией при слабых схватках
5. Родостимуляция

15. При неполном предлежании плаценты в первом периоде родов и тазовом предлежании плода показано:

1. Наблюдение
2. Амниотомия и дальнейшее наблюдение
3. Амниотомия и кесарево сечение
4. Амниотомия с последующей родостимуляцией при слабых схватках
5. Кесарево сечение

16. При неполном предлежании плаценты в первом периоде родов, головном предлежании плода и обильном кровотечении показано:

1. Наблюдение
2. Амниотомия и кесарево сечение
3. Амниотомия и дальнейшее наблюдение
4. Амниотомия с последующей родостимуляцией при слабых схватках
5. Кесарево сечение

17. При обильном кровотечении и полном предлежании плаценты операция кесарева сечения проводится:

1. При любом сроке беременности
2. Только при доношенном плоде
3. Только при недоношенной беременности
4. После гемотрансфузии
5. Только при живом плоде

18. Тактика врача при полном предлежании плаценты, недоношенной беременности и скудном кровоотделении включает:

1. Назначение спазмолитиков
2. Антианемическую терапию
3. Назначение глюкокортикоидов
4. Профилактику внутриутробной гипоксии плода
5. Все вышеперечисленное

19. Основную группу риска по преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты составляют беременные:

1. С преэклампсией

2. Повторнородящие
 3. С крупным плодом
 4. С симптомами преждевременных родов
 5. С анатомически узким тазом
20. Причина преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты в родах:
1. Нарастание тяжести преэклампсии
 2. Короткая пуповина
 3. Быстрое падение внутриматочного давления
 4. Проведение родостимулирующей терапии
 5. Все вышеперечисленное
21. Диагностика преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты не основана на:
1. Объеме наружной кровопотери
 2. Степени тяжести гемодинамических нарушений
 3. Наличии болевого синдрома
 4. Появлении симптомов внутриутробной гипоксии плода
 5. Повышенном тоне и напряжении матки
22. Для преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты характерно:
1. Внутреннее и наружное кровотечение, гипоксия плода
 2. Внутреннее кровотечение, гипоксия плода и гипертонус матки
 3. Внутреннее кровотечение с возможным наружным кровотечением, гипоксия плода, гипертонус матки
 4. Наружное кровотечение, нормальный тонус матки, гипоксия плода
 5. Наружное кровотечение, нормальный тонус матки, нормальное состояние плода
23. Кровотечение с темными сгустками крови во время беременности характерно для:
1. Полного предлежания плаценты
 2. Неполного предлежания плаценты
 3. Преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты
 4. Разрыва матки
 5. Начавшихся преждевременных родов
24. Тактика врача при преждевременной отслойке плаценты и антенатальной гибели плода:
1. Кесарево сечение
 2. Родовозбуждение с последующей плодоразрушающей операцией

3. Родовозбуждение с последующим наложением акушерских щипцов
 4. Кесарево сечение после гемотрансфузии
 5. Плодоразрушающая операция после гемотрансфузии
25. Тактика врача при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты и интранатальной гибели плода в первом периоде родов:
1. Кесарево сечение
 2. Назначение утеротоников для ускорения окончания родов
 3. Амниотомия и дальнейшее наблюдение
 4. Гемотрансфузия и ведение родов через естественные родовые пути
 5. Кесарево сечение после гемотрансфузии
26. При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты в периоде изгнания и симптомах начавшейся гипоксии плода показано:
1. Кесарево сечение
 2. Терапия внутриутробной гипоксии плода
 3. Перинеотомия
 4. Наложение акушерских щипцов и перинеотомия
 5. Перинеотомия, гемотрансфузия
27. Наиболее часто встречающееся осложнение во время операции кесарева сечения при полном предлежании плаценты:
1. Разрыв матки
 2. Плотное прикрепление плаценты
 3. Истинное частичное приращение плаценты
 4. Истинное полное приращение плаценты
 5. Гипотоническое кровотечение
28. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты может стать причиной:
1. Возникновения матки Кувелера
 2. Геморрагического шока
 3. Интранатальной гибели плода
 4. Развития диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови
 5. Всего вышеперечисленного
29. Кесарево сечение при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты выполняется:
1. Независимо от состояния плода
 2. Только на живом плоде
 3. Только на мертвом плоде
 4. После гемотрансфузии
 5. Только при доношенной беременности

30. Профилактика диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты включает:

1. Своевременно выполненное кесарево сечение
2. Удаление органа при обнаружении матки Кувелера
3. Плазмотрансфузию
4. Гемотрансфузию свежей крови
5. Все вышеперечисленное

31. Легкая степень преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты диагностируется:

1. На основании жалоб беременной
2. При осмотре материнской поверхности плаценты после родов
3. При выявлении гемодинамических изменений
4. При наличии гипертонуса матки
5. При выявлении симптомов внутриутробной гипоксии плода

32. Диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты развивается в результате:

1. Попадания в общий кровоток тромбопластина
2. Повышенного образования тромбина
3. Снижения содержания фибриногена
4. Резкого повышения фибринолитической активности
5. Всего вышеперечисленного

33. При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты удаление матки показано при:

1. Атонии матки
2. Имбибиции тканей матки кровью
3. Наличии в области плацентарной площадки узлов миомы
4. Развитии диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови
5. Всем вышеперечисленным

34. Наиболее частая причина кровотечения в послеродовом периоде:

1. Аномалия расположения плаценты
2. Аномалия прикрепления плаценты
3. Гипотония матки
4. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
5. Диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови

35. Тактика врача при кровотечении в третьем периоде родов и наличии признаков отделения плаценты:

1. Наружный массаж матки
2. Ручное отделение и выделение плаценты
3. Выделение последа наружными приемами
4. Прижатие аорты
5. Введение сокращающих средств

36. Тактика врача при кровотечении в третьем периоде родов и отсутствии признаков отделения плаценты:

1. Ввести сокращающие средства
2. Применить метод Креде-Лазаревича
3. Применить прием Абуладзе
4. Ручное отделение и выделение последа
5. Холод на низ живота

37. При истинном полном приращении плаценты кровотечение в последовом периоде:

1. Обильное
2. Умеренное
3. Незначительное
4. Отсутствует
5. Массивное

38. При полном плотном прикреплении плаценты кровотечение в последовом периоде:

1. Обильное
2. Умеренное
3. Незначительное
4. Отсутствует
5. Массивное

39. При плотном прикреплении плаценты ворсины хориона:

1. Оканчиваются в децидуальной оболочке матки
2. Достигают базального слоя
3. Проникают в мышечный слой
4. Доходят до серозной оболочки матки
5. Прорастают серозную оболочку матки

40. Дифференциальная диагностика плотного прикрепления плаценты и истинного приращения проводится:

1. По объему наружной кровопотери
2. После осмотра выделившегося последа

3. До операции ручного отделения плаценты и ее выделения
4. Во время операции ручного отделения плаценты

41. При частичном истинном приращении плаценты:

1. Самостоятельное отделение плаценты невозможно
2. Наступает кровотечение в третьем периоде
3. Имеется врастание ворсин хориона в миометрий
4. Показана ампутация или экстирпация матки
5. Все указанное верно

42. Приращение плаценты развивается:

1. Чаще у первородящих
2. При развитии гестоза
3. При структурно-морфологических изменениях эндометрия
4. При многоплодной беременности
5. При резус-конflikте

43. Плотное прикрепление плаценты:

1. Диагностируется при ручном вхождении в полость матки
2. Возникает из-за структурно-морфологических изменений эндометрия
3. Может осложняться кровотечением
4. Не является показанием для удаления матки
5. Все указанное верно

44. Приступить к выделению отделившегося последа необходимо:

1. Через 5 мин после рождения плода
2. Через 10 мин после появления признаков отделения плаценты
3. После появления кровотечения
4. Через 30 мин после появления признаков отделения плаценты
5. Сразу после появления признаков отделения плаценты

45. Операция ручного отделения плаценты и ее выделения не показана при:

1. Отсутствии признаков отделения плаценты в течение 30 мин после рождения плода
2. Появлении кровянистых выделений и наличии признаков отделения плаценты
3. Кровопотере в объеме 100 мл и отсутствии признаков отделения плаценты
4. Появлении признаков отделения плаценты и отсутствии кровянистых выделений
5. Отсутствии признаков отделения плаценты в течение 20 мин после рождения плода и наличии кровотечения

46. При отсутствии признаков отделения плаценты в течение 30 мин необходимо:

1. Выполнить ручное отделение плаценты и выделение последа
2. Выделить послед по Креде – Лазаревичу
3. Выделить послед по Абуладзе
4. Сделать наружный массаж матки
5. Внутривенно ввести окситоцин

47. При истинном приращении плаценты показано:

1. Введение сокращающих средств
2. Ручное отделение последа
3. Выскабливание полости матки
4. Холод на живот
5. Экстирпация матки

48. Наиболее частой причиной кровотечения в раннем послеродовом периоде является:

1. Разрыв матки
2. Разрыв шейки матки и влагалища
3. Гипотония матки
4. Врожденные коагулопатии
5. Разрыв промежности

49. Предрасполагающими факторами кровотечения в раннем послеродовом периоде являются:

1. Слабость родовой деятельности
2. Многоводие
3. Крупный плод
4. Многоплодная беременность
5. Все вышеперечисленное

50. При кровотечении в раннем послеродовом периоде необходимо прежде всего:

1. Выполнить ручное обследование полости матки
2. Осмотреть родовые пути и устранить возможные травмы
3. Сделать наружный массаж матки и ввести утеротоники
4. Клеммировать параметрии
5. Прижать аорту

51. Показанием к ручному обследованию полости матки после родов не является:

1. Кровопотеря, превышающая физиологическую
2. Наличие рубца на матке

3. Разрыв шейки матки I и II степени
4. Сомнение в целости последа
5. Подозрение на разрыв матки

52. При задержке доли плаценты после рождения последа или при сомнении в целости последа необходимо:

1. Сразу приступить к ручному обследованию полости матки
2. Приступить к ручному обследованию полости матки после появления кровотечения
3. Выполнить ультразвуковое исследование для уточнения патологии
4. Сделать выскабливание полости матки

53. При начавшемся кровотечении в раннем послеродовом периоде необходимо:

1. Сделать наружный массаж матки и ввести утеротоники
2. Провести ручное обследование полости матки
3. Осмотреть родовые пути
4. Возместить патологическую кровопотерю
5. Выполнить все вышеперечисленное

54. Шоковый индекс – это:

1. Информативный показатель объема кровопотери
2. Отношение частоты пульса к величине систолического артериального давления
3. При снижении объема циркулирующей крови на 20–30% увеличивается до 1,0
4. В норме равен 0,5
5. Все вышеперечисленное верно

55. Принципы борьбы с геморрагическим шоком в акушерстве включают:

1. Местный гемостаз
2. Профилактику нарушений свертываемости крови
3. Инфузионно-трансфузионную терапию
4. Профилактику почечной недостаточности
5. Все вышеперечисленное верно

56. Методы профилактики геморрагического шока в акушерстве включают:

1. Нормализацию местного гемостаза
2. Профилактику диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови
3. Инфузионно-трансфузионную терапию
4. Профилактику почечной недостаточности

5. Все вышеперечисленные мероприятия

57. При кровопотере до 1000 мл в раннем послеродовом периоде не показано:

1. Перевязка сосудов по методу Цицишвили и удаление матки
2. Ручное обследование полости матки
3. Введение утеротоников
4. Инфузионно-трансфузионная терапия
5. Введение тампона с эфиром в задний свод влагалища

58. Длительное нахождение в матке мертвого плода может стать причиной:

1. Гипотонического кровотечения
2. Прикрепления плаценты
3. Разрыва матки
4. Коагулопатического кровотечения
5. Всего указанного в п. 1–3

59. Объем переливаемых растворов должен превышать объем кровопотери на:

1. 20%
2. 40%
3. 60–80%
4. 100%
5. более 100%

60. Основным симптомом при задержке частей плаценты в матке:

1. Позыв на потугу
2. Боли схваткообразного характера
3. Кровотечение из половых путей
4. Сниженный тонус матки

61. 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

62. Адекватность гемодинамики оценивается на основании:

1. Цвета кожных покровов и температуры тела
2. Частоты пульса, величины АД и шокового индекса
3. Показателей почасового диуреза

4. Показателей центрального венозного давления и гематокрита
5. Всего вышеперечисленного

63. При продолжающемся гипотоническом кровотечении в раннем послеродовом периоде показано:

1. Повторное ручное обследование полости матки
2. Введение тампона с эфиром в задний свод
3. Повторное введение утеротоников
4. Удаление матки и возмещение кровопотери
5. Все вышеперечисленное

64. Ручное вхождение в полость матки показано при:

1. Начавшемся кровотечении и отсутствии признаков отделения плаценты
2. Отсутствии кровотечения и признаков отделения плаценты через 30 мин после рождения плода
3. Задержке доли плаценты
4. Патологической кровопотере в раннем послеродовом периоде
5. Всех вышеуказанных осложнениях

Тема 12: «Гестозы»

1. Степень тяжести раннего гестоза определяется:

1. Потерей массы тела
2. Ацетонурией
3. Частотой рвоты
4. Головной болью
5. Болями внизу живота

2. Часто встречающиеся формы ранних гестозов:

1. Рвота беременных
2. Холестатический гепатоз беременных
3. Слюнотечение
4. Острая жировая дистрофия печени
5. Тетания беременных

3. Изменения в общем анализе крови при тяжелой рвоте беременных:

1. Повышение гематокрита
2. Понижение гематокрита
3. Снижение содержания лейкоцитов
4. Снижение гемоглобина
5. Снижение скорости оседания эритроцитов

4. На обезвоживание при рвоте беременных указывает показатель гематокрита:

1. 0,15 – 0,20
2. 0,25 – 0,30
3. 0,32 – 0,35
4. 0,36 – 0,42
5. 0,43 – 0,55

5. Рвоту беременных необходимо дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:

1. Отравления
2. Заболевания желудочно-кишечного тракта
3. Поражения центральной нервной системы
4. Сахарный диабет
5. Тиреотоксикоз

6. Основные принципы лечения раннего токсикоза заключаются:

1. В воздействии на центральную нервную систему, коррекции нарушений водного и электролитного баланса, нормализации кислотно-основного состояния, лечении сопутствующих заболеваний
2. В воздействии на центральную нервную систему, устранении генерализованного сосудистого спазма и расстройств гемодинамики
3. В коррекции водно-электролитного обмена, выведении интерстициальной жидкости
4. В общеукрепляющей терапии, улучшении маточно-плацентарного кровообращения, кардиальной терапии
5. В улучшении кровотока в почках и стимуляции их мочевыделительной функции, нормализации водно-электролитного обмена

7. В лечении ранних гестозов не используют:

1. Седативные лекарственные средства
2. Инфузионную терапию
3. Физиотерапию
4. Противорвотные средства
5. Диуретики

8. Лекарственными средствами, уменьшающими возбудимость рвотного центра, являются:

1. Этаперазин
2. Торекан
3. Тавегил
4. Церукал
5. Дроперидол

9. Показанием к прерыванию беременности при рвоте беременных не является:

1. Нарастающее обезвоживание организма
2. Прогрессирующее снижение массы тела
3. Угроза прерывания беременности
4. Нарушение функций нервной системы (апатия, бред, эйфория)
5. Гипербилирубинемия 100 ммоль/л

10. К атипичным формам гестоза относятся:

1. Эклампсия
2. Преэклампсия
3. HELLP - синдром
4. Острая желтая дистрофия печени
5. Холестатический гепатоз беременных

11. Для холестатического гепатоза не характерно:

1. Желтушная окраска кожи и слизистых
2. Распространенный зуд
3. Увеличение печени
4. Гипербилирубинемия свыше 100 ммоль/л
5. Увеличение уровня щелочной фосфатазы

12. Акушерская тактика при холестатическом гепатозе:

1. Симптоматическая терапия
2. Пролонгирование беременности
3. Досрочное родоразрешение через естественные родовые пути
4. Экстренное родоразрешение операцией кесарева сечения

13. Для острого жирового гепатоза беременных не характерно:

1. Гипербилирубинемия
2. Гипопротеинемия
3. Снижение уровня антитромбина III
4. Значительное повышение уровня aminotransferases
5. Увеличение протромбинового времени и АЧТВ

14. Лечение острого жирового гепатоза беременных включает все, кроме:

1. Искусственной вентиляции легких, кислородотерапии
2. Экстренного родоразрешения
3. Комплексной инфузионной терапии
4. Диуретиков
5. Ингибиторов протеаз

15. Не является фактором риска развития гестоза:

1. Миопия легкой степени
2. Сахарный диабет
3. Хронический пиелонефрит
4. Гипертоническая болезнь
5. Хронический гломерулонефрит

16. Патогенетические факторы развития гестоза включают все, кроме:

1. Генерализованного спазма сосудов
2. Гиповолемии
3. Нарушения реологических свойств крови
4. Развития хронического ДВС-синдрома
5. Повышения онкотического давления

17. Артериальная гипертензия – это:

1. Повышение систолического артериального давления до 130 мм рт.ст., диастолического артериального давления до 85 мм рт. ст.
2. Повышение систолического артериального давления до 135 мм рт.ст., диастолического артериального давления до 85 мм рт. ст.
3. Повышение систолического артериального давления до 140 мм рт.ст. и выше, диастолического артериального давления до 90 мм рт. ст и выше при двух последовательных измерениях с интервалом 4 ч
4. Повышение систолического артериального давления до 135 мм рт.ст., диастолического артериального давления до 90 мм рт. ст.
5. Повышение систолического артериального давления до 125 мм рт.ст., диастолического артериального давления до 85 мм рт. ст.

18. Среднее артериальное давление – это:

1. (систолическое артериальное давление + 2 диастолических артериальных давления) / 3
2. (2 систолических артериальных давления + диастолическое артериального давление) / 3
3. (систолическое артериальное давление + диастолическое артериальное давление) / 2
4. (2 систолических артериальных давления + 2 диастолических артериальных давления) / 3
5. (систолическое артериальное давление + 2 диастолических артериальных давления) / 2

19. Патологическая протеинурия – это:

1. Потеря 200 мг белка в сутки
2. Потеря 250 мг белка в сутки
3. Потеря 300 мг белка в сутки и более

4. Потеря 0,2 г/л белка в двух порциях мочи, собранных с интервалом в 4 ч
5. Потеря 1 г/л белка и более в любой порции мочи

20. Для скрытых отеков у беременных характерно:

1. Нарушение функции сердечно-сосудистой системы
2. Нарушение функции печени
3. Повышение артериального давления
4. Патологическая прибавка массы тела на фоне снижения диуреза
5. Протеинурия

21. Еженедельная прибавка массы во второй половине беременности не должна превышать

1. 100 – 150 г
2. 150 – 200 г
3. 200 – 300 г
4. 300 – 400 г
5. 400 – 500 г

22. Гестоз, развившийся на фоне хронической артериальной гипертензии, характеризуется:

1. Повышенным артериальным давлением
2. Протеинурией
3. Дисфункцией жизненно важных органов
4. Нарушением маточно-плацентарного кровообращения
5. Всем вышеуказанным

23. Для преэклампсии характерны следующие симптомы:

1. Анемия
2. Головная боль
3. Судороги
4. Нарушение зрения
5. Боли в эпигастральной области

24. Признаком эклампсии является:

1. Гипертензия
2. Альбуминурия и отеки
3. Повышенная возбудимость
4. Судороги и кома
5. Головная боль

25. Продолжительность приступа эклампсии составляет:

1. 20 минут
2. 10 минут

3. До 1 минуты
4. 2 – 3 минуты
5. 5 минут

26. Осложнением эклампсии нельзя считать:

1. Неврологические изменения
2. Гибель плода
3. Острую почечную недостаточность
4. Разрыв матки
5. Отек головного мозга

27. При гестозе в анализах мочи не отмечается:

1. Низкий удельный вес и белок
2. Низкий удельный вес и восковидные цилиндры
3. Гиалиновые цилиндры
4. Никтурия
5. Протеинурия

28. Для оценки степени тяжести гестоза используют все перечисленные симптомы, кроме:

1. Величины артериального давления
2. Уровня протеинурии
3. Головной боли, головокружения, нарушения зрения
4. Количества околоплодных вод
5. Синдрома задержки роста плода

29. Гестоз беременных необходимо дифференцировать со следующими патологическими состояниями:

1. Пневмония
2. Инфаркт миокарда
3. Гипертоническая болезнь
4. Пиелонефрит
5. Сердечная недостаточность

30. Эклампсию необходимо дифференцировать от всех нижеперечисленных заболеваний, кроме:

1. Эпилепсии
2. Черепно-мозговой травмы
3. Гипертонического криза
4. Менингита
5. Вирусного гепатита

31. Комплексное лечение беременных с гестозом предусматривает все, кроме:

1. Инфузионно-трансфузионной терапии
2. Применения сульфата магния
3. Применения антигипертензивных лекарственных средств
4. Гемотрансфузии

32. Для проведения антигипертензивной терапии при гестозе не используют:

1. Периферические вазодилататоры
2. Антагонисты ионов кальция
3. Ингибиторы АПФ
4. Вазодилататоры нитраты
5. β -адреноблокаторы

33. Антигипертензивными лекарственными средствами первой линии при гестозе являются:

1. Сульфат магния
2. Метилдопа
3. Нифедипин
4. Метопролол
5. Клонидин

34. Для лечения гестоза используют следующие лекарственные средства из группы антагонистов кальция:

1. Лабетолол
2. Нифедипин
3. Амлодипин
4. Бетаксолол
5. Нитропруссид натрия

35. Перечислите β -адреноблокаторы, которые используют при лечении гестоза:

1. Метопролол
2. Небиволол
3. Лабетолол
4. Клонидин
5. Сульфат магния

36. Для купирования гипертонического криза во время беременности используют:

1. Нифедипин
2. Нитроглицерин

3. Нитропруссид натрия
4. Уропедил
5. Все вышеперечисленные

37. Для предупреждения припадка эклампсии не применяют:

1. Масочный закисно-фторотановый наркоз с кислородом
2. Сульфат магния внутривенно
3. Нейролептоаналгезию
4. Диуретики

38. Фармакологический эффект сульфата магния включает следующее действие:

1. Гипотензивное
2. Противосудорожное
3. Седативное
4. Мочегонное
5. Все вышеуказанные действия

39. В случаях передозировки магнезии для ликвидации токсичности используется:

1. Диазепам
2. Новокаин
3. Глюконат кальция
4. Бикарбонат натрия
5. Хлорид калия

40. Назначение альбумина показано при содержании общего белка в плазме крови:

1. 70 г/л
2. 60 г/л
3. 55 г/л
4. 50 г/л
5. менее 50 г/л

41. Отсутствие эффекта от проводимой терапии гестоза проявляется:

1. Снижением диуреза
2. Стойкой артериальной гипертензией
3. Прогрессирующей протеинурией
4. Нарушениями центральной и мозговой гемодинамики
5. Всем вышеперечисленным

42. Показанием к досрочному родоразрешению при гестозе легкой степени является:

1. Отсутствие эффекта от комплексной терапии в течение 7 дней
2. Отсутствие эффекта от комплексной терапии в течение 7 – 10 дней
3. Отсутствие эффекта от комплексной терапии в течение 10 – 14 дней
4. Отсутствие эффекта от комплексной терапии в течение 5 – 6 дней
5. Отсутствие эффекта от комплексной терапии в течение 3 – 12 часов

43. Показанием к досрочному родоразрешению при гестозе средней степени тяжести является:

1. Отсутствие эффекта от комплексной терапии в течение 7 дней
2. Отсутствие эффекта от комплексной терапии в течение 7 – 10 дней
3. Отсутствие эффекта от комплексной терапии в течение 10 – 14 дней
4. Отсутствие эффекта от комплексной терапии в течение 5 – 6 дней
5. Отсутствие эффекта от комплексной терапии в течение 3 – 12 часов

44. Вопрос об акушерской тактике при интенсивной терапии тяжелых форм гестоза решают:

1. В течение 3 – 12 часов
2. В течение 1 суток
3. В течение 3 суток
4. В течение 7 суток
5. Все ответы неверны

45. Срочное родоразрешение показано при:

1. Эклампсии
2. HELLP-синдроме
3. Остром жировом гепатозе беременных
4. Холестатическом гепатозе беременных
5. Отслойке сетчатки

46. Принципы ведения первого периода родов при гестозе не включают:

1. Обезболивание
2. Раннюю амниотомию
3. Введение сульфата магния
4. Перидуральную анестезию
5. Введение диуретиков

47. Принципы ведения второго периода родов при гестозе включают:

1. Введение антигипертензивных лекарственных средств
2. Выключение потужной деятельности при неэффективности гипотензивной терапии

3. Мониторинг за состоянием матери
4. Мониторинг за состоянием плода
5. Все вышеперечисленное

48. Принципы ведения третьего периода родов при гестозе включают:

1. Профилактику кровотечения
2. Тщательный контроль за состоянием родильницы
3. Адекватное восполнение кровопотери
4. Обезболивание проводимых манипуляций
5. Все вышеперечисленное

49. Осложнения гестоза для плода:

1. Внутриутробная инфекция
2. Задержка роста плода
3. Антенатальная гибель плода
4. Гидроцефалия плода
5. Водянка плода

50. При тяжелых формах гестоза могут быть следующие осложнения:

1. Отслойка сетчатки
2. Кровоизлияние в мозг
3. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
4. Острая почечно-печеночная недостаточность
5. Все вышеперечисленные

51. Причиной материнской смерти при эклампсии является:

1. Остановка сердца во время судорог
2. Кровоизлияние в печень
3. Отек легких
4. Кровоизлияние в мозг и кома
5. Острая почечная недостаточность

52. Для HELLP-синдрома характерно все, кроме:

1. Повышения уровня трансаминаз
2. Снижения количества тромбоцитов
3. Увеличения уровня билирубина (за счет непрямого)
4. Повышения гематокрита
5. Снижения антитромбина III менее 70%

53. Дифференциальную диагностику HELLP-синдрома необходимо проводить со всеми заболеваниями, кроме:

1. Острой жировой дистрофии печени
2. Тромботической тромбоцитопенической пурпуры

3. Гемолитикоуремического синдрома
4. Вирусного гепатита
5. Хронического холецистита

54. Осложнениями HELLP-синдрома являются все перечисленные, кроме:

1. Субкапсулярной гематомы и разрыва печени
2. Преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты
3. Острой печеночной недостаточности
4. Отека легких
5. Эклампсии

Тема 13: «Изоиммунизация»

1. Дифференциация резус-фактора у плода начинается:

1. В 5 – 6 недель беременности
2. В 8 – 9 недель беременности
3. В 12 – 13 недель беременности
4. В 15 – 16 недель беременности
5. В 20 – 22 недели беременности

2. Не связанные с беременностью факторы, способствующие резус-сенсibilизации:

1. Частые инфекционные заболевания
2. Гемотрансфузии в анамнезе
3. Аллергические состояния
4. Заболевания ЖКТ
5. Использование одного шприца в случае инъекционного потребления наркотиков или наркозависимости

3. Факторы резус-сенсibilизации, связанные с предыдущими беременностями:

1. Кровотечения при предыдущих беременностях (отслойка нормально или низко расположенной плаценты, угрожающий аборт или преждевременные роды)
2. Эктопическая беременность
3. Гестоз при предыдущей беременности
4. Задержка роста плода при предыдущей беременности
5. Инвазивные процедуры при предыдущих беременностях

4. Резус-конфликт во время беременности может развиваться в следующем случае:

1. При отсутствии у женщины резус-фактора
2. При наличии у женщины O (I) группы крови

3. При экстрагенитальной патологии женщины
 4. При осложнении беременности преэклампсией
 5. При многоплодной беременности
5. Сенсибилизация беременной с резус-отрицательной кровью может произойти при:
1. Попадании в кровоток резус-положительных эритроцитов плода
 2. Внутривенном введении беременной резус-положительной крови
 3. Внутримышечном введении беременной резус-положительной крови
 4. При попадании в кровоток резус-отрицательных эритроцитов плода
 5. Всем вышеперечисленным
6. Для диагностики резус-сенсибилизации используют:
1. Определение группы крови по системе АВО и резус-принадлежности при первой явке
 2. Скрининг антиэритроцитарных антител при первой явке, в 28 – 29 и 34 – 35 недель беременности, независимо от резус-принадлежности
 3. Исследование групповой принадлежности крови супруга и ее принадлежности при резус-отрицательной крови у женщины
 4. Контроль титра антител 1 раз в 30 дней до 38 недель беременности у резус-отрицательных женщин
 5. Все вышеперечисленное
7. Определять титр антирезус-антител у резус-отрицательных беременных необходимо:
1. Один раз в месяц до 38 недель беременности
 2. Два раза в месяц с 32 до 35 недель беременности
 3. Ежеженедельно с 35 недель беременности
 4. Каждые 2 недели на протяжении всей беременности
 5. По клиническим показаниям
8. Ультразвуковым признаком гемолитической болезни плода не является:
1. Превышение толщины плаценты на 0,5 см и более
 2. Увеличение размеров живота плода за счет увеличения печени
 3. Асцит у плода
 4. Маловодие
 5. Двойной контур головки и туловища плода
9. К гемолитической болезни плода не имеет отношения нижеперечисленный признак, выявленный при ультразвуковом исследовании у 30-летней первобеременной:
1. Асцит у плода
 2. Утолщение плаценты

3. Превышение размера головки плода по сравнению с нормативным для данного гестационного возраста
4. Искривление бедра у плода
5. Двойной контур головки плода

10. Для диагностики анемической формы гемолитической болезни плода используют:

1. Ультразвуковое исследование плода в 18 – 21, 32 – 35 недель и перед родоразрешением, доплерометрию сосудов (артерия пуповины, средняя мозговая артерия плода) каждые 2 недели с 20 недель беременности
2. Ультразвуковое исследование плода в 16 – 18, 22 – 24 недели, 26 – 28 недель и 36 недель
3. Ультразвуковое исследование плода в 16 – 18, 22 – 24 недели, 26 – 28 недель и 36 недель, доплерометрию сосудов (артерия пуповины, средняя мозговая артерия плода) в 36 недель
4. Ультразвуковое исследование плода в 16 – 18, 26 – 28, 32 – 34 недели, доплерометрию сосудов (артерия пуповины, средняя мозговая артерия плода) в 32 – 34 недели
5. Ультразвуковое исследование плода в 14 – 16, 20 – 22 недели, 24 – 26 недель и 38 недель

11. Лечение анемии плода методом внутриутробной гемотрансфузии выполняется в сроке беременности:

1. 18 – 36 недель
2. 16 – 32 недели
3. 16 – 22 недели
4. 16 – 28 недель
5. 16 – 38 недель

12. Родоразрешение пациенток с резус-сенсibilизацией осуществляется согласно акушерской ситуации:

1. В сроках беременности 37-38 недель в организациях здравоохранения III уровня оказания перинатальной помощи
2. В сроках беременности 37-38 недель в организациях здравоохранения II уровня оказания перинатальной помощи
3. В сроках беременности 37-38 недель в организациях здравоохранения I уровня оказания перинатальной помощи
4. В сроках беременности 32-34 недели в организациях здравоохранения II уровня оказания перинатальной помощи
5. В сроках беременности 40-41 неделя в организациях здравоохранения II уровня оказания перинатальной помощи

13. О высоком риске анемии плода у женщин с резус-сенсibilизацией свидетельствует:

1. Увеличение пиковой систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии плода по данным доплерометрии для данного срока гестации
2. Снижение пиковой систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии плода по данным доплерометрии для данного срока гестации
3. Увеличение пиковой систолической скорости кровотока в артерии пуповины по данным доплерометрии для данного срока гестации
4. Снижение пиковой систолической скорости кровотока в артерии пуповины по данным доплерометрии для данного срока гестации
5. Увеличение пиковой систолической скорости кровотока в аорте плода по данным доплерометрии для данного срока гестации

14. Наиболее частой причиной желтухи у новорожденного на 23 день жизни является:

1. Групповая несовместимость крови
2. Физиологическая желтуха
3. Сепсис
4. Врожденный сифилис
5. Воздействие лекарственных средств

15. Наиболее частой причиной желтухи у новорожденного в первые часы жизни является:

1. Гемолитическая болезнь новорожденного
2. Физиологическая желтуха
3. Септицемия
4. Врожденный сифилис
5. Желтуха, обусловленная воздействием лекарственных средств

16. Для проведения заменного переливания крови при гемолитической болезни новорожденного по резус-фактору используют:

1. Резус - положительную одногруппную кровь
2. Резус-отрицательную одногруппную кровь
3. Кровь матери
4. Кровь отца
5. Резус-отрицательную кровь четвертой группы

17. При несовместимости по групповым факторам необходимо переливание:

1. Эритроцитной массы 0 (I) группы (соответственно резус-принадлежности ребенка) и одногруппной плазмы
2. Эритроцитной массы АВ (IV) группы (соответственно резус-принадлежности ребенка) и одногруппной плазмы
3. Эритроцитной массы А (II) группы (соответственно резус-принадлежности ребенка)
4. Эритроцитной массы В (III) группы (соответственно резус-принадлежности ребенка)
5. Эритроцитной массы 0 (I) группы резус-отрицательной

18. Кровь для заменного переливания при гемолитической болезни у новорожденного должна иметь срок хранения:

1. До 3 суток
2. От 5 до 7 суток
3. От 7 до 10 суток
4. От 10 до 20 суток
5. Не имеет значения

19. Укажите нормальные показатели гемоглобина у новорожденного:

1. 110 – 120 г/л
2. 120 – 130 г/л
3. 145 – 225 г/л
4. 130 – 140 г/л
5. 110 – 140 г/л

20. Клиническим проявлением отечной формы гемолитической болезни новорожденного не является:

1. Нормальный показатель гемоглобина
2. Гепатоспленомегалия
3. Отек подкожной клетчатки
4. Высокий билирубин
5. Асцит

21. Клинические формы гемолитической болезни у новорожденного включает все нижеперечисленные, кроме:

1. Анемической
2. Желтушной
3. Отечной
4. Желтушно-анемической
5. Инфекционно-токсической

22. Основные принципы ведения беременной при резус-сенсibilизации включают все нижеперечисленное, кроме:

1. Диспансерное наблюдение
2. Профилактика резус-сенсibilизации
3. Родоразрешение при достижении функциональной зрелости органов плода
4. Контроль за состоянием плода
5. Антибиотикотерапия

23. Показания к раннему заменному переливанию крови для зрелого новорожденного:

1. Снижение гемоглобина менее 110 г/л, содержание общего билирубина в пуповинной крови более 76 мкмоль/л или почасовой прирост билирубина более 8,5 мкмоль/л на фоне терапии
2. Снижение гемоглобина менее 100 г/л
3. Содержание общего билирубина в пуповинной крови более 100 мкмоль/л или почасовой прирост билирубина более 10 мкмоль/л на фоне терапии
4. Почасовой прирост билирубина более 5,6 мкмоль/л на фоне терапии
5. Снижение гемоглобина менее 140 г/л, содержание общего билирубина в пуповинной крови 50 - 70 мкмоль/л

24. К профилактическим мероприятиям по предупреждению резус-сенсibilизации относятся все нижеперечисленные, кроме:

1. Переливание крови с учетом резус-принадлежности крови реципиента и донора
2. Сохранение первой беременности у женщин с резус-отрицательной кровью
3. Проведение неспецифической десенсибилизирующей терапии во время беременности
4. Осуществление специфической профилактики резус-сенсibilизации у женщин с резус-отрицательной кровью во время беременности
5. Осуществление специфической профилактики резус-сенсibilизации у женщин с резус-отрицательной кровью после родов

25. Показания к введению антирезус-иммуноглобулина резус-отрицательным женщинам все, кроме:

1. Первые роды резус-положительным плодом
2. Аборт
3. Повторные роды у женщин без явлений сенсibilизации
4. Внематочная беременность
5. Повторные роды у женщин с явлениями сенсibilизации

26. Специфическая профилактика резус-сенсibilизации после родов проводится у резус-отрицательной женщины:

1. В первые 72 часа при рождении резус-положительного ребенка и отсутствии резус-сенсibilизации
2. В течение первой недели послеродового периода
3. Сразу после родоразрешения
4. В первые 72 часа при рождении резус-отрицательного ребенка и отсутствии резус-сенсibilизации
5. В первые 72 часа при рождении резус-положительного ребенка независимо от резус-сенсibilизации

Тема 14: «Аномалии родовой деятельности»

1. Сократительная деятельность матки характеризуются следующими параметрами:
 1. Базальный тонус
 2. Интенсивность
 3. Частота схваток
 4. Продолжительность схваток
 5. Всеми вышеперечисленными
2. Наиболее частой формой аномалий родовой деятельности является:
 1. Чрезмерно сильная родовая деятельность
 2. Патологический прелиминарный период
 3. Первичная слабость родовой деятельности
 4. Дискоординированная родовая деятельность
 5. Вторичная слабость родовой деятельности
3. Причинами первичной слабости родовой деятельности являются все перечисленные, кроме:
 1. Нейроэндокринные нарушения
 2. Аномалии развития матки
 3. Органические заболевания центральной нервной системы
 4. Гипоксия плода
 5. Инфекции и интоксикации
4. Причинами вторичной слабости родовой деятельности являются:
 1. Клинически узкий таз
 2. Неправильные вставления головки
 3. Ригидность шейки матки
 4. Необоснованное использование обезболивающих и утеротонических средств
 5. Все вышеперечисленные
5. Диагноз аномалий родовой деятельности устанавливается на основании:

1. Времени излития околоплодных вод
 2. Клинической характеристики параметров родовой деятельности, скорости сглаживания и раскрытия шейки матки
 3. Внутриутробного состояния плода
 4. Данных кардиографии
 5. Всего вышеперечисленного
6. Для патологического прелиминарного периода не характерно:
1. Схваткообразные нерегулярные боли внизу живота и в пояснице
 2. Продолжительность болей от 6 до 24 часов и более, нарушение сна, утомление
 3. Отсутствие готовности шейки матки к родам
 4. Повышение тонуса матки и ее нижнего сегмента
 5. Сглаживание шейки матки
7. Женщина предъявляет жалобы на нерегулярные схваткообразные боли внизу живота в течение 9 часов, утомление. При влагалищном исследовании шейка матки «недостаточно» зрелая. Предварительный диагноз:
1. Предвестники родов
 2. Физиологический прелиминарный период
 3. Патологический прелиминарный период
 4. Срочные роды
 5. Дискоординированная родовая деятельность
8. Диагностическими критериями слабости родовой деятельности являются:
1. Редкие, удовлетворительной силы или частые, но слабые и короткие схватки
 2. Замедленная скорость раскрытия маточного зева
 3. Замедленное продвижение предлежащей части
 4. Увеличение продолжительности родов
 5. Все вышеперечисленные
9. Вторичная слабость родовой деятельности характеризуется:
1. Нарушением ритма сокращений матки
 2. Дистоцией шейки матки
 3. Наличием судорожных сокращений матки
 4. Отсутствием координированности сокращений между правой и левой половиной матки, верхними и нижними ее отделами
 5. Ничем из вышеперечисленного
10. Осложнениями слабости родовой деятельности могут быть:
1. Хориоамнионит

2. Гипотоническое кровотечение
3. Несвоевременное излитие околоплодных вод
4. Внутриутробная гипоксия плода
5. Все вышеперечисленные

11. Врачебная тактика при первичной слабости родовой деятельности, открытии шейки матки на 4 см, безводном периоде 6 часов, удовлетворительном состоянии матери и плода:

1. Вскрытие плодного пузыря
2. Медикаментозный сон-отдых
3. Стимуляция родовой деятельности
4. Кесарево сечение
5. Дальнейшее наблюдение

12. Для лечения слабости родовой деятельности применяют:

1. Эстрогены
2. Спазмолитики
3. Утеротонические лекарственные средства
4. Гестагены
5. Токोलитики

13. Максимальная скорость внутривенного капельного введения окситоцина при проведении родостимуляции при слабости родовой деятельности:

1. 15 капель в минуту
2. 20 капель в минуту
3. 50 капель в минуту
4. 40 капель в минуту
5. 50 капель в минуту

14. Показаниями для операции кесарева сечения при слабости родовой деятельности являются:

1. Утомление роженицы
2. Отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии
3. Наличие признаков несоответствия размеров таза и головки плода
4. Плотные оболочки плодного пузыря
5. Затяжные роды

15. Причинами развития дискоординированной родовой деятельности являются все, кроме:

1. Пороков развития матки
2. Патологического прелиминарного периода
3. Ригидности шейки матки

4. Многоводия
5. Гипоэстрогении

16. Дискоординация родовой деятельности – это:

1. Смещение «водителя ритма» по горизонтали (правая и левая половина матки сокращаются в разном ритме)
2. Смещение «водителя ритма» по вертикали (на тело или нижний сегмент матки)
3. Возникновение нескольких «водителей ритма» в матке
4. Нарушение тройного нисходящего градиента в сократительной деятельности матки
5. Все вышеперечисленное

17. При дискоординации сократительной деятельности матки внутриамниотическое давление по сравнению с нормой:

1. Повышено
2. Понижено
3. Не изменено
4. Зависит от толщины стенки матки
5. Зависит от степени болезненности схваток

18. К дискоординированной родовой деятельности не относится:

1. Дискоординация
2. Гипертонус нижнего сегмента
3. Судорожные схватки
4. Циркулярная дистония
5. Патологический прелиминарный период

19. Клиническими проявлениями дискоординированной родовой деятельности являются:

1. Болезненные, нерегулярные схватки
2. Схватки разной интенсивности и продолжительности
3. Замедленное раскрытие шейки матки, отек шейки матки
4. Гипоксия и асфиксия плода
5. Все вышеперечисленные

20. Для лечения дискоординированной родовой деятельности применяют:

1. Внутривенное введение β -адреномиметиков
2. Эпидуральную анестезию
3. Сон-отдых
4. Простагландины
5. Окситоцин

21. Показания к оперативному родоразрешению при дискоординированной родовой деятельности:

1. Отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии
2. Внутриутробная гипоксия плода
3. Раннее излитие околоплодных вод
4. Продолжительность безводного периода более 6 часов
5. Первородящая 20 лет

22. Осложнения при дискоординированной родовой деятельности:

1. Ранне излитие околоплодных вод
2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
3. Родовой травматизм матери и плода
4. Гипотоническое кровотечение
5. Все вышеперечисленное

23. Стремительные роды у повторнородящих протекают менее чем за:

1. 30 мин
2. 1 час
3. 2 часа
4. 3 часов
5. 4 часа

24. Стремительные роды у первородящих женщин протекают менее чем за:

1. 30 минут
2. 1 час
3. 2 часа
4. 3 часа
5. 4 часа

25. Быстрые роды у первородящих продолжаются:

1. 1 – 2 часа
2. 2 – 4 часа
3. 4 – 6 часов
4. 6 – 7 часов
5. 8 часов

26. Быстрые роды у повторнородящих продолжаются:

1. 30 минут – 1 час
2. 1 – 2 часа
3. 2 – 4 часов
4. 4 – 6 часов
5. 6 – 8 часов

Тема 15: «Узкий таз»

1. Причинами формирования анатомически узкого таза являются:
 1. Гормональные нарушения (гипоэстрогения, гиперандрогения)
 2. Рахит
 3. Деформации позвоночника (кифоз, сколиоз)
 4. Травмы таза, позвоночника
 5. Все вышеперечисленные

2. Диагностика анатомически узкого таза включает:
 1. Пельвиометрию
 2. Наружный осмотр
 3. Влагалищное исследование
 4. Сбор анамнеза
 5. Все вышеперечисленное

3. Наружные размеры таза 24 – 26 – 29 – 18 см – это:
 1. Нормальные размеры таза
 2. Плоскоррахитический таз
 3. Простой плоский таз
 4. Общесуженный плоский таз
 5. Общеравномерносуженный таз

4. Наружные размеры таза 27 – 28 – 30 – 17 см – это:
 1. Нормальный таз
 2. Плоскоррахитический таз
 3. Простой плоский таз
 4. Общесуженный плоский таз
 5. Общеравномерносуженный таз

5. Наружные размеры таза 26 – 28 – 30 – 18 см характерны для:
 1. Нормального таза
 2. Плоскоррахитического таза
 3. Простого плоского таза
 4. Поперечносуженного таза
 5. Общеравномерносуженного таза

6. Наружные размеры таза 24 – 26 – 28 – 20 см характерны для:
 1. Нормального таза
 2. Плоскоррахитического таза
 3. Простого плоского таза
 4. Поперечносуженного таза
 5. Общеравномерносуженного таза

7. Наружные размеры таза 26 – 28 – 30 – 20 см характерны для:
 1. Нормального таза
 2. Плоскоррахитического таза
 3. Простого плоского таза
 4. Поперечносуженного таза
 5. Общеравномерносуженного таза

8. При общеравномерносуженном тазе уменьшены:
 1. Все наружные размеры таза на одинаковую величину
 2. Прямые размеры таза
 3. Прямые и поперечные размеры таза
 4. Поперечный размер таза
 5. Косые размеры таза

9. При общесуженном плоском тазе:
 1. Уменьшены все размеры таза, но прямые больше остальных
 2. Уменьшены все размеры таза, но поперечные больше остальных
 3. Уменьшены все размеры таза в одинаковой степени
 4. Увеличены все размеры таза, но прямые больше остальных
 5. Увеличены косые размеры таза

10. К анатомическим особенностям простого плоского таза (при влагалищном исследовании) относятся все, кроме:
 1. Наличия экзостозов
 2. Достижения мыса
 3. Уплотнения крестца
 4. Тупого лонного угла
 5. Уменьшения прямых размеров всех плоскостей

11. К наиболее часто встречающимся формам анатомически узкого таза относится:
 1. Кифотический
 2. Поперечносуженный
 3. Кососмещенный и кососуженный
 4. Воронкообразный
 5. Спондилолистический

12. К редко встречающимся формам анатомически узкого таза относят все, кроме:
 1. Остеомалятического
 2. Простого плоского
 3. Кососмещенного, кососуженного
 4. Суженного экзостозами, переломами

5. Кифотического

13. Степень сужения таза оценивают по величине:

1. Диагональной конъюгаты
2. Наружной конъюгаты
3. Истинной конъюгаты
4. Поперечного размера входа в малый таз
5. Прямого размера выхода малого таза

14. Истинную конъюгату можно определить по величине:

1. Наружной конъюгаты
2. Прямого размера выхода из малого таза
3. Диагональной конъюгаты
4. Поперечного размера выхода из малого таза
5. Поперечного размера входа в малый таз

15. Первой степени анатомического сужения таза соответствует размер истинной конъюгаты, равный:

1. 7,5 – 6,5 см
2. 9,0 – 7,5 см
3. 11,0 – 9,0 см
4. 12,0 – 11,0 см
5. Менее 6,5 см

16. Абсолютным показанием к кесареву сечению при анатомически узком тазе является:

1. I степень сужения таза
2. II степень сужения таза
3. III степень сужения таза
4. IV степень сужения таза
5. Любая степень сужения таза

17. Особенности биомеханизма родов при общеравномерносуженном тазе:

1. Максимальное сгибание головки во входе в таз
2. Разгибание головки во входе в малый таз
3. Неправильная ротация головки
4. Длительное стояние головки во входе в таз в одном из косых размеров
5. Наружный поворот отличается от физиологических родов

18. Особенности биомеханизма родов при плоскорахитическом тазе:

1. Длительное стояние головки стреловидным швом в поперечном размере входа в таз

2. Небольшое разгибание головки во входе в таз
3. Переднетеменное вставление головки, негелевский асинклитизм
4. Длительное стояние головки стреловидным швом в прямом размере входа в таз
5. Сгибание головки во входе в таз

19. Особенности биомеханизма родов при простом плоском тазе все, кроме:

1. Длительное стояние головки стреловидным швом в поперечном размере входа в таз
2. Небольшое разгибание головки
3. Асинклитическое вставление
4. Отсутствие внутреннего поворота головки
5. Стреловидный шов во всех плоскостях, включая выход таза, стоит в прямом размере

20. К осложнениям родов при анатомически узком тазе относят все, кроме:

1. Клинического несоответствия размеров головки плода и таза матери
2. Несвоевременного излития околоплодных вод
3. Аномалий родовой деятельности
4. Травматизма матери и плода
5. Хронической фетоплацентарной недостаточности

21. К формированию клинического несоответствия размеров головки плода и таза матери может привести:

1. Анатомически узкий таз
2. Крупный плод
3. Таз, деформированный экзостозами
4. Неправильное вставление головки
5. Все вышеперечисленное

22. Диагностика клинического несоответствия размеров головки плода и таза матери проводится при:

1. Полном открытии шейки матки
2. Отсутствии плодного пузыря
3. Головке, прижатой ко входу в малый таз
4. Хорошей родовой деятельности
5. Всех вышеперечисленных условиях

23. Симптомы, свидетельствующие о наличии клинического несоответствия размеров головки плода и таза матери:

1. Высокое расположение контракционного кольца

2. Болезненность нижнего сегмента матки при пальпации
3. Отсутствие поступательного продвижения головки после полного открытия маточного зева
4. Положительный признак Вастена
5. Все вышеперечисленные

24. Ведущий симптом в диагностике клинического несоответствия размеров головки плода и таза матери:

1. Отсутствие поступательного продвижения головки после полного открытия маточного зева при наличии хорошей родовой деятельности и отсутствии плодного пузыря
2. Признак Вастена «вровень»
3. Задержка мочеиспускания
4. Отек шейки матки и наружных половых органов
5. Отклонение от нормального биомеханизма родов

25. Осложнениями клинически узкого таза для матери являются все, кроме:

1. Хронической гипоксии плода
2. Перерастяжения нижнего сегмента и разрыва матки
3. Сдавления мягких тканей предлежащей частью плода, приводящего к возникновению мочеполовых и прямокишечно-влагалищных свищей
4. Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах
5. Растяжения и разрыва сочленений таза матери

26. Показаниями к плановой операции кесарева сечения при анатомически узком тазе являются:

1. Неблагоприятный исход предыдущих родов
2. Рубец на матке
3. Тазовое предлежание плода
4. Беременность после ЭКО
5. Все вышеперечисленные

Тема 16: «Родовой травматизм»

1. Причины разрыва промежности:

1. Быстрые и стремительные роды
2. Крупный плод
3. Ригидность тканей, рубцы после предыдущих родов
4. Высокая промежность
5. Все вышеперечисленные

2. Показания к перинеотомии:

1. Угрожающий разрыв промежности

2. Начавшаяся асфиксия плода
3. Высокая промежность
4. Тазовое предлежание плода
5. Все вышеперечисленные

3. Признаки угрожающего разрыва промежности:

1. Выпячивание промежности
2. Цианоз промежности
3. Отек промежности
4. Побледнение кожи промежности
5. Все вышеперечисленные

4. При разрыве промежности I степени происходит:

1. Разрыв задней спайки больших половых губ
2. Разрыв кожи промежности
3. Нарушение целостности мышц промежности
4. Разрыв сфинктера заднего прохода
5. Разрыв стенки влагалища в области нижней трети

5. При разрыве промежности II степени наблюдается:

1. Разрыв кожи промежности
2. Разрыв сфинктера заднего прохода
3. Разрыв передней стенки прямой кишки
4. Разрыв стенки влагалища
5. Разрыв поверхностных мышц промежности

6. При разрыве промежности III степени повреждается:

1. Задняя спайка, кожа промежности
2. Стенка влагалища
3. Мышцы промежности
4. Сфинктер заднего прохода и передняя стенка прямой кишки
5. Все вышеперечисленное

7. Зашивание разрывов промежности III степени начинается с:

1. Восстановления целостности стенки прямой кишки
2. Восстановления мышцы, поднимающей задний проход
3. Восстановления мышц среднего и поверхностного слоя промежности
4. Восстановления целостности стенки влагалища
5. Восстановления целостности задней спайки

8. Женщина родила ребенка массой 4000 г, роды осложнились разрывом промежности II степени. Неповрежденными остались:

1. Кожа промежности

2. Стенки влагалища
 3. Мышцы промежности
 4. Фасция мышц промежности
 5. Сфинктер заднего прохода и передняя стенка прямой кишки
9. Профилактика разрывов промежности включает все нижеперечисленное, кроме:
1. Применения спазмолитиков в I периоде родов
 2. Правильного оказания акушерского ручного пособия при головном предлежании плода
 3. Бережного выполнения родоразрешающих операций
 4. Психопрофилактической подготовки беременных к родам
 5. Своевременного рассечения промежности при угрозе ее разрыва
10. Разрывы влагалища бывают:
1. Самопроизвольными
 2. Насильственными
 3. Полными
 4. Неполными
 5. Все перечисленное верно
11. Причины образования гематом мягких тканей родовых путей:
1. Изменения сосудистой стенки
 2. Быстрое течение родов
 3. Сдавливание тканей головкой плода
 4. Проведение акушерских операций
 5. Все вышеперечисленные
12. Гематомы наружных половых органов локализуются:
1. В области больших половых губ
 2. На промежности
 3. В параректальной клетчатке
 4. В параметральной клетчатке
 5. Все перечисленное верно
13. Гематомы наружных половых органов диагностируются на основании нижеперечисленных данных, кроме:
1. Сине-багрового образования в области наружных половых органов
 2. Выраженной болезненности на месте образования гематомы
 3. Экцентричного расположения входа во влагалище
 4. Наружного кровотечения
 5. Анемии

14. Признаки нагноения гематомы:

1. Повышение температуры тела, озноб
2. Усиление болей
3. Ослабление болей
4. Лейкопения
5. Лейкоцитоз

15. К I степени разрыва шейки матки относится:

1. Разрыв не более 2 см
2. Разрыв более 2 см, но не достигающий свода влагалища
3. Разрыв, достигающий свода влагалища
4. Разрыв, переходящий на свод влагалища
5. Разрыв на глубину 3 – 4 см

16. К разрывам шейки матки II степени относится:

1. Разрыв менее 2 см
2. Разрыв более 2 см, но не достигающий свода влагалища
3. Разрыв, достигающий до свода влагалища
4. Разрыв, переходящий на свод влагалища
5. Разрыв, проникающий в параметральную клетчатку

17. К разрывам шейки матки III степени относятся:

1. Разрыв менее 2 см
2. Разрыв более 2 см, но не достигающий до свода влагалища
3. Разрыв, достигающий до свода влагалища
4. Разрыв, переходящий на свод влагалища
5. Разрыв, переходящий в параметральную клетчатку

18. Возникновению самопроизвольных разрывов шейки матки способствует все факторы, кроме:

1. Ригидности шейки матки
2. Быстрых родов
3. Длительного сдавливания шейки матки при узком тазе
4. Перенесенных воспалительных процессов шейки матки
5. Оперативного родоразрешения

19. Насильственные разрывы шейки матки могут быть при:

1. Наложении акушерских щипцов
2. Повороте плода на ножку и извлечении за тазовый конец
3. Крупном плоде
4. Разгибательном предлежании плода
5. Плодоразрушающих операциях

20. Клиническая картина при разрывах шейки матки:

1. Кровь вытекает алой струйкой
2. Кровотечение сохраняется и после отделения последа при хорошо сократившейся плотной матке
3. Дно матки выше пупка
4. Наличие болей
5. Гипотония матки

21. При кровотечении из разрыва шейки матки:

1. Матка периодически расслабляется
2. Матка дряблая
3. Матка хорошо сокращена
4. Дно матки поднимается выше пупка
5. Дно матки стоит ниже уровня пупка

22. Последствиями разрыва шейки матки не является:

1. Послеродовая язва
2. Рубцовая деформация шейки матки
3. Эктропион шейки матки
4. Истмико-цервикальная недостаточность
5. Недержание мочи

23. Причинами разрыва матки не являются:

1. Несоответствие размеров предлежащей части плода и таза матери
2. Патологические изменения в стенке матки
3. Рубцы после операций на матке
4. Эрозия шейки матки
5. Первичная родовая слабость

24. По клиническому течению различают разрыв матки:

1. Полный
2. Неполный
3. Угрожающий
4. Начинающийся
5. Совершившийся

25. По степени повреждения различают разрыв матки:

1. Неполный
2. Полный
3. Разрыв матки в нижнем сегменте
4. Самопроизвольный
5. Насильственный

26. В клинической картине угрожающего разрыва матки отмечаются все симптомы, кроме:

1. Резко болезненные схватки, беспокойное поведение роженицы
2. Перерастяжение, истончение, болезненность нижнего сегмента матки
3. Задержка мочеиспускания
4. Кровь в моче
5. Отек краев шейки матки при полном раскрытии ее

27. Клиническая картина начавшегося разрыва матки не включает:

1. Кровянистые выделения из влагалища
2. Примесь крови в моче
3. Прогрессивно нарастающую анемию
4. Схватки судорожного характера
5. Матка приобретает форму песочных часов

28. Клиническая картина свершившегося разрыва матки:

1. Сильная острая боль в животе
2. Полное прекращение родовой деятельности
3. Отсутствие тонов плода, пальпация частей плода под передней брюшной стенкой
4. Клиника прогрессивно нарастающей анемии
5. Все вышеперечисленное

29. В клинической картине свершившегося полного разрыва присутствуют все нижеперечисленное, кроме:

1. Полного прекращения родовой деятельности
2. Выхода плода частично или полностью в брюшную полость
3. Развития геморрагического шока на фоне кровопотери
4. Наружного кровотечения
5. Дискоординированного характера родовой деятельности

30. Лечебная тактика при угрожающем разрыве матки:

1. Дальнейшая стимуляция родовой деятельности
2. Прекращение родовой деятельности
3. Срочное родоразрешение в зависимости от акушерской ситуации
4. Наблюдение, сердечные средства, оксигенотерапия
5. Наложение акушерских щипцов

31. Лечение при свершившемся разрыве матки:

1. Немедленная лапаротомия
2. Удаление из брюшной полости плода, последа и излившейся крови
3. Экстирпация матки
4. Противошоковые мероприятия, борьба с кровопотерей

5. Все вышеперечисленное

32. Из акушерских свищей наиболее часто встречаются:

1. Пузырно-влагалищные
2. Уретровагинальные
3. Мочеточниково-влагалищные
4. Пузырно-шеечные
5. Кишечно-влагалищные

33. Для клинической картины расхождения лонного сочленения не характерны:

1. Резкая боль в области лонного сочленения
2. Усиление болей в области лонного сочленения при движении ногами
3. Резкое усиление болей при разведении ног, согнутых в коленных и тазобедренных суставах
4. Повышение температуры тела
5. Пальпаторно углубление между разошедшимися костями лобковых костей

Тема 17: «Оперативные методы родоразрешения»

1. Показанием к плановой операции кесарева сечения во время беременности не является:

1. Центральное предлежание плаценты
2. Тазовое предлежание плода массой 3200,0 – 3400,0 граммов
3. Поперечное положение плода
4. Анатомически узкий таза III степени
5. Два и более рубца на матке

2. Абсолютным показанием к кесареву сечению является:

1. Слабость родовой деятельности
2. Тазовое предлежание плода
3. Анатомически узкий таз III – IV степени
4. Первородящая старше 30 лет
5. Крупный плод

3. Показаниями к корпоральному кесареву сечению являются:

1. Выраженный спаечный процесс в области нижнего сегмента
2. Агональное состояние матери
3. Выраженное варикозное расширение вен нижнего сегмента матки
4. Полное предлежание плаценты
5. Все вышеперечисленное

4. Противопоказаниями к плановой операции кесарева сечения являются:

1. Внутриутробная смерть плода
2. Клинически выраженная инфекция
3. Грубые пороки развития плода, несовместимые с жизнью
4. Глубокая недоношенность плода
5. Все вышеперечисленное

5. Наиболее частой методикой операции кесарева сечения является:

1. Корпоральное кесарево сечение
2. Экстраперитонеальное кесарево сечение
3. Кесарево сечение в нижнем сегменте с изоляцией брюшной полости
4. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки
5. Влагалищное кесарево сечение

6. Основное осложнение операции корпорального кесарева сечения:

1. Разрыв матки по рубцу при последующих беременностях и родах
2. Травма мочевого пузыря
3. Травма мочеточников
4. Повреждение сосудов матки
5. Массивное кровотечение

7. Интраоперационными осложнениями кесарева сечения могут быть:

1. Эмболия околоплодными водами
2. Травмирование плода
3. Кровотечение
4. Ранение соседних органов: мочевого пузыря, мочеточника, кишечника
5. Все вышеперечисленные

8. Средняя кровопотеря при неосложненной операции кесарева сечения составляет:

1. 600 мл
2. 700 – 800 мл
3. 800 – 900 мл
4. 1000 – 1200 мл
5. 1200 – 1500 мл

9. Ведение послеоперационного периода после операции кесарева сечения предусматривает:

1. Профилактику гнойно-воспалительных осложнений
2. Раннее вставание
3. Профилактику пареза кишечника
4. Профилактику тромбоэмболических осложнений
5. Все вышеперечисленное

10. Для профилактики послеоперационных гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде после кесарева сечения применяют:

1. Аспирационно-промывное дренирование полости матки
2. Антибактериальную терапию
3. Утеротоническую терапию
4. Физические факторы
5. Низкомолекулярные гепарины

11. Наиболее важный результат высокой частоты операции кесарева сечения в современном акушерстве:

1. Снижение материнской заболеваемости
2. Снижение материнской смертности
3. Снижение перинатальной смертности
4. Снижение травматизма матери в родах
5. Снижение заболеваемости новорожденных

12. Основное показание к наложению акушерских щипцов со стороны плода:

1. Острая гипоксия плода
2. Уродства плода
3. Мертвый плод
4. Тазовое предлежание плода
5. Хроническая гипоксия плода

13. Условия для наложения акушерских щипцов все, кроме:

1. Полного раскрытия маточного зева
2. Головка плода находится в выходе или в полости малого таза
3. Соответствия головки плода и размеров таза матери
4. Мертвого плода
5. Отсутствия плодного пузыря

14. Показанием к наложению акушерских щипцов со стороны матери не является:

1. Выраженная артериальная гипертензия, не поддающаяся консервативной терапии
2. Упорная слабость потуг, отсутствие эффекта от применения медикаментозных средств
3. Преждевременная отслойка плаценты во втором периоде родов
4. Клинически узкий таз
5. Расстройства дыхания вследствие заболеваний легких.

15. Осложнением операции наложения акушерских щипцов для плода не является:

1. Кефалогематома
2. Травма мягких тканей лица, парез лицевого нерва
3. Перелом ключицы
4. Повреждение костей черепа
5. Внутричерепное кровоизлияние

16. При наложении выходных акушерских щипцов головка плода должна находиться:

1. Малым сегментом во входе малого таза
2. В плоскости выхода из малого таза
3. В узкой части полости малого таза
4. В широкой части полости малого таза
5. Большим сегментом во входе малого таза

17. При наложении полостных акушерских щипцов головка должна находиться:

1. Большим сегментом во входе малого таза
2. В широкой части полости малого таза
3. В узкой части полости малого таза
4. В плоскости выхода из малого таза
5. Малым сегментом во входе малого таза

18. Осложнениями при наложении акушерских щипцов являются:

1. Повреждение тазовых органов: мочевого пузыря и прямой кишки
2. Повреждения мягких родовых путей матери (разрывы влагалища, промежности)
3. Разрыв нижнего сегмента матки
4. Разрыв лонного сочленения
5. Все вышеперечисленное

19. К плодоразрушающим относят следующие операции, кроме:

1. Краниотомии
2. Декапитации
3. Клейдотомии
4. Эвисцерации
5. Эпизиотомии

20. Во всех случаях родов, заканчивающихся плодоразрушающими операциями, необходимо после рождения последа произвести:

1. Осмотр шейки матки и влагалища с помощью влагалищных зеркал
2. Ручное обследование стенок матки

3. Катетеризацию мочевого пузыря
4. Назначение антибактериальной терапии
5. Все вышеперечисленное

21. Показания для эмбриотомии:

1. Запущенное поперечное положение плода
2. Смешанное ягодично-ножное предлежание плода
3. Косое положение плода
4. Лицевое предлежание плода
5. Поперечное положение живого плода

22. Для проведения краниотомии из нижеперечисленных инструментов не нужны:

1. Влагалищные зеркала
2. Пулевые щипцы
3. Кюретка, ножницы
4. Расширители Гегара
5. Перфоратор

23. К краниотомии не относятся:

1. Перфорация головки
2. Декапитация
3. Эксцеребрация
4. Краниоклазия
5. Клейдотомия

24. Декапитация – это:

1. Опорожнение от внутренностей груди и брюшной полости
2. Отделение головки плода от туловища в области шейных позвонков
3. Уменьшение объема плечевого пояса
4. Уменьшение объема черепа плода
5. Рассечение позвоночника плода

25. Клейдотомия – это:

1. Опорожнение от внутренностей полости груди и или живота плода
2. Отделение головки плода от туловища в области шейных позвонков
3. Рассечение ключицы
4. Уменьшение объема черепа плода
5. Рассечение позвоночника плода

26. Эвисцерация – это:

1. Опорожнение от внутренностей полости груди и или живота плода
2. Отделение головки плода от туловища в области шейных позвонков

3. Рассечение ключицы
4. Уменьшение объема черепа плода
5. Рассечение позвоночника плода

27. Спондилотомия – это:

1. Опорожнение от внутренностей полости груди и или живота плода
2. Отделение головки плода от туловища в области шейных позвонков
3. Рассечение ключицы
4. Уменьшение объема черепа плода
5. Рассечение позвоночника плода

28. Показания для декапитации:

1. Гидроцефалия
2. Невозможность извлечь последующую головку при тазовом предлежании
3. Запущенное поперечное положение плода
4. Большие размеры плечевого пояса
5. Микроцефалия

29. Показания к вакуум-экстракции плода:

1. Упорная вторичная слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной коррекции
2. Острая гипоксия плода
3. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
4. Нарастание степени тяжести гестоза
5. Декомпенсированный порок сердца

30. Условием для выполнения вакуум-экстракции плода не является:

1. Полное раскрытие маточного зева
2. Отсутствие плодного пузыря
3. Живой доношенный плода
4. Головка плода фиксирована малым сегментом во входе в таз
5. Затылочное вставление головки

31. Извлечение плода за тазовый конец относится:

1. К родоразрешающим операциям
2. К операциям, подготавливающим родовые пути
3. К операциям прерывания беременности
4. К плодоразрушающим операциям
5. К операциям, изменяющим положение плода в матке

32. Условием для извлечения плода за тазовый конец не является:

1. Полное раскрытие маточного зева

2. Отсутствие плодного пузыря
 3. Хорошая родовая деятельность
 4. Соответствие размеров головки плода и таза матери
 5. Тазовое предлежание плода
33. Осложнениями операции извлечения плода за тазовый конец являются:
1. Образование заднего вида
 2. Запрокидывание ручек за головку плода
 3. Затрудненное выведение головки из-за спазма маточного зева и препятствия со стороны промежности
 4. Травма шейного отдела позвоночника
 5. Все вышеперечисленные
34. Осложнения вакуум-экстракции для плода:
1. Кефалогематомы
 2. Повреждения центральной нервной системы различной степени тяжести
 3. Кровоизлияния в спинной мозг и его оболочки
 4. Переломы ключицы
 5. Перелом костей черепа

Тема 18: «Патология послеродового периода»

1. К факторам риска развития послеродовых гнойно-септических осложнений относятся:
 1. Низкий социальный статус
 2. Экстрагенитальная инфекционная патология
 3. Хронические воспалительные заболевания женских половых органов
 4. Сахарный диабет
 5. Все вышеперечисленные
2. Предрасполагающие к развитию гнойно-септических осложнений факторы, связанные непосредственно с родоразрешением:
 1. Продолжительность родов более 12 часов
 2. Длительность безводного промежутка более 6 часов
 3. Патологическая кровопотеря
 4. Многократные влагалищные исследования
 5. Все вышеперечисленные
3. Особенности послеродовых септических заболеваний в современном акушерстве:
 1. Полиэтиологичность
 2. Увеличение частоты стертых и малосимптомных клинических форм
 3. В подавляющем большинстве вызваны стафилококками

4. Развиваются на фоне повышенной иммунологической реактивности организма женщины
5. Плохо поддаются терапии

4. Основной путь распространения инфекции при инфекционных поражениях гениталий после родов:

1. Гематогенный
2. Лимфогенный
3. Восходящий
4. Смешанный
5. Контактный

5. Послеродовые гнойно-септические заболевания чаще всего вызываются:

1. Условно-патогенными бактериями
2. Микоплазмами
3. Хламидиями
4. Вирусами
5. Ассоциациями аэробных и анаэробных микроорганизмов

6. Входные ворота послеродовой гнойно-септической инфекции:

1. Места повреждения родового канала
2. Поверхность плацентарной площадки
3. Маточные трубы
4. Яичники
5. Ничего из вышеперечисленного

7. Высокоэффективный метод диагностики послеродового эндометрита:

1. Ультразвуковое исследование
2. Гистероскопия
3. Клинический анализ крови
4. Оценка состояния маточных выделений
5. Бактериологическое исследование выделений

8. Наиболее частая причина лихорадки на 3 – 4 день после родов:

1. Инфекция мочевыводящих путей
2. Послеродовый эндометрит
3. Мастит
4. Тромбофлебит
5. Ничего из вышеперечисленного

9. Предпосылки для развития послеродового эндометрита:

1. Наличие раневой поверхности в матке после отделения последа
2. Снижение сократительной способности матки

3. Снижение иммунитета роженицы, усугубленное кровопотерей в родах
4. Дисбиотические и воспалительные заболевания нижних отделов родовых путей
5. Все вышеперечисленное

10. Предрасполагающие факторы развития лактационного мастита:

1. Лактостаз
2. Нарушения гигиены и правил грудного вскармливания
3. Снижение иммунологической реактивности роженицы
4. Структурные изменения молочных желез (мастопатия, рубцовые изменения и др.)
5. Все вышеперечисленное

11. Основным возбудителем мастита является:

1. Золотистый стафилококк
2. Эпидермальный стафилококк
3. Стрептококк группы В
4. Эшерихии
5. Синегнойная палочка

12. К первому этапу послеродовой инфекции относятся:

1. Параметрит
2. Послеродовый эндометрит
3. Послеродовая язва
4. Тромбофлебит вен ног
5. Острый аднексит

13. Ко второму этапу послеродовой инфекции относятся:

1. Метроэндометрит, параметрит
2. Ограниченный тромбофлебит
3. Сальпингоофорит
4. Абсцесс малого таза
5. Все вышеперечисленное

14. К третьему этапу послеродовой инфекции не относится:

1. Перитонит
2. Септический шок
3. Прогрессирующий тромбофлебит
4. Анаэробная газовая инфекция
5. Сальпингоофорит

15. К четвертому этапу распространения послеродовой инфекции относятся:

1. Сепсис
2. Разлитой перитонит
3. Септический шок
4. Параметрит
5. Пельвиоперитонит

16. К клинические проявления послеродовой язвы не относится:

1. Боли в области раны промежности или вульвы
2. Повышение температуры
3. Дизурия
4. Некротический и гнойный налет в области раны
5. Выраженная интоксикация

17. Эпителлизация раневой поверхности при послеродовой язве заканчивается:

1. К 10 – 12 суткам послеродового периода
2. К 28 суткам послеродового периода
3. К 42 суткам послеродового периода
4. К 3 – 4 суткам с начала заболевания
5. К 6-8 суткам с начала заболевания

18. Клинические признаки тяжелого послеродового эндометрита:

1. Выраженная общая интоксикация
2. Размеры матки увеличены, тонус снижен
3. Болезненность матки при пальпации
4. Лохии гнойные, с неприятным запахом
5. Все вышеперечисленное

19. Клиника стертых клинических форм послеродовых заболеваний:

1. Несоответствие между самочувствием роженицы и пульсом
2. Субфебрильная температура
3. Несоответствие между клиникой и общим анализом крови
4. Ухудшение состояния роженицы, несмотря на интенсивное лечение
5. Выраженная интоксикация

20. Общие принципы лечение послеродового эндометрита:

1. Раннее использование антибиотиков широкого спектра действия
2. Инфузионная терапия
3. Десенсибилизирующая терапия
4. Кюретаж матки по показаниям
5. Все вышеперечисленное

21. Причинами послеродового тромбоза являются:
1. Изменение внутренней поверхности сосудистой стенки
 2. Повышение свертываемости крови
 3. Застой крови в малом тазу во время беременности
 4. Рефлекторный спазм сосудов
 5. Все вышеперечисленное

22. Осложнения прогрессирующего тромбоза:
1. Эндомиометрит
 2. Параметрит
 3. Эмболия и инфаркт легких
 4. Перитонит
 5. Эндокардит

23. Для клиники тромбоза глубоких вен нижних конечностей характерно:
1. Боли в ноге
 2. Повышение температуры, озноб
 3. Отек конечности
 4. Местное повышение температуры
 5. Все вышеперечисленное

24. Для инфильтративной формы мастита не характерно:
1. Острое начало
 2. Боль и чувство тяжести в молочной железе
 3. Определяется симптом флюктуации при пальпации
 4. Гиперемия кожи молочной железы в зоне воспаления
 5. В тканях железы болезненный инфильтрат без четких границ

25. Для подавления лактации при гнойном мастите используют:
1. Бромкриптин
 2. Каберголин
 3. Клостильбегит
 4. Амоксициллин
 5. Цефазолин

26. По характеру воспалительного процесса различают мастит:
1. Негнойный (серозный, инфильтративный)
 2. Гнойный (абсцедирующий, флегмонозный, гангренозный)
 3. Лактационный
 4. Нелактационный
 5. Диффузный

27. Наиболее тяжелой формой лактационного мастита является:

1. Флегмонозный
2. Гангренозный
3. Абсцедирующий
4. Инфильтративно-абсцедирующий
5. Инфильтративный

28. Для серозного мастита характерно:

1. Боли в молочной железе
2. Высокая температура
3. Увеличение подмышечных лимфоузлов
4. Инфильтрация в молочной железе с четкими контурами
5. Ухудшение оттока молока

29. Для послеродового мастита нехарактерно:

1. Повышение температуры тела с ознобом
2. Нагрубание молочных желез
3. Болезненный инфильтрат в железе без четких границ
4. Свободное отделение молока
5. Гиперемия кожи молочной железы

30. Основной компонент комплексного лечения мастита:

1. Противогистаминные лекарственные средства
2. Постельный режим
3. Сцеживание молочной железы
4. Антибактериальные средства
5. Анальгетирующие средства

31. В серозной стадии острого мастита не применяется:

1. Оперативное лечение
2. Антибактериальная терапия
3. Предупреждение застоя молока
4. Торможение лактации
5. Физические методы терапии

32. Показанием для оперативного лечения мастита не являются:

1. Серозный мастит
2. Инфильтративный мастит
3. Абсцедирующий мастит
4. Гангренозный мастит
5. Флегмонозный мастит

33. Акушерский перитонит чаще всего возникает после:

1. Родов через естественные родовые пути
2. Раннего самопроизвольного аборта
3. Операции кесарева сечения
4. Искусственного аборта
5. Позднего самопроизвольного аборта

34. Факторами, способствующими возникновению гнойно-воспалительных осложнений в период проведения операции, являются:

1. Невосполненная кровопотеря
2. Травматичность операции
3. Длительность операции более 2-х часов
4. Нарушение микроциркуляции тканей
5. Все вышеперечисленное

35. Основными особенностями перитонита первого типа (связанного с попаданием инфекции в брюшную полость во время операции) после операции кесарево сечение являются:

1. Раннее начало (1 – 2 сутки)
2. Выраженная интоксикация
3. Нарастающий парез кишечника
4. Правильно 2 и 3
5. Все ответы верны

36. Основными особенностями перитонита второго типа (связанного с парезом кишечника и динамической кишечной непроходимостью) после операции кесарево сечение являются:

1. Начало заболевания к 3 – 4 суткам
2. Невыраженная интоксикация
3. Нарастающий парез кишечника
4. Наличие экссудата в брюшной полости
5. Все вышеперечисленные

37. Основными особенностями перитонита третьего типа (инфицирование брюшины ввиду несостоятельности швов на матке) после операции кесарево сечение являются:

1. Начало заболевания к 4 – 9 суткам
2. Выраженная интоксикация
3. Нарастающий парез кишечника
4. Умеренный лейкоцитоз
5. Все вышеперечисленные

38. Для синдрома системной воспалительной реакции не характерно:

1. Температура тела $>38^{\circ}\text{C}$ или $<36^{\circ}\text{C}$
2. Тахипноэ <20 в минуту или $\text{pаCO}_2 <32$ мм рт.ст.
3. Тахикардия >90 в минуту
4. Лейкоцитоз $>12 \cdot 10^9/\text{л}$ или $<4 \cdot 10^9/\text{л}$, или $>10\%$ незрелых форм лейкоцитов
5. Напряжение мышц передней брюшной стенки

39. Осложнениями сепсиса являются все перечисленные, кроме:

1. Пневмонии
2. Тромбозы, эмболии
3. Кровотечения
4. Асцита
5. Септического эндокардита

40. В основе развития септического шока лежит:

1. Синдром системного воспалительного ответа и расстройство гемодинамики
2. Повышение артериального давления
3. Высокая температура
4. Септический эндокардит
5. Перитонит

41. Своевременная изоляция инфицированных родильниц направлена на:

1. Предупреждение распространения инфекции
2. Соблюдение санэпидрежима в роддоме
3. Предотвращение формирования госпитальной инфекции
4. Все вышеперечисленное

42. Профилактика послеродовых гнойно-септических осложнений включает:

1. Лечение гинекологических заболеваний
2. Лечение экстрагенитальной инфекционной патологии
3. Рациональное ведение родов
4. Обеспечение строго санитарно-гигиенического режима в учреждении
5. Все вышеперечисленное

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ РАЗДЕЛА «АКУШЕРСТВО»

Тема 1: «Организация акушерско-гинекологической медицинской помощи»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	+	-	-	+	+	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-
2	-	+	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-
3	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	+
4	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-
5	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-	+	-	-

	16	17	18	19	20	21	22	23
1	-	-	-	-	-	-	-	-
2	+	-	+	-	-	-	-	+
3	-	+	-	-	+	-	+	-
4	-	-	-	+	-	+	-	-
5	-	-	-	-	-	-	-	-

Тема 2: «Анатомо-физиологические особенности репродуктивной системы женщины»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	-	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+
3	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+	+	-
4	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	+	-	-	-	-	-	-	+	+	+	-	+	-	-	-

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	-	-	-	-	+	-	-	+	-	+	+	-	-	-	-
2	-	+	-	+	+	-	-	-	+	+	-	-	-	-	+
3	-	-	+	-	-	-	-	+	+	-	-	-	+	+	-
4	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-
5	+	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	+	+	-	-

	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
1	-	-	-	-	-	+	-	-	+	-	+	-	-	-
2	+	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+	-	-	-
3	-	-	-	+	+	-	+	+	+	+	+	+	-	-
4	-	+	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-
5	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+

Тема 3: «Перинатология»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	+	-	+	+	-	+	-	+	+	-	-	-	-	-	-
2	+	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-
3	-	-	-	+	-	-		-	-	+	+	-	+	-	-
4	-	+	-	-	-				-	-	-	-	-	-	+
5	-	-	-	-	+				-	-	-	+	-	+	-

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	-	+	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	-	-	+	-	+	-	+	+	-	-	-	+	-	-	-
3	-	-	-	+	-	-		-	-	-	+	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	+		-	-	-	-	-	-	+	+
5	+	-		-	-	-		-	+	+	-	-	+	-	+

	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
1	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-
3	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+	-	-
4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+
5	-	+	-	+	-	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-

	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
1	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-	+
2	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+	-	-	+	-	-
4	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-
5	-	-	+	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-

	61	62	63	64	65	66
1	-	-	-	-	-	-
2	-	-	+	-	-	-
3	-	+	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-
5	+	-	-	+	+	+

Тема 4: «Беременность физиологическая»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	+	+	+	-	-	+	-	-	+	-	+	-	-	-	+
2	-	-	+	-	+	+	-	+	-	-	-	-	+	+	-
3	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-
4	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-
5	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
2	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-
3	+	+	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-
4	-	-	+	+	-	+	-	-	-	-	-	-	+	+	-
5	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-

	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
1	-	+	+	-	+	-	-	-	-	+	+	+	-	-	-
2	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	+	-
3	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-
4	-	+	-	+	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-	+
5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	□

	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
1	-	-	-	-	-	+	-	+	-	+	-	-	+	-	+
2	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-
3	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-
4	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	-	-	+	-	+	-	-	-	+	-	+	+	-	+	-

	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
1	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-
2	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-	+	-	+	+
3	+	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-
4	-	-	-	+	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-
5	-	-	-	+	+	+	-	-	-	-	+	-	+	-	-

	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
1	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	+	-	+	+
2	-	+	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-
3	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-
4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	+	-	-	+	+	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-

	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105
1	-	-	+	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+
2	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-
3	-	-	+	-	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	+
4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+
5	+	+	-	-	+	-	-	+	+	+	+	+	-	-	+

	106	107	108	109	110	111
1	+	+	+	+	-	-
2	+	+	-	+	-	-
3	+	+	+	-	-	+
4	-	+	+	+	-	-
5	+	+	+	+	+	-

Тема 5: «Роды физиологические»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-
2	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+
3	-	-	-	+	+	-	-	-	-	+	+	-	-	+	-
4	-	+	-	-	+	-	+	+	-	-	-	-	+	-	-
5	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	+	-	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	+	-
2	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-
3	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	+	+	-	-
4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+
5	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-

	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
1	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	-	-	-	+	-	+	-	-	+	-	+	-	-	+	-
3	-	+	-	-	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-
4	-	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-	+	+	+
5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-

	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
1	-	+	+	-	+	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-
2	+	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-
3	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-	+	+	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	+
5	-	+	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-

	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76
1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-
2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-
3	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	+	-	+	+	+	-	+	-	-	-	+	+	-	-	-	-
5	-	+	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	+	-	-	+

Тема 6: «Беременность и роды у женщин с экстрагенитальной патологией и заболеваниями репродуктивной системы»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+	-	-	+
2	-	-	-	-	-	-	+	+	+	-	-	-	-	-	-
3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	+	-
4	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+	+	-
5	-	-	+	+	+	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	-	-	+	+	+	+	+	-	+	-	+	-	-	-	+
2	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
3	-	-	-	-			-	-	+	-	-	-	-	+	+
4	+	-	-	-			-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	-	-	-	-			-	+	+	+	-	+	+	-	-

	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-
2	-	+	-	-	+	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-
3	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	+	-
4	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+	-
5	+		+	+	-	-	+	-	-	+	+	-	+	-	+

	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
1	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	+	-	-	-
2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-
3	-	-	+	+	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	+
4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-
5	+	+	-	-	+	+	+	+	-	-	-		+	+	-

	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
1	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	+
2	-	+	+	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	+
3	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	+	+
4	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-
5	+	-	-	+	+	+	+	-	+	+	-	-	+	-	-

	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
1	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	+	-
2	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	+	-
3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+
5	+	-	+	+	+	-	-	+	+	+	-	-	+	-	

	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102
1	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-
2	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-
3	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-
4	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	+	-	+	+	-	+	+	+	-	+	+	+

Тема 7: «Беременность и роды при тазовых предлежаниях плода»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-
2	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-
3	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-
4	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-
5	-	+	+	-	-	-	-	-	+	-	+	-	-	-	+

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
1	+	+	-	-	+	-	+	-	-	-	+	+	+	-	-	-	-
2	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	+	-	-	+
3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	+	+
4	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	+	+	-	-	-
5		-	+	-	-	+	-	+	-	-		-	-	-	+	-	-

Тема 8: «Неправильные положения и предлежания плода»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	+	-	-	+	-	+	-	+	-	-	+	+	-	-	-
2	-	+	-	-	-	+	-	+	+	+	-	-	-	+	+
3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+	+
4			-		-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-
5			+		+	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-
2	+	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-
3	-	+	+	-	-	-	+	+	-	-	-	+	-	-	-
4	-	-	-	-	+	+	-	-	+	-	+	-	+	+	+
5	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+	-	+	-	-	-

	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43
1	-	-	-	-	+	-	+	-	-	+	+	-	-
2	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	+	-
3	+	-	-	-		-	-	-	+	-	-	-	-
4	-	+	-	-		+	+	-	-	-	-	-	+
5	-	-	+	+		-	-	+	-	-	+	-	-

Тема 9: «Многоплодная беременность»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+	+
2	+	-	-	-	-	+	+	-	-	+	-	-	-	-	+
3	-	-	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
4	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	+	-	-
5	-	+	-	-	-	-	-	-	+	+	+	-	-	-	-

	16	17	18	19	20
1	-	-	+	-	-
2	+	-	-	-	-
3	+	-	-	+	+
4	+	+	-	-	-
5	-	-	-	-	-

Тема 10: «Недоношенная и переношенная беременность»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	+	-	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-
2	-	-	-	-	+	+	-	-	-	+	-	-	+	-	+
3	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+	-	-	+	-
5	-	-	-	+	-	-	+	+	-	-	-	+	-	+	+

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-
2	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-
3	-	+	-	-	-	-	+	+	-	-	-	+	+	-	-
4	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+	-
5	-	-	-	-	+	+	-	-	+	+	-	-	-	-	+

	31	32	33	34	35	36	37	38	39
1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	+	-	-	-	-	-	+	-	-
3	-	-	-	-	-	-	-	-	+
4	+	-	-	-	-	-	-	-	+
5	-	+	+	+	+	+	-	+	-

Тема 11: «Кровотечения в акушерстве»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	-	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-
2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	+
3	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-
4	+	+	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-
5	-	-	+	+	+	+	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-

	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
1	+	-	+	-	+	-	-	+	+	-	-	-	+	-	-	-
2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-
3	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-
5	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+	-	+

	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48
1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-
2	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-
3	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+
4	-	-	-	+	+	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-
5	+	-	-	-	-	-	-		+	-	+	+		-	+	-

	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64
1	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-
2	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+	-	+	-
5	+	-	-		+	+	+	+	-	-	+		-	+	-	+

Тема 12: «Гестозы»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	+	+	+	-	-	+	-	+	-	-	-	+	-	-	+
2	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-
3	+	+	-	-	-	-	-	-	+	+	+	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+	+	-	+	+	-
5	-	-	-	+	+	-	+	+	-	+	-		-	-	-

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-
3	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-
4	-	-	-	+	+	+	-	+	+	+	+	-	+	-	-
5	+	-	-	+	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	+

	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
1	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	+	+
2	-	-	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+
3	-	+	-	+	-	+	-	-	+	-	-	+	-	-	+
4	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-	-
5		-	-	-	-	-		+	-	+	+	-	-	-	+

	46	47	48	49	50	51	52	53	54
1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	-	-	-	+	-	-	-	-	-
3	-	-	-	+	-	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	+	+	+	-
5	+	+	+	-	+	+	+	+	+

Тема 13: «Изоиммунизация»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	-	-	+	+	+	-	+	-	-	+	+	+	+	-	+
2	+	+	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-
3	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-
5	-	+	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
1	-	+	+	-	+	-	-	+	-	-	+
2	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-
4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	-	-	-	-	-	+	+	-	-	+	-

Тема 14: «Аномалии родовой деятельности»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-
3	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	+	-	+	-
4	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+
5	+	-	-	+	-	+	-	+	+	+	-	-	-	-	-

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
1	-	+	-	-	+	+	-	-	-	-	-
2	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-
3	-	-	-	-	+	-	-	+	-	+	+
4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	+	-	+	+	-	-	+	-	+	-	-

Тема 15: «Узкий таз»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	-	-	-	+	-
2	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-
3	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+
4	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
1	-	+	+	-	-	-	-	-	+	+	-
2	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-
3	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-
4	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	-	-	-	+	+	+	+	+	-	-	+

Тема 16: «Родовой травматизм»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	-	-	-	+	+	-	+	-	+	+	-	+	-	+	+	-
2	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-	+	-	+	-	+
3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-
5	+	-	+	+	+	+	-	+	-	-	+	-	-	+	-	-

	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
1	-	-	+	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-
2	-	-	+	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-
3	+	-	-	-	+	-	-	+	-	-	+	-	-	+	-	-	-
4	+	-	-	-	-	-	+	+	-	+	-	-	-	-	-	-	+
5	+	+	+	-	+	+	+	+	-	-	-	+	+	-	+	-	-

Тема 17: «Оперативные методы родоразрешения»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	-	-	-	-	-	+	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-
2	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	+
3	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	+
4	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-
5	-	-	+	+	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-

	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
1	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	+	-	+	-	-	+
2	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+
3	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-	+	-	-
4	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-
5	+	+	+	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-

Тема 18: «Патология послеродового периода»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	+
2	-	-	+	-	-	+	+	+	-	-	-	+	-	-	-
3	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	+	+	-	-	+	-	-	-	+	+	-	-	+	+	-

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	-	+	-	+	-	-	-	-	-	+	+	-	+	-	-
2	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	+	+	+	-	-
3	-	-	-	+	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+
5	+	-	+	-	+	+	-	+	-	-	-	-	+	-	-

	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
1	+	+	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-
2	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+	-
5	-	-	-	+	+	+	+	+	-	-		+

ГИНЕКОЛОГИЯ

Тема 1: «Симптоматология и диагностика гинекологических заболеваний»

1. Основные жалобы, которые предъявляют гинекологические пациентки:
 1. Боли, зуд, отсутствие менструаций
 2. Боли, бели, нарушение менструаций
 3. Кровянистые выделения, бели, боли
 4. Боли, бесплодие, нарушение менструаций
 5. Бели, зуд, бесплодие

2. Специальное гинекологическое исследование включает:
 1. Осмотр наружных половых органов
 2. Осмотр шейки матки при помощи зеркал
 3. Влагалищное исследование
 4. Бимануальное исследование
 5. Все вышеперечисленное

3. К тестам функциональной диагностики относится все, кроме:
 1. Изменения характера шеечной слизи
 2. Измерения базальной температуры
 3. Гормональных проб
 4. Определения кариопикнотического индекса
 5. Определения симптома «зрачка»

4. Об эстрогенной насыщенности организма позволяют судить:
 1. Измерение базальной температуры
 2. Оценка симптома «зрачка»
 3. Рентгенограмма черепа и турецкого седла
 4. Мазки на кольпоцитологию
 5. Определение уровня дигидроэпиандростерона в крови

5. Тесты функциональной диагностики позволяют определить:
 1. Фазность менструального цикла
 2. Уровень эстрогенной насыщенности организма
 3. Наличие овуляции
 4. Полноценность лютеиновой фазы цикла
 5. Все вышеперечисленное

6. Тест определения базальной температуры основан на:
 1. Воздействии эстрогенов на гипоталамус
 2. Воздействии прогестерона на гипофиз

3. Влиянии простагландинов на гипоталамус
4. Влиянии прогестерона на терморегулирующий центр гипоталамуса
5. Ни на чем из вышеперечисленного

7. О гиперэстрогении на 21-23 день менструального цикла из нижеперечисленных тестов функциональной диагностики свидетельствует:
 1. Длина натяжения цервикальной слизи 3 – 4 см
 2. Базальная температура тела 37,2° С
 3. Кариопикнотический индекс 60 – 70% и более
 4. Симптом «зрачка» +
 5. Отрицательный симптом «кристаллизации» шеечной слизи

8. Монотонная гипотермическая кривая базальной температуры характерна:
 1. Для двухфазного менструального цикла
 2. Для двухфазного менструального цикла с укорочением фазы секреции до 5 дней
 3. Для ановуляторного менструального цикла
 4. Для двухфазного менструального цикла с укорочением фазы пролиферации до 5 дней
 5. Для двухфазного менструального цикла с удлинением фазы пролиферации до 18 дней

9. О полноценной функции желтого тела свидетельствует продолжительность второй фазы менструального цикла на графике базальной температуры (при 28-ти дневном менструальном цикле):
 1. 4 – 6 дней
 2. 6 – 7 дней
 3. 7 – 8 дней
 4. 8 – 10 дней
 5. 10 – 12 дней

10. Положительный симптом «зрачка» в течение всего менструального цикла свидетельствует:
 1. О наличии гиперандрогении
 2. Об укорочении II фазы менструального цикла
 3. О наличии ановуляторного менструального цикла
 4. Об удлинении II фазы менструального цикла
 5. Об удлинении I фазы менструального цикла

11. Выраженный «феномен папоротника» связан:
 1. С максимальной продукцией прогестерона в фазу овуляции

2. С максимальной продукцией андростендиона во II фазу менструального цикла
3. С продукцией пролактина
4. С максимальной продукцией эстрогенов в фазу овуляции
5. С высоким уровнем фолликулостимулирующего гормона

12. Кариопикнотический индекс – это процентное отношение:

1. Эозинофильных поверхностных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке
2. Поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к общему числу клеток в мазке
3. Базальных и парабазальных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке
4. Поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к эозинофильным поверхностным клеткам
5. Поверхностных клеток влагалищного эпителия к количеству базальных и парабазальных клеток

13. После проведения у пациентки с аменореей гормональной пробы с эстрогенами и гестагенами отсутствует менструальная реакция. Это позволяет предположить:

1. Аменорею центрального генеза
2. Яичниковую форму аменореи
3. Маточную форму аменореи
4. Синдром поликистозных яичников
5. Синдром Шихана

14. Прогестероновая проба при аменорее позволяет оценить:

1. Функцию желтого тела
2. Концентрацию в крови фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов
3. Наличие или отсутствие эндометрия в полости матки
4. Уровень эстрогенной насыщенности организма
5. Концентрацию пролактина в крови

15. Гормональная проба с дексаметазоном применяется для:

1. Установления степени дефицита эстрогенов
2. Установления источника гиперандрогении у женщин с клиническими проявлениями вирилизации
3. Исключения маточной формы аменореи
4. Установления степени дефицита прогестерона
5. Исключения аменореи центрального генеза

16. Проба с дексаметазоном считается положительной, если в ответ на применение дексаметазона в суточном количестве мочи содержание 17-кетостероидов по сравнению с исходным уровнем:

1. Повышается на 50% и более
2. Повышается на 10 – 20%
3. Снижается на 10 – 20%
4. Снижается на 50 – 75%
5. Снижается на 25 – 30 %

17. Отрицательная дексаметазоновая проба свидетельствует о наличии:

1. Вирилизирующей опухоли надпочечников
2. Аденобластомы яичников
3. Синдрома поликистозных яичников
4. Аденогенитального синдрома
5. Опухоли головного мозга

18. Противопоказания к диагностической лапароскопии в гинекологии:

1. Разлитой перитонит
2. Трубно-перитонеальный фактор бесплодия
3. Прогрессирующая трубная беременность
4. Наличие опухолевидного образования яичника
5. наружный генитальный эндометриоз

19. Относительно гистеросальпингографии неверными являются утверждения:

1. Позволяет судить о проходимости маточных труб
2. Позволяет диагностировать поликистоз яичников
3. Позволяет диагностировать истмико-цервикальную недостаточность
4. Является основным методом диагностики субмукозной миомы
5. Абсолютное противопоказание к проведению – повышенная чувствительность к йоду

20. Для диагностики аденомиоза гистеросальпингографию проводят:

1. В раннюю фолликулярную фазу менструального цикла
2. В позднюю фолликулярную фазу менструального цикла
3. В середине менструального цикла
4. В раннюю секреторную фазу менструального цикла
5. В позднюю секреторную фазу менструального цикла

21. Законтурные тени в виде шипов, лакун, карманов на метросальпингограмме могут быть обусловлены:

1. Подслизистой миомой матки
2. Полипом эндометрия

3. Внутриматочными синехиями
4. Аденомиозом
5. Гиперплазией эндометрия

22. Выберите методы исследования, позволяющие диагностировать острый сальпингоофорит:

1. Общий анализ крови в динамике
2. Бимануальное влагалищно-брюшностеночное исследование
3. Рентгенография органов брюшной полости
4. Общий анализ мочи
5. Гистероскопия

23. Показания к зондированию матки:

1. Острый воспалительный процесс половых органов
2. Подозрение на маточную беременность
3. Подозрение на наличие подслизистого узла матки
4. Подозрение на гиперплазию эндометрия
5. Подозрение на внематочную беременность

24. Показания для пункции брюшной полости через задний свод влагалища:

1. Подозрение на злокачественную опухоль яичника
2. Субмукозная миома
3. Перитонит
4. Подозрение на внутрибрюшное кровотечение
5. Пиосальпинкс

25. Противопоказанием для отдельного диагностического выскабливания матки является:

1. Острый воспалительный процесс половых органов
2. Полип цервикального канала
3. Маточные кровотечения
4. Подозрение на злокачественные опухоли матки
5. Кровянистые выделения из матки в постменопаузальном периоде

26. К эндоскопическим методам исследования в гинекологии не относится:

1. Гистероскопия
2. Кольпоскопия
3. Кульдоцентез
4. Лапароскопия
5. Кульдоскопия

27. Гистероскопия позволяет выявить все патологические состояния, кроме:

1. Гиперплазии эндометрия

2. Полипа эндометрия
3. Рака эндометрия
4. Субсерозной миомы
5. Внутриматочных синехий

28. Гистероскопия при обследовании пациенток с нарушением менструального цикла проводится с целью:

1. Определения времени овуляции
2. Диагностики патологии эндометрия
3. Диагностики наружного генитального эндометриоза
4. Выявления субсерозной миомы матки
5. Выявления интерстициальной миомы матки

29. Скрининг-методом для выявления онкопатологии шейки матки в современных условиях является:

1. Визуальный осмотр
2. Кольпоскопия
3. Радионуклеидный метод
4. Цитологическое исследование мазков
5. Гистероскопия

30. Основные показания к кольпоскопии:

1. Бесплодие
2. Подозрение на пороки развития гениталий
3. Подозрение на фоновые, предраковые заболевания и рак шейки матки
4. Прицельная биопсия шейки матки при ее патологии
5. Маточное кровотечение

31. При расширенной кольпоскопии используют:

1. Раствор адреналина
2. Раствор молочной кислоты
3. Раствор салициловой кислоты
4. Раствор уксусной кислоты
5. Раствор борной кислоты

32. Для нормальных сосудов шейки матки при проведении пробы с уксусной кислотой при кольпоскопии характерно:

1. Сосуды сужаются и временно исчезают из поля зрения
2. Расстояние между видимыми сосудами одного порядка примерно одинаковое
3. Равномерно и последовательно древовидно ветвятся
4. Извитые, неправильно ветвящиеся сосуды
5. Не реагируют на уксусную кислоту

33. Показания к проведению биопсии шейки матки:

1. Эрозия шейки матки
2. Интерстициальная миома матки
3. Полип цервикального канала
4. Подозрение на дисплазию шейки матки
5. Болезненные, обильные менструации

34. Пациентка 22 лет предъявляет жалобы на выделение молозива из сосков, редкие менструации, отсутствие наступления беременности в течение 3 лет. Для постановки диагноза необходимо провести все, кроме:

1. Рентгенологического исследования черепа
2. Определения уровня пролактина
3. Исследования полей зрения
4. Определения уровня T_4 св., тиреотропного гормона в крови
5. Определения уровня андрогенов

35. Гистероскопия - это:

1. Метод визуального осмотра внутренней поверхности матки с помощью эндоскопа
2. Эндоскопическое исследование брюшной полости при абдоминальном доступе
3. Осмотр влагалищной части шейки матки
4. Рентгенография полости матки и маточных труб
5. Метод визуального осмотра цервикального канала

36. Выберите наиболее точный метод диагностики причины патологического кровотечения у женщин в возрасте 30 – 40 лет:

1. Измерение базальной температуры
2. Определение концентрации эстрогенов и прогестерона
3. Раздельное диагностическое выскабливание матки
4. Метосальпингография
5. Кольпоскопия

37. Наиболее информативным методом выявления непроходимости маточных труб является:

1. Гистеросальпингография
2. Пневмопельвиография
3. Кульдоскопия
4. Лапароскопия с хромогидротубацией
5. Кимографическая пертубация

38. Для информативной диагностики внутриматочных синехий используют:

1. Раздельное диагностическое выскабливание матки
2. Метросальпингографию
3. Лапароскопию
4. Кольпоскопию
5. Гистероскопию

39. При ультразвуковом исследовании среднее значение диаметра зрелого фолликула составляет:

1. 5 – 7 мм
2. 8 – 10 мм
3. 14 – 17 мм
4. 17 – 20 мм
5. 20 – 24 мм

40. Выберите наиболее достоверный метод ранней диагностики опухоли молочной железы:

1. Физикальное обследование
2. Рентгенография грудной клетки
3. Маммография
4. Рентгеноскопия грудной клетки
5. Ультразвуковое исследование молочной железы

Тема 2: «Неправильные положения женских половых органов»

1. Тело матки удерживается в позиции anteversio-flexio:

1. Собственной массой
2. Круглыми связками матки
3. Натяжением крестцовоматочных связок
4. Воронкотазовой связкой
5. Положением соседних органов

2. К подвешивающему аппарату матки относятся:

1. Круглые связки
2. Кардинальные связки
3. Собственные связки яичников
4. Широкие связки
5. Крестцово-маточные связки

3. Поддерживающий аппарат матки образован:

1. Мышцами тазового дна
2. Круглыми связками матки
3. Широкими связками матки
4. Кардинальными связками

4. Фиксирующий аппарат матки образован:

1. Кардинальными связками
2. Крестцово-маточными связками
3. Пузырно-маточными связками
4. Пузырно-лобковыми связками
5. Круглыми связками

5. Покрывают брюшиной следующие перечисленные ниже анатомические образования:

1. Тело матки
2. Шейка матки
3. Интерстициальные отделы маточных труб
4. Яичники

6. Перечислить факторы, которые могут привести к изменению положения матки:

1. Инфильтрат в параметрии
2. Опухоль яичника
3. Рубцово-спаечный процесс в малом тазу
4. Переполнение мочевого пузыря
5. Все вышеперечисленные

7. Возможные причины опущения и выпадения матки:

1. Травма промежности в родах, несостоятельность мышц тазового дна
2. Длительное повышение внутрибрюшного давления при тяжелой физической работе
3. Резкое похудание
4. Атрофия тканей в пожилом возрасте
5. Наличие кольпита, эндоцервицита

8. Выпадению матки сопутствует:

1. Опущение и выпадение стенок влагалища
2. Цисто и ректоцеле
3. Несостоятельность мышц тазового дна
4. Элонгация шейки матки
5. Все вышеперечисленное

9. Какие осложнения возможны при опущении и выпадении внутренних половых органов?

1. Кишечная непроходимость
2. Нарушения мочеиспускания
3. Выворот матки

4. Образование декубитальной язвы шейки матки
5. Острый эндометрит

10. Изменения в половых органах при опущении и выпадении стенок влагалища и матки:

1. Отек стенок влагалища и матки
2. Трофические нарушения с образованием язв
3. Элонгация шейки матки и ее гипертрофия
4. Опущение мочевого пузыря и прямой кишки
5. Все вышеперечисленное

11. Этиологические факторы ретродевиаций матки:

1. Расслабление связочного аппарата и мышц тазового дна
2. Воспалительные заболевания женских половых органов
3. Наружный эндометриоз
4. Опухоли передней поверхности матки
5. Псевдоэрозия шейки матки

12. Назовите неправильные положения матки:

1. Неправильные загибы и отклонения
2. Смещения в вертикальной плоскости
3. Аплазия матки
4. Смещения в горизонтальной плоскости
5. Выворот матки

13. Назовите неправильные загибы и наклонения матки:

1. Гиперантефлексию
2. Ретроверсию, ретрофлексию
3. Декстраверсию
4. Синистраверсию
5. Все вышеперечисленное

14. Назовите смещения матки по вертикальной плоскости:

1. Перегиб матки
2. Опущение и выпадение матки
3. Боковое смещение матки
4. Элевация матки
5. Выворот матки

15. Назовите смещения матки в горизонтальной плоскости:

1. Смещение матки кпереди
2. Смещение матки кзади
3. Боковое смещение матки

4. Все вышеперечисленное

16. Первая степень смещения влагалища книзу:

1. Опущение передней стенки влагалища, задней или обеих вместе, но стенки не выходят за пределы входа во влагалище
2. Выпадение передней влагалищной стенки, задней или комбинация обеих, стенки выходят наружу от влагалищного входа
3. Полное выпадение влагалища, которое сопровождается выпадением матки

17. Вторая степень смещения влагалища книзу:

1. Опущение передней стенки влагалища, задней или обеих вместе, но стенки не выходят за пределы входа во влагалище
2. Выпадение передней влагалищной стенки, задней или комбинация обеих, стенки выходят наружу от влагалищного входа
3. Полное выпадение влагалища, которое сопровождается выпадением матки

18. Третья степень смещения влагалища книзу:

1. Опущение передней стенки влагалища, задней или обеих вместе, но стенки не выходят за пределы входа во влагалище
2. Выпадение передней влагалищной стенки, задней или комбинация обеих, стенки выходят наружу от влагалищного входа
3. Полное выпадение влагалища, которое сопровождается выпадением матки

19. Опущение матки:

1. Дно матки находится на уровне плоскости входа в малый таз
2. Тело матки за пределами половой щели, цисто- и ректоцеле
3. Внутренний зев матки находится ниже интерспинальной линии, опущение стенок влагалища
4. Шейка матки элонгирована, определяется за пределами половой щели, цисто- и ректоцеле
5. Внутренний зев матки располагается выше или на уровне интерспинальной линии, опущение стенок влагалища I степени

20. Неполное выпадение матки:

1. Дно матки находится на уровне плоскости входа в малый таз
2. Тело матки за пределами половой щели, цисто- и ректоцеле
3. Внутренний зев матки находится ниже интерспинальной линии, опущение стенок влагалища
4. Шейка матки элонгирована, определяется за пределами половой щели, цисто- и ректоцеле

5. Внутренний зев матки располагается выше или на уровне интерспинальной линии, опущение стенок влагалища I степени
21. Полное выпадение матки:
 1. Дно матки находится на уровне плоскости входа в малый таз
 2. Тело матки за пределами половой щели, цисто- и ректоцеле
 3. Внутренний зев матки находится ниже интерспинальной линии, опущение стенок влагалища
 4. Шейка матки элонгирована, определяется за пределами половой щели, цисто- и ректоцеле
 5. Внутренний зев матки располагается выше или на уровне интерспинальной линии, опущение стенок влагалища I степени
22. Клиника ретродивиации матки:
 1. Боли в крестце и пояснице
 2. Альгоменорея
 3. Меноррагия, бесплодие
 4. Расстройства функции тазовых органов
 5. Все вышеперечисленное
23. Клиника опущения и выпадения влагалища и матки:
 1. Боли и чувство тяжести внизу живота
 2. Расстройства функции тазовых органов
 3. Пролежни
 4. Инфекция мочевых путей
 5. Все вышеперечисленное
24. Дифференциальный диагноз опущения и выпадения стенок влагалища и матки проводится с:
 1. Кистой передней стенки влагалища
 2. Родившимся фиброматозным узлом
 3. Выворотом матки
 4. Всем вышеперечисленным
25. Консервативные методы лечения показаны при:
 1. Начальных стадиях опущения влагалища и матки
 2. Наличии противопоказаний к оперативному вмешательству
 3. Подготовке пациенток к хирургическому лечению
 4. Неполном выпадении матки
26. Консервативное лечение опущения половых органов включает:
 1. Сбалансированное полноценное питание
 2. Освобождение от работы, связанной с подъемом тяжестей
 3. Лечебную гимнастику

4. Ортопедический метод
 5. Все перечисленное выше
27. Чем определяется вид оперативного вмешательства при аномалиях положения женских половых органов?
1. Степенью смещения матки и влагалища
 2. Сопутствующей патологией половых органов
 3. Возрастом пациентки
 4. Наличием экстрагенитальных заболеваний
 5. Все вышеперечисленное
28. Операции при опущении и выпадении стенок влагалища:
1. Передняя кольпоррафия
 2. Задняя кольпоррафия
 3. Срединная кольпоррафия
 4. Все вышеперечисленное
29. Операции при опущениях и выпадениях матки:
1. Вентрофиксация матки
 2. Манчестерская операция
 3. Влагалищная экстирпация матки
 4. Операции с применением аллопластических материалов
 5. Все вышеперечисленные

Тема 3: «Менструальная функция и ее нарушения»

1. Для нормального менструального цикла характерна:
 1. Монофазная базальная температура
 2. Двухфазная базальная температура
 3. Подъем базальной температуры после овуляции на $0,5^{\circ}\text{C}$
 4. Снижение базальной температуры в середине лютеиновой фазы
 5. Подъем базальной температуры в течение 57 дней
2. Средняя продолжительность менструального цикла составляет:
 1. 22 дня
 2. 25 дней
 3. 28 дней
 4. 35 дней
 5. 38 дней
3. Относительно менструального цикла правильными являются следующие утверждения:

1. Подъем фолликулостимулирующего гормона в начале цикла происходит в ответ на уменьшение уровня эстрадиола в предшествующую лютеиновую фазу
2. Эстрадиол влияет на чувствительность ФСГ - рецепторов гранулезных клеток фолликулов к фолликулостимулирующему гормону
3. Резкий подъем эстрадиола в середине цикла вызывает овуляторный пик выброса фолликулостимулирующего гормона и лютеинизирующего гормона
4. Регресс желтого тела зависит от лютеолитического действия лютеинизирующего гормона
5. Овуляция не всегда сопровождается разрывом стенки фолликула

4. Фазы маточного цикла:

1. Десквамации
2. Регенерации
3. Пролиферации
4. Секреции
5. Фолликулярная

5. Для фолликулярной фазы менструального цикла характерно:

1. Десквамация функционального слоя эндометрия
2. Регенерация функционального слоя эндометрия
3. Повышение в крови содержания эстрогенов
4. Рост нового фолликула в яичнике
5. Развитие желтого тела в яичнике

6. Об овуляции свидетельствует все, кроме:

1. Абдоминальной боли в середине цикла
2. Повышения базальной температуры
3. Выброса пролактина в середине цикла
4. Повышения концентрации прогестерона в плазме крови
5. Исчезновения симптома зрачка

7. В яичнике преимущественно синтезируются:

1. Прогестерон
2. Андростендион
3. Тестостерон
4. Дегидроэпиандростерон
5. Кортизол

8. В задней доле гипофиза депонируются следующие гормоны:

1. Пролактин
2. Окситоцин

3. Вазопрессин
4. Эстриол
5. Эстрон
9. Фолликулостимулирующий гормон стимулирует:
 1. Рост фолликулов в яичнике
 2. Продукцию кортикостероидов
 3. Продукцию тиреотропного гормона в щитовидной железе
 4. Продукцию прогестерона
 5. Продукцию соматотропного гормона

10. Неверным относительно лютеинизирующего гормона является утверждение:
 1. Выброс лютеинизирующего гормона необходим для формирования желтого тела
 2. Выброс лютеинизирующего гормона всегда сопровождается пиком выброса пролактина
 3. Выброс лютеинизирующего гормона и фолликулостимулирующего гормона способствует овуляции
 4. Под влиянием овуляторного выброса лютеинизирующего гормона усиливается лютеинизация гранулезных клеток
 5. Овуляторный пик секреции лютеинизирующего гормона стимулируется выбросом эстрадиола доминантным фолликулом

11. Гипоталамус вырабатывает следующие гормоны:
 1. Гонадотропины
 2. Эстрогены
 3. Гестагены
 4. Рилизингфакторы
 5. Андрогены

12. Из фракций эстрогенов наибольшей активностью обладает:
 1. 16 α -гидроксиэстрон
 2. Эстриол
 3. Эстрадиол
 4. Эстрон

13. 17 β -эстрадиол стимулирует рост:
 1. Влагалища
 2. Миометрия
 3. Эндометрия
 4. Яичников
 5. Фаллопиевых труб

14. К биологическому действию прогестерона относится:

1. Секреторная трансформация эндометрия
2. Повышение базальной температуры
3. Увеличение запасов гликогена в эндометрии
4. Стимуляция секреции молочных желез
5. Повышение сократительной активности фаллопиевых труб

15. Пройоменорея – это:

1. Скудные менструации
2. Короткие менструации (1 – 2 дня)
3. Короткий менструальный цикл, частые менструации
4. Длительные менструации
5. Редкие менструации

16. Опсоменорея – это:

1. Скудные менструации
2. Короткие менструации
3. Отсутствие менструации
4. Редкие менструации
5. Частые менструации

17. Олигоменорея – это:

1. Обильные и длительные менструации при регулярном цикле
2. Межменструальные ациклические кровотечения
3. Маточное кровотечение, начавшееся в дни менструации и продолжающееся 10 и более дней
4. Короткие, менее суток, менструации
5. Скудные менструации

18. Гипоменорея – это:

1. Обильные и длительные менструации при регулярном цикле
2. Межменструальные ациклические кровотечения
3. Маточное кровотечение, начавшееся в дни менструации и продолжающееся 10 и более дней
4. Укорочение интервала между менструациями
5. Скудные менструации

19. Меноррагия – это:

1. Обильные и длительные месячные при регулярном цикле
2. Межменструальные ациклические кровотечения
3. Маточное кровотечение, начавшееся в дни менструации и продолжающееся 10 и более дней
4. Укорочение интервала между менструациями

5. Скудные менструации

20. Метроррагия – это:

1. Обильные и длительные менструации при регулярном цикле
2. Межменструальные ациклические кровотечения
3. Маточное кровотечение, начавшееся в дни менструации и продолжающееся 10 и более дней
4. Укорочение интервала между менструациями
5. Скудные менструации

21. Из перечисленных определений нарушения менструальной функции неверным является следующее:

1. Меноррагия – это обильные и длительные менструации при регулярном цикле
2. Метроррагия – это межменструальные ациклические кровотечения
3. Менометроррагии – это маточные кровотечения, начавшиеся в дни менструации и продолжающиеся 10 и более дней
4. Олигоменорея – это укорочение интервала между менструациями
5. Гипоменорея – это скудные менструации

22. Альгодисменорея – это:

1. Кровотечение
2. Нерегулярные менструации
3. Болезненные менструации
4. Обильные менструации
5. Скудные менструации

23. Аменорея – это отсутствие менструации:

1. 4 месяцев
2. 5 месяцев
3. 6 месяцев и более
4. 2 месяца
5. 3 месяца

24. Физиологическая аменорея – это отсутствие менструации:

1. У девочек до 10 – 12 лет
2. Во время беременности
3. В период лактации
4. В старческом возрасте
5. Все вышеперечисленное

25. У женщины 29 лет, страдающей вторичной аменореей, отрицательная проба на циклическую гормонотерапию эстрогенгестагенами. Это аменорея:

1. Гипоталамическая
2. Гипофизарная
3. Яичниковая
4. Маточная
5. Психогенная

26. Перечислите разновидности аменореи по уровню поражения:

1. Гипоталамо-гипофизарная
2. Яичниковая
3. Надпочечниковая
4. Маточная
5. Ничего из вышеперечисленного

27. Ложная патологическая аменорея может быть обусловлена:

1. Атрезией канала шейки матки
2. Аплазией тела матки
3. Дисгенезией гонад
4. Всеми перечисленными выше заболеваниями
5. Ни одним из перечисленных выше заболеваний

28. Относительно аменореи верными являются следующие утверждения:

1. Аменореи бывают истинные и ложные
2. Аменореи бывают гипер и гипогонадотропные
3. Ложная аменорея не связана с нарушением циклических процессов в системе гипоталамус-гипофиз-яичники-матка
4. Аменорея, обусловленная дисгенезией гонад, всегда вторичная
5. К гипергонадотропной аменорее относится яичниковая

29. Маточная форма аменореи (синдром Ашермана) характеризуется:

1. Отсутствием менструаций
2. Изменением уровней фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов соответственно нормальному менструальному циклу
3. Двухфазной базальной температурой
4. Монофазной базальной температурой
5. Нарушением выработки фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов

30. Для нервной анорексии характерны:

1. Начало между 12 и 20 годами
2. Отказ от приема пищи

3. Диарея
4. Резкое снижение массы тела
5. Аменорея

31. Повышение уровня пролактина не наблюдается при следующих состояниях:

1. Пролактинома
2. Синдром Шихана
3. Беременность
4. Гипотиреоз
5. Синдром «пустого» турецкого седла

32. Для синдрома резистентных яичников характерно:

1. Снижение уровня эстрогенов значительно ниже нормы
2. Отсутствие менструаций
3. Повышение базального уровня фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов
4. Резкое снижение веса
5. Проба с эстроген-гестагенными лекарственными средствами отрицательная

33. Кровотечение из половых путей в ювенильном периоде чаще может быть симптомом:

1. Нарушенной маточной или эктопической беременности
2. Гормонопродуцирующей опухоли яичника
3. Миомы матки
4. Апоплексии яичника
5. Дисфункционального маточного кровотечения

34. Дисфункциональное маточное кровотечение в ювенильном периоде чаще возникает при:

1. Персистенции фолликулов
2. Гиполютеинизме
3. Органической патологии матки
4. Атрезии фолликулов
5. Персистенции желтого тела

35. Для ювенильного дисфункционального маточного кровотечения характерно следующее:

1. Возникает в периоде становления менструальной функции
2. Ановуляторное кровотечение
3. Часто обусловлено атрезией фолликулов
4. Обусловлено недостаточностью лютеиновой фазы

5. Возникает после задержки менструации

36. В период полового созревания дисфункциональные маточные кровотечения чаще всего носят характер:

1. Овуляторных
2. Ановуляторных, ациклических
3. Чередующихся овуляторных и ановуляторных
4. Ни тех, ни других

37. При ювенильном дисфункциональном маточном кровотечении применяется гормональный гемостаз:

1. Эстрогеновый
2. Андрогеновый
3. Синтетическими эстроген-гестагенными лекарственными средствами
4. Гестагеновый
5. Все вышеперечисленные виды

38. Для гормонального гемостаза в ювенильном возрасте наиболее часто используют:

1. Эстрогены
2. Гестагены
3. Андрогены
4. Сочетание эстрогенов и андрогенов
5. Комбинированные эстроген-гестагенные лекарственные средства

39. Показания к хирургическому гемостазу при ювенильных кровотечениях:

1. Hb ниже 70 г/л и гематокрит ниже 0,25
2. Hb 90 г/л и гематокрит 0,32
3. Отсутствие эффекта от консервативной терапии
4. Hb 80 г/л и гематокрит 0,3
5. Hb 85 г/л и гематокрит 0,31

40. Реабилитационная терапия ювенильных дисфункциональных маточных кровотечений должна включать:

1. Устранение умственных и физических нагрузок
2. Прием седативных лекарственных средств
3. Циклическую витаминотерапию
4. Гормональную регуляцию менструального цикла
5. Девочкам с низкой эстрогенизацией показано лечение чистыми гестагенами во вторую половину цикла

41. Атрезия фолликула – это:

1. Длительное существование зрелого фолликула
2. Обратное развитие незрелых фолликулов
3. Длительное созревание фолликула
4. Кратковременное существование зрелого фолликула
5. Все вышеперечисленное

42. Персистенция фолликула – это:

1. Длительное существование зрелого фолликула
2. Обратное развитие незрелых фолликулов
3. Гиполютеинизм
4. Гиперлютеинизм
5. Все вышеперечисленное

43. Морфологическая характеристика эндометрия при персистенции фолликула:

1. Атрофия эндометрия
2. Эндометрий, соответствующий фазе пролиферации
3. Железистая гиперплазия эндометрия
4. Секреторная трансформация эндометрия
5. Ничего из вышеперечисленного

44. Какая фаза менструального цикла выпадает при персистенции фолликула?

1. Десквамации
2. Регенерации
3. Проллиферации
4. Секреции

45. Причинами дисфункциональных маточных кровотечений по типу недостаточности лютеиновой фазы могут быть:

1. Воспалительные процессы в яичниках
2. Недостаточная секреция ЛГ
3. Врожденное отсутствие гранулезных клеток в фолликулах
4. Гиперпролактинемия
5. Надпочечниковая андрогения

46. Дисфункциональные маточные кровотечения у женщин репродуктивного возраста следует дифференцировать со следующими заболеваниями:

1. С нарушенной маточной беременностью ранних сроков
2. С внематочной беременностью
3. С субмукозной миомой
4. С воспалительными заболеваниями гениталий

5. С тромбоцитопатиями

47. Дисфункциональные маточные кровотечения у женщин пременопаузального возраста следует дифференцировать со следующими заболеваниями:

1. Рак тела матки
2. Субмукозная миома матки
3. Нарушенная беременность раннего срока
4. Гормонопродуцирующая опухоль яичника
5. Ничего из вышеперечисленного

48. Принципы лечения дисфункциональных маточных кровотечений у пациенток:

1. Применение лечебно-диагностического выскабливания матки в репродуктивном, пременопаузальном и климактерическом периодах жизни женщины
2. Нормализация менструальной функции в детородном возрасте
3. Выключение менструальной функции в пременопаузе
4. Все перечисленные
5. Ничего из вышеперечисленного

49. Из названных ниже лекарственных средств для гормонального гемостаза может быть использован:

1. Даназол
2. Ременс
3. Неместран
4. Ригевидон
5. Парлодел

50. Тактика ведения пациенток с дисфункциональным маточным кровотечением ювенильного периода:

1. Ограничиться проведением симптоматической гемостатической и антианемической терапии
2. Провести гормональный гемостаз прогестероном
3. Лечебнодиагностическое выскабливание эндометрия и эндоцервикса
4. Комплексная терапия, включающая гемостатическую, антианемическую, утеротоническую терапию, при неэффективности – гормональный гемостаз
4. Гистероскопия

51. При появлении обильных ациклических кровянистых выделений у женщин в репродуктивном возрасте проводится:

1. Гистеросальпингография

2. Определение уровня лютеинизирующего гормона
3. Ультразвуковое исследование
4. Определение уровня хорионического гонадотропина в моче
5. Раздельное диагностическое выскабливание матки

52. Лечение дисфункциональных маточных кровотечений у женщин репродуктивного возраста следует начинать:

1. С симптоматической терапии
2. С гормонотерапии
3. С создания физического и психического покоя
4. С выскабливания матки
5. С противовоспалительного лечения

53. При дисфункциональных маточных кровотечениях в пременопаузальном возрасте необходимо в первую очередь:

1. Произвести раздельное диагностическое выскабливание матки
2. Назначить гемостаз эстрогенами
3. Назначить гемостаз гестагенами
4. Назначить сокращающие матку лекарственные средства
5. Назначить противовоспалительное лечение

54. При дисфункциональных маточных кровотечениях у женщин пременопаузального возраста чаще в эндометрии могут быть обнаружены:

1. Гиперплазия эндометрия
2. Изменения, соответствующие фазе пролиферации
3. Неполноценные секреторные изменения
4. Атрофия эндометрия
5. Изменения, соответствующие фазе секреции

55. Основным методом лечения дисфункционального кровотечения в пременопаузальном периоде является:

1. Применение синтетических эстроген-гестагенных лекарственных средств
2. Введение кровоостанавливающих и сокращающих матку лекарственных средств
3. Использование андрогенов
4. Применение 17-оксипрогестерона капроната в непрерывном режиме
5. Раздельное диагностическое выскабливание матки с последующей гормонотерапией по результатам гистологического исследования

56. В климактерическом периоде маточные кровотечения могут быть обусловлены:

1. Гиперплазией эндометрия

2. Аденоматозом эндометрия
3. Аденокарциномой
4. Эндометритом
5. Подслизистой миомой

57. Оптимальным при дисфункциональных маточных кровотечениях в климактерическом периоде является гемостаз:

1. Эстроген-гестагенными лекарственными средствами
2. Андрогенами
3. Выскабливание матки
4. Симптоматический
5. Сочетание андрогенов и гестагенов

Тема 4: «Нейроэндокринные синдромы в гинекологии»

1. Важнейшими элементами патогенеза поликистоза яичников являются:

1. Нарушение секреции лютеинизирующего релизинг-гормона в гипоталамусе
2. Нарушение фолликулогенеза и стероидогенеза в яичниках
3. Избыточное образование андрогенов в яичниках
4. Инсулинорезистентность
5. Все вышеперечисленное верно

2. Для синдрома поликистозных яичников характерны:

1. Гирсутизм
2. Олигоменорея и аменорея
3. Бесплодие
4. Двухстороннее увеличение размеров яичников
5. Все вышеперечисленное

3. Для синдрома поликистозных яичников не характерно:

1. Олигоменорея
2. Гирсутизм
3. Кистозно-измененные яичники
4. Галакторея
5. Бесплодие

4. Ультразвуковыми критериями синдрома поликистозных яичников являются:

1. Увеличение объема яичников более 9 см^3
2. Наличие утолщенной оболочки с множеством расположенных под ней кистозных структур диаметром 8 – 10 мм
3. Увеличение стромальной плотности

4. Симметричное увеличение размеров яичников
 5. Все вышеперечисленные
-
5. Терапия синдрома поликистозных яичников включает:
 1. Терапевтическую модификацию образа жизни
 2. Назначение гормональных контрацептивных средств
 3. Назначение инсулиносенситайзеров
 4. Назначение стимуляторов овуляции
 5. Все вышеперечисленное
-
6. Для лечения пациенток с синдромом поликистозных яичников используют все, кроме:
 1. Даназола
 2. Клостильбегита
 3. Этинилэстрадиола+дроспиренона
 4. Лапароскопической термокаутеризации
 5. Билатеральной клиновидной резекции яичников
-
7. Оперативное лечение при синдроме поликистозных яичников не показано в следующих случаях:
 1. Резистентность к кломифену цитрату
 2. Высокий уровень ЛГ
 3. Сопутствующая патология (эндометриоз, трубно-перитонеальный фактор бесплодия)
 4. Невозможность мониторинга при использовании гонадотропинов
 5. Для коррекции менструального цикла и гиперандрогемии
-
8. Синдром Шерешевского-Тернера – это:
 1. «Чистая» форма дисгенезии гонад
 2. Типичная форма дисгенезии гонад
 3. «Смешанная» форма дисгенезии гонад
 4. Ложный мужской гермафродитизм
 5. Ничего из вышеперечисленного
-
9. Для синдрома Шерешевского-Тернера характерны:
 1. Высокий рост
 2. Короткая шея с крыловидными складками
 3. Резкая гипоплазия матки
 4. Кариопит 45X0
 5. Вторичная аменорея
-
10. Диагностика синдрома Шерешевского-Тернера основана на:
 1. Характерном внешнем виде пациентки

2. Наличии отклонений в хромосомном наборе
 3. Низких цифрах лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов
 4. Высоких цифрах лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов
 5. Отсутствии пороков развития внутренних органов
11. Для подтверждения диагноза синдрома Шерешевского-Тернера проводят:
1. Снимок черепа и турецкого седла
 2. Определение уровня гонадотропных гормонов
 3. Ультразвуковое исследование органов малого таза
 4. Гистерографию
 5. Исследование хромосомного набора
12. В патогенезе послеродового эндокринного синдрома основная роль принадлежит:
1. Патологии гипоталамических структур
 2. Энзимной недостаточности яичников
 3. Энзимной недостаточности надпочечников
 4. Нарушению симпатико-адреналовой системы
 5. Гиперпродукции пролактина
13. Для послеродового эндокринного синдрома характерно наличие всего, кроме:
1. Гипоинсулинемии
 2. Дисфункции гипоталамических структур
 3. Нарушений липидного обмена
 4. Трофических нарушений кожи
 5. Гипертензии
14. Для послеродового эндокринного синдрома не характерна:
1. Аменорея
 2. Галакторея
 3. Гиперсекреция адренокортикотропного гормона
 4. Гиперпролактинемия
 5. Гиперхолестеринемия
15. Аменорея при послеродовом нейроэндокринном синдроме:
1. Может сочетаться с гирсутизмом
 2. Относится к периферической форме
 3. Развивается на фоне похудения
 4. Сочетается с понижением выделения адренокортикотропного гормона
 5. Сопровождается гипертензией

16. Аменорея при послеродовом нейроэндокринном синдроме возникает на фоне:

1. Нарушения цирхорального выброса гонадотропинов, в первую очередь лютеинизирующего гормона
2. Преимущественного нарушения циркадного ритма продукции пролактина
3. Нарушения продукции яичниками андрогенов
4. Гипокортицизма
5. Повышения продукции экстрагонадных эстрогенов

17. Относительно синдрома Шихана верны следующие утверждения:

1. Может развиваться после острого кровотечения в родах
2. Патология обусловлена некрозом аденогипофиза
3. Характеризуется нарушением лактации, аменореей, атрофией молочных желез и половых органов
4. Нарушение общего состояния связано с гиперфункцией щитовидной железы
5. Нарушение общего состояния связано с гипофункцией надпочечников

18. Синдром Шихана:

1. Развивается в результате некроза 5% тканей гипофиза
2. Характеризуется агалактией
3. Характеризуется гипергликемией
4. Характеризуется гипотиреозом
5. Характеризуется гиперкортицизмом

19. Синдром Шихана обусловлен:

1. Опухолью гипофиза
2. Недостаточной функцией гипофиза
3. Повышенной функцией гипофиза
4. Опухолью надпочечников
5. Опухолью яичников

20. Ведущим в лечении синдромам Шихана является:

1. Витаминотерапия
2. Гемостимулирующая терапия
3. Заместительная гормональная терапия
4. Санаторно-курортное лечение
5. Терапевтическая модификация образа жизни

21. Возникновение синдрома Киари-Фроммеля обусловлено:

1. Опухолью гипофиза
2. Нарушением выработки пролактина гипофизом
3. Опухолью щитовидной железы
4. Опухолью надпочечников
5. Опухолью яичников

22. Для синдрома Рокитанского-Майера-Кюстера характерно:

1. Отсутствие яичников
2. Отсутствие матки и влагалища
3. Наличие мужского кариотипа
4. Сочетание с патологией почек
5. Наличие женского кариотипа

23. При подозрении на синдром Рокитанского-Майера-Кюстера следует проводить:

1. Ультразвуковое исследование органов малого таза
2. Определение тестостерона в крови
3. Гистеросальпингографию
4. Гормональную пробу с эстроген-гестагенами
5. Гистероскопию

24. Синдром Рокитанского-Майера-Кюстера является показанием:

1. Для длительной терапии парлоделом
2. Для заместительной гормональной терапии
3. Для пластических операций на матке
4. Для кольпопозза
5. Для оперативного вмешательства на гипофизе

25. Вирильный синдром имеет генез:

1. Яичниковый
2. Гипоталамический
3. Надпочечниковый
4. Гипофизарный
5. Маточный

26. Укажите эндокринные заболевания, которые могут быть причиной гирсутизма:

1. Аденогенитальный синдром
2. Гипотиреоз
3. Синдром поликистозных яичников
4. Болезнь Иценко-Кушинга
5. Гиперпролактинемия

27. О какой патологии свидетельствуют следующие показатели представленных гормонов в крови: ДЭА-сульфат и кортизол увеличены в 2 раза; тестостерон в пределах нормы или незначительно увеличен; суточный ритм (ДЭА-сульфат, кортизол и тестостерон) – отсутствует?

1. Гормонопродуцирующая опухоль яичника
2. Яичниковая гиперандрогения
3. Опухоль надпочечника
4. Надпочечниковая гиперандрогения
5. Опухоль гипофиза

28. Для уточнения генеза гиперандрогении (надпочечники или яичники) используют:

1. Пробу с дексаметазоном
2. Определение уровня 17-гидроксипрогестерона в крови
3. Пробу с синакеном
4. Определение уровня андростендиона в крови
5. Пробу с эстрогенами и прогестероном

29. При выявлении надпочечникового генеза гиперандрогении (положительная дексаметазоновая проба) показано:

1. Назначение комбинированных эстроген-гестагенных лекарственных средств на 6 – 8 месяцев
2. Назначение "чистых" гестагенов в течение 6 месяцев
3. Назначение бромкриптина в течение года с ежемесячным контролем уровня пролактина
4. Назначение дексаметазона при ежемесячном контроле уровня андрогенов
5. Назначение агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона

30. Характерные особенности телосложения при аденогенитальном синдроме:

1. Широкие плечи
2. Узкий таз
3. Короткие конечности
4. Хорошо развитая мускулатура
5. Все вышеперечисленные

31. Для аденогенитального синдрома характерны все утверждения, кроме:

1. Это надпочечниковая гиперандрогения
2. Проявляется гиперменструальным синдромом
3. Может быть причиной невынашивания
4. Необходимо дифференцировать с синдромом поликистозных яичников
5. Для лечения назначают глюкокортикоиды

32. Для постпубертатной формы аденогенитального синдрома характерно все, кроме:

1. Гирсутизма
2. Гипоменструального синдрома
3. Бесплодия
4. Гиперменструального синдрома
5. Замершей беременности на ранних сроках

33. Для диагностики аденогенитального синдрома используют:

1. Определение уровня тестостерона, ДГЭАС и 17-ОН в крови
2. Зондирование матки
3. Гистеросальпингографию
4. Лапароскопия
5. Ультразвуковое исследование надпочечников

34. При выявлении аденогенитального синдрома лечение необходимо начать:

1. С момента установления диагноза
2. После установления менструальной функции
3. После замужества (в зависимости от времени планируемой беременности)
4. При планировании беременности
5. Только после родов

35. При аденогенитальном синдроме патогенетическим лечением является:

1. Терапия, направленная на нормализацию массы тела
2. Улучшение мозговой гемодинамики
3. Терапия глюкокортикоидами
4. Применение комбинированных оральных контрацептивов
5. Применение гормонов щитовидной железы

36. У пациенток с тестикулярной феминизацией имеет место:

1. Первичная аменорея
2. Нормальное развитие молочных желез
3. Отсутствие матки
4. Ложный мужской гермафродитизм
5. Все вышеперечисленное

37. Дисгенетическое яичко у пациентки с аменореей яичникового генеза склонно:

1. К вирилизации
2. К малигнизации
3. К феминизации

4. Ко всему вышеперечисленному
5. Ни к чему из вышеперечисленного

38. Примером ложного женского гермафродитизма является:

1. Синдром тестикулярной феминизации
2. Врожденный адреногенитальный синдром
3. Синдром поликистозных яичников
4. Синдром Шерешевского-Тернера
5. Синдром Шихана

39. Примером ложного мужского гермафродитизма является:

1. Синдром тестикулярной феминизации
2. Врожденный адреногенитальный синдром
3. Синдром поликистозных яичников
4. Синдром Шерешевского-Тернера
5. Синдром Шихана

40. При предменструальном синдроме во вторую фазу менструального цикла, как правило, отмечается

1. Гиперэстрогения
2. Повышение секреции адренокортикотропного гормона
3. Повышение уровня серотонина
4. Повышение уровня простагландинов
5. Все перечисленное

41. При предменструальном синдроме выделяют следующие клинические формы:

1. Нейро-психическую
2. Отечную
3. Кризовую
4. Цефалгическую
5. Все вышеперечисленные

42. Посткастрационный синдром развивается при удалении:

1. Одного яичника
2. Матки
3. Обоих яичников
4. Шейки матки
5. Фибромы яичника

43. Пременопаузальный период – это:

1. От 45 лет до наступления менопаузы
2. Последняя менструация в жизни женщины

3. Период, начинающийся после менопаузы и длящийся до смерти женщины
4. От 45 до 55 лет
5. Год до и после менопаузы

44. При климактерическом синдроме у женщин в пременопаузе наблюдаются следующие клинические симптомы:

1. Вегетососудистые
2. Психо-эмоциональные
3. Обменно-эндокринные
4. Все вышеперечисленные
5. Ни один из вышеперечисленных

45. С недостатком эстрогенов могут быть связаны следующие отдаленные проявления климактерического синдрома:

1. Вазомоторные реакции
2. Миокардиодистрофия
3. Диуретические расстройства
4. Остеопороз
5. Постменопаузальные кровотечения

46. Показанием для назначения заместительной гормональной терапии в репродуктивном периоде являются:

1. Ранняя и преждевременная менопауза (возраст менее 40 лет)
2. Вторичная аменорея в репродуктивном возрасте
3. Искусственная менопауза
4. Синдром Рокитанского-Кюстера
5. Синдром поликистозных яичников

47. К основным лекарственным средствам заместительной гормональной терапии при посткастрационном синдроме относятся:

1. Лекарственные средства, содержащие натуральные эстрогены (монотерапия)
2. Комбинированные эстроген – гестагеновые лекарственные средства
3. Комбинация эстрогенов с андрогенами
4. Гестагены
5. Андрогены

48. Абсолютными противопоказаниями для гормональной терапии климактерического синдрома являются:

1. Тяжелые нарушения функции печени
2. Коагулопатии, тромбозы
3. Рак молочной железы и эндометрия

4. Маточное кровотечение неуточненного генеза
5. Все вышеперечисленные

49. Трансдермальный путь введения эстрогенов:

1. Позволяет избежать первичного метаболизма эстрадиола в печени
2. Обеспечивает стабильный уровень эстрадиола в плазме крови, физиологическое соотношение фракций эстрогенов в плазме крови
3. Снижает риск тромбоэмболических осложнений
4. Улучшает комплаентность пациентов
5. Все вышеперечисленное

50. К механизмам действия эстрагенов на структуры урогенитального тракта относятся:

1. Пролиферация влагалищного эпителия, увеличение синтеза гликогена, восстановление популяции лактобацилл во влагалищном биотипе
2. Улучшение кровоснабжения влагалищной стенки, восстановление трансудации и ее эластичности, восстановление мышечного тонуса, качества коллагеновых структур, пролиферация уротелия
3. Влияние на активность эффективных компонентов Т-клеточного звена локального иммунитета, что может являться одним из факторов, препятствующих развитию восходящей урологической инфекции
4. Увеличение внутриуретрального давления и уменьшение симптомов истинного недержания мочи при напряжении
5. Все вышеперечисленное

51. Местная гормональная терапия показана при:

1. Наличии изолированных урогенитальных расстройств
2. Неполном купировании симптомов атрофического вагинита и цистит-уретрита после системной терапии заместительной гормональной терапии
3. Абсолютных противопоказаниях к назначению системной заместительной гормональной терапии
4. При первичном обращении к гинекологу в возрасте старше 65 лет по поводу урогенитальных расстройств
5. Всем вышеперечисленным

52. Для лечения и профилактики климактерического синдрома используют:

1. Овестин
2. Марвелон
3. Циклопрогинову
4. Климонорм
5. Ригевидон

53. Причиной гиперпролактинемии может быть:

1. Опухоль в гипоталамо - гипофизарной области
2. Функциональные нарушения гипоталамо - гипофизарной области
3. Гипертиреоз
4. Опухоль надпочечников
5. Опухоль яичников

54. Развитие гиперпролактинемической аменореи может быть связано со всем, кроме:

1. Длительной стрессовой ситуацией
2. Длительного приема психотропных средств
3. Длительного приема антибиотиков
4. Недостатка тиреоидных гормонов
5. Опухоли гипофиза

55. Для лечения гиперпролактинемии используют все, кроме:

1. Бусерелина
2. Достинекса
3. Ригевидона
4. Бромокriptина
5. Дидрогестерона

Тема 5: «Воспалительные заболевания женских половых органов»

1. Бактериальный вагиноз – это:

1. Воспаление влагалища
2. Дисбиоз влагалища
3. Порок развития влагалища
4. Злокачественное поражение влагалища
5. Дисплазия влагалища

2. В настоящее время отмечают следующие особенности микрофлоры при воспалительных заболеваниях женских половых органов:

1. Преобладание ассоциаций микроорганизмов
2. Возрастание числа анаэробов и вирусов
3. Наличие хламидий и микоплазм
4. Все вышеперечисленные
5. Никакие из вышеперечисленных

3. К возбудителям неспецифических воспалительных заболеваний женских половых органов относится:

1. Стафилококк
2. Хламидии

3. Гонококк
4. Гарднерелла
5. Все вышеперечисленные

4. Восходящей инфекции в малом тазу способствует:

1. Введение внутриматочного контрацептива
2. Прием гормональных контрацептивов
3. Сперма
4. Менструация
5. Выскабливание матки

5. Нормальная среда влагалища поддерживается следующими перечисленными факторами:

1. Ph, равного 4,5
2. Палочками Дедерлейна
3. Кишечной палочкой
4. Молочной кислотой
5. Золотистым стафилококком

6. Пациенткам с кистой бартолиновой железы рекомендуется:

1. Ультрафиолетовое облучение
2. Лечение только в стадии обострения воспалительного процесса
3. Оперативное лечение – вылушивание кисты бартолиновой железы
4. Антибактериальная терапия
5. Все вышеперечисленное

7. Клиническими признаками истинного абсцесса бартолиновой железы являются:

1. Повышение температуры тела до 39⁰ С, озноб
2. Возможное увеличение паховых лимфоузлов на стороне поражения
3. Определение флюктуации в области увеличенной и болезненной при пальпации бартолиновой железы
4. Наличие болезненного образования в толще верхней трети большой половой губы (с одной или обеих сторон)
5. Гнойно-кровянистые выделения из влагалища

8. Возникновению вульвовагинита не способствует:

1. Липома вульвы
2. Химические, термические или механические воздействия
3. Несоблюдение гигиены наружных половых органов
4. Эндокринные заболевания (сахарный диабет)
5. Опущение и выпадение внутренних половых органов

9. Клинические признаки, не характерные для вульвовагинита:

1. Резкие боли
2. Жжение, зуд в области наружных половых органов
3. Гиперемия и отечность наружных половых органов
4. Серозно-гноевидные или гнойные налеты
5. Диспареуния, дизурия

10. Атрофический кольпит может развиваться при следующих ситуациях, за исключением:

1. Постменопаузы
2. Преждевременного истощения функции яичников
3. Применения оральных контрацептивов
4. Некроза гипофиза
5. Хирургической кастрации в молодом возрасте

11. Атрофический вагинит возникает на фоне:

1. Естественной менопаузы
2. Приема оральных контрацептивов
3. Искусственной менопаузы
4. Приема антибактериальных лекарственных средств
5. Сахарного диабета

12. Относительно острого цервицита являются верными следующие утверждения:

1. Он может быть гонорейной этиологии
2. Сопровождается слизистогнойными выделениями из цервикального канала
3. Отмечается увеличение размеров шейки матки
4. Для лечения применяется криодеструкция жидким азотом
5. У больных может быть сопутствующая эктопия шейки матки

13. Хронический эндометрит характеризуется:

1. Рецидивирующим течением
2. Гиперандрогенией
3. Нарушением менструальной функции
4. Гиперпролактинемией
5. Гиперэстрогенемией

14. Параметрит возникает чаще после:

1. Родов
2. Переохлаждения
3. Случайной половой связи
4. Аборта

5. Извлечения внутриматочного контрацептива

15. Выберите жалобы, характерные для начала острого воспаления придатков матки:

1. Боли внизу живота
2. Диспепсические расстройства
3. Дисфункциональное маточное кровотечение
4. Неукротимая рвота
5. Повышение температуры

16. Укажите симптомы острого сальпингоофорита:

1. Сильные боли внизу живота
2. При бимануальном исследовании придатки четко не определяются, область их исследования резко болезненна
3. Повышение температуры тела
4. Дизурические явления
4. Все вышеперечисленные

17. Для хронического сальпингоофорита не является характерным:

1. Тупые, ноющие боли внизу живота и в пояснице
2. Субфебрильная или нормальная температура
3. Диспареуния
4. Бесплодие
5. Лейкоцитоз

18. Острое воспаление органов малого таза следует дифференцировать со следующими заболеваниями, кроме:

1. Острого аппендицита
2. Субсерозной миомы матки
3. Острой инфекции мочевыводящих путей
4. Перекрута ножки опухоли яичника
5. Внематочной беременности

19. Укажите возможные осложнения острого воспаления придатков матки:

1. Переход в хроническую форму
2. Перитонит
3. Абсцедирование
4. Формирование синдрома хронической тазовой боли
5. Все перечисленное выше

20. Обострению воспалительного процесса способствуют факторы:

1. Переохлаждение

2. Эмоциональное и физическое перенапряжение
 3. Простудные заболевания
 4. Внутриматочные вмешательства
 5. Все вышеперечисленные
21. Для гнойного tuboовариального образования является характерным:
1. Наличие экзогенной и эндогенной интоксикации
 2. Развитие синдрома гемодинамических расстройств
 3. Воспаление смежных органов
 4. Нарастание лейкоцитарного индекса интоксикации и количества средних молекул
 5. Все вышеперечисленное
22. Клинические симптомы, которые всегда предшествуют перфорации гнойного воспалительного образования придатков матки:
1. Ознобы
 2. Усиление болей в животе
 3. Напряжение мышц передней брюшной стенки
 4. Все перечисленное
 5. Ничего из перечисленного
23. Абсцесс прямокишечно-маточного кармана брюшины может возникнуть при:
1. Вульвовагините
 2. Эндометрите
 3. Пиелонефрите
 4. Разрыве пиосальпинкса
 5. Хроническом сальпингоофорите
24. Выберите симптомы, характерные для пельвиоперитонита:
1. Болезненность в гипогастральной области
 2. Положительный симптом Щеткина по всему животу
 3. Положительный симптом Щеткина в гипогастральной области
 4. Резкая болезненность по всему животу
 5. Напряжение мышц живота в гипогастральной области
25. Для пельвиоперитонита гонорейной этиологии характерны:
1. Склонность к образованию спаек и сращений
 2. Ограничение процесса
 3. Наличие симптомов раздражения брюшины в нижних отделах живота
 4. Отсутствие эффекта от консервативной терапии
 5. Все ответы правильные

26. Клинические признаки перитонита:

1. Вздутие живота
2. Парез кишечника
3. Прогрессирующая тахикардия
4. Все перечисленное
5. Ничто из перечисленного

27. Относительного анаэробного сепсиса являются верными следующие утверждения:

1. Чаще возникает при криминальном прерывании беременности
2. Может быть следствием внутригоспитальной клостридиальной инфекции
3. Сопровождается гемолизом эритроцитов
4. Рано развивается олиго- и анурия вследствие гемоглобинурии
5. В крови повышен уровень общего и неконъюгированного билирубина

28. При гнойном образовании в малом тазу показано:

1. Лапаротомия с удалением гнойного образования и дренированием малого таза
2. Лапаротомия со вскрытием и дренированием образования
3. Пункция образования через задний свод влагалища
4. Проведение консервативной терапии
5. Все вышеперечисленное

29. Показанием для проведения диагностической лапароскопии у пациенток с острыми воспалительными заболеваниями органов малого таза не являются:

1. Необходимость уточнения диагноза, степени тяжести и распространения процесса с целью разработки оптимальной тактики ведения пациентки
2. Подозрение на наличие осложнений воспалительных заболеваний придатков матки (гнойный сальпингит, перфорация tuboовариального абсцесса или пиосальпинкса, вторичный аппендицит)
3. Отсутствие клинического эффекта от комплексной противовоспалительной терапии в течение 12 – 48 часов от начала внутривенного введения антибиотиков
4. Невозможность исключить острые хирургические заболевания (острый аппендицит, некроз жировой подвески, дивертикулит)
5. Выраженный спаечный процесс после перенесенных операций на органах брюшной полости

30. У пациентки со сформировавшимся гнойным воспалительным образованием придатков матки (в «холодном» периоде) ничто из перечисленного не показано, кроме:

1. Пункции образования через задний влагалищный свод, опорожнения гнойной полости и введения в нее антибиотиков
2. Хирургического лечения
3. Терапии пирогеналом
4. Терапии гоновакциной
5. Электрофореза цинка по брюшно-крестцовой методике

31. Следствием воспалительного процесса гениталий может быть:

1. Болевой синдром
2. Нарушение менструальной функции
3. Трубно-перитонеальное бесплодие
4. Невынашивание беременности
5. Ничего из вышеперечисленного

32. Профилактика развития хронических воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии включает:

1. Предупреждение абортов
2. Проведение реабилитации после аборта
3. Учет противопоказаний к введению внутриматочной спирали
4. Периодические и обязательные обследования на инфекции, передающиеся половым путем
5. Все вышеперечисленное

33. Возбудителем остроконечных кондилом является:

1. Вирус папилломы человека
2. Стафилококк
3. Микопlasма
4. Смешанная инфекция
5. Вирус простого герпеса

34. Для остроконечных кондилом не характерно следующее:

1. Маленькие выросты телесного цвета
2. Локализуются часто в области вульвы, во влагалище, на шейке матки
3. Основание их всегда широкое, инфильтрировано
4. Мягкие, располагаются на тонкой "ножке"
5. Вызываются вирусом папилломы

35. Активизация туберкулезного процесса в половых органах чаще происходит:

1. В 5 – 6 лет

2. В период становления менструальной функции
3. С началом половой жизни
4. В 18 – 20 лет
5. В 21 – 25 лет

36. Наиболее частой локализацией туберкулеза гениталий является:

1. Шейка матки
2. Влагалище
3. Эндометрий
4. Яичники
5. Маточные трубы

37. Жалобы при туберкулезе половых органов:

1. Общая слабость
2. Повышенная утомляемость
3. Боли внизу живота
4. Нарушение менструального цикла
5. Бесплодие

38. Для диагностики туберкулеза гениталий применяют:

1. Гистеросальпингографию
2. Биконтрастную гинекографию
3. Туберкулинодиагностику
4. Лимфографию
5. Лапароскопию

39. Наиболее частый путь распространения генитального туберкулеза:

1. Лимфогенный
2. Гематогенный
3. Восходящий
4. Воздушно-капельный
5. Контактный;

40. Преимущественно половой путь передачи инфекции характерен для:

1. Хламидий
2. Вируса простого герпеса тип I
3. Трихомонад
4. Кандид
5. Стрептококков

41. Возбудители хламидийной инфекции – это:

1. Вирусы
2. Грамотрицательные бактерии

3. Гельминты
4. Грамположительные бактерии
5. Микроорганизмы, занимающие промежуточное положение между грамотрицательными бактериями и вирусами

42. Хламидийная инфекция у взрослых распространяется преимущественно:

1. Воздушно-капельным путем
2. Через кровь во время инъекции
3. Половым путем
4. Алиментарным путем
5. Всеми вышеперечисленными путями

43. В лечении хламидиоза из перечисленных антибиотиков эффективны:

1. Сумамед
2. Эритромицин
3. Ампициллин
4. Клиндамицин
5. Доксициклин

44. Для лечения гарднереллеза целесообразно применение у пациентов:

1. Цефалоспоринов
2. Фторхинолонов
3. Линкозамидов
4. Пенициллинов
5. Тетрациклинов

45. Путем распространения микоплазменной инфекции не является:

1. Восходящий
2. Половой
3. Гематогенный
4. Трансплацентарный
5. Бытовой

46. Влагилищная трихомонада относится:

1. К простейшим
2. К бактериям
3. К вирусам
4. К паразитам
5. К грибам

47. Для трихомонадного кольпита наиболее типичны выделения из влагалища:

1. Белые, творожные

2. Серые, с аминным запахом
3. Прозрачные, слизистые
4. Желтозеленые, пенистые
5. Серозные с прожилками крови

48. Критерии этиологической излеченности трихомониаза:

1. Благоприятные результаты клинического и лабораторного исследований в течение 2–3 менструальных циклов
2. Отсутствие клинических проявлений трихомонадной инфекции
3. Отсутствие трихомонад при исследовании выделений из уретры, влагалища и прямой кишки сразу после окончания лечения
4. Отсутствие трихомонад при исследовании выделений из уретры, влагалища и прямой кишки через 7 дней после окончания лечения
5. Все вышеперечисленные

49. В соответствии с существующей классификацией гонореи различают:

1. Свежую гонорею
2. Хроническую гонорею
3. Латентную гонорею
4. Гонококконосительство
5. Все вышеперечисленное

50. Гонорейную этиологию воспалительного процесса в области придатков матки можно (с большой долей вероятности) предположить:

1. При наличии двустороннего сальпингоофорита у первично бесплодной женщины
2. При сочетании двустороннего сальпингоофорита с уретритом, бартолинитом
3. При отсутствии эффекта от антибактериальной терапии
4. При появлении кольпита, цервицита вскоре после половой связи
5. При быстром эффекте от проводимой терапии

51. Идентификацию гонококка осуществляют по следующим признакам:

1. Диплококк
2. Расположен внутриклеточно
3. Грамотрицательный
4. Грамположительный
5. Расположен внеклеточно

52. Диагностика гонореи основывается на:

1. Обнаружении гонококков в мазках
2. Клинических проявлениях
3. Данных анамнеза

4. Обнаружении гонококка в посеве материала на специально созданные искусственные питательные среды
5. Данных общего анализа крови

53. Лечение пациенток с хронической гонореей не включает:

1. Иммунотерапию специфическую и неспецифическую
2. Пирогенал
3. Санаторно-курортное лечение
4. Антибактериальную терапию
5. Физиотерапию

54. Критерии излеченности гонореей определяются у пациенток после проведенного лечения в течение:

1. 1 месяц
2. 2 месяца
3. 3 месяца
4. 4 месяца
5. 5 месяцев

55. К развитию кандидозного вагинита предрасполагают:

1. Прием гормональных контрацептивов
2. Беременность
3. Сахарный диабет
4. Антибиотикотерапия
5. использование внутриматочного контрацептива

56. Критерием диагностики вульвовагинального кандидоза не является:

1. рН влагалища 4,0–4,5
2. Специфический «рыбный запах»
3. Обнаружение дрожжеподобных грибов или псевдогрибов в мазке по граму
4. Обнаружение дрожжеподобных грибов при культуральном исследовании материала
5. Творожистые выделения, зуд

57. Инфицирование какими микроорганизмами требует лечения обоих половых партнеров?

1. Трихомонады
2. Хламидии
3. Стрептококк
4. Вирус простого герпеса
5. Палочка Дедерлейна

58. Возможные осложнения воспалительных заболеваний органов малого таза:

1. Эндометриоз
2. Эктопическая беременность
3. Спаечный процесс в малом тазу
4. Диспареуния
5. Гидросальпинкс

59. Хронические тазовые боли не отмечаются при:

1. Синдроме Алена-Мастерса
2. Варикозном расширении вен малого таза
3. Эндометриозе
4. Остеохондрозе
5. Хроническом цервиците

Тема 6: «Фоновые, предраковые и доброкачественные заболевания органов репродуктивной системы женщины»

1. Основной клинический симптом подслизистой миомы матки:

1. Хроническая тазовая боль
2. Альгодисменорея
3. Меноррагия
4. Бели
5. Вторичное бесплодие

2. Схваткообразные боли при миоме матки могут быть обусловлены:

1. Перекрутом ножки подбрюшинных узлов
2. Сочетанием с аденомиозом
3. Интрамуральным расположением узла
4. Быстрым ростом миомы матки
5. Подслизистым расположением узла

3. При субсерозном расположении миоматозных узлов размерами от 5 до 10 см характерны:

1. Болевой синдром
2. Нарушение менструальной функции
3. Нарушение функции соседних органов
4. Отсутствие клинических проявлений
5. Бели

4. Для интралигаментарного расположения узла миомы характерно:

1. Острая боль из-за перекрута ножки опухоли
2. Гиперполименорея

3. Матка увеличена, деформирована, причудливой формы
4. Матка не увеличена, справа или слева рядом с маткой определяется малоподвижный узел, смещающий матку в противоположную сторону
5. Сдавление мочеочника

5. Нарушение функции смежных органов характерно при локализации узлов миомы:
 1. Подслизистой
 2. Анте- и ретроцервикальной
 3. Интралигаментарной
 4. Интрамуральной

6. Осложнениями, возникающими при миоме матки, являются:
 1. Некроз миоматозного узла
 2. Перекрут ножки субсерозного миоматозного узла
 3. Увеличение размеров миоматозного узла
 4. Выворот матки
 5. Нарушение функции смежных органов

7. Для субсерозного узла миомы матки на ножке характерны осложнения:
 1. Злокачественное перерождение субсерозного узла
 2. Перекрут ножки субсерозного узла
 3. Выворот матки
 4. Кровотечение
 5. Быстрый рост

8. Быстрый рост миомы матки – это:
 1. 4 – 5 недель в год
 2. 2 недели в год
 3. 6 недель в год
 4. 3 – 4 недели в год
 5. 1 – 2 недели в год

9. Субмукозную миому помогают диагностировать следующие методы исследования:
 1. Зондирование матки
 2. Лапароскопия
 3. Гистеросальпингография
 4. Пельвиография
 5. Гистероскопия

10. Наиболее достоверный метод диагностики подслизистого узла миомы матки:

1. Трансвагинальное ультразвуковое сканирование
2. Гидросонография
3. Гистероскопия
4. Метрография
5. Раздельное диагностическое выскабливание матки

11. Для дифференциальной диагностики субсерозной миомы и кисты яичника применяются:

1. Ультразвуковое исследование
3. Гистероскопия
4. Лапароскопия
5. Кольпоскопия

12. Для консервативного лечения миомы матки применяют:

1. Прогестагены
2. Физио- и бальнеотерапию
3. Агонисты гонадолиберина
4. Конъюгированные эстрогены
5. Витаминотерапию

13. Продолжительность гормонотерапии при миоме матки составляет:

1. 3 месяца
2. 3 – 6 месяцев
3. 6 – 9 месяцев
4. 12 месяцев
5. 15 месяцев

14. Противопоказания к консервативному лечению пациенток с миомой матки все, кроме:

1. Подслизистая миома матки
2. Подозрение на злокачественное перерождение миомы
3. Сочетание миомы матки с опухолями половых органов другой локализации
4. Некроз миоматозного узла
5. Миома матки небольших размеров без клинических симптомов

15. Показания к хирургическому лечению миомы матки:

1. Миома матки, превышающая размеры 12-ти недельной беременности; быстрый рост опухоли
2. Субмукозное расположение узлов; интерстициальные узлы с центрипетальным ростом

3. Сочетание миомы матки с опухолями яичников и аденомиозом
4. Симптомное течение миомы
5. Все вышеперечисленные

16. Показания для экстренной операции при миоме матки:

1. Рождающийся подслизистый узел
2. Нарушение кровоснабжения, некроз узла
3. Перекрут ножки подбрюшинного узла
4. Быстрый рост опухоли
5. Размер матки более 16 недель

17. Консервативная миомэктомия проводится:

1. У пациенток репродуктивного возраста
2. При подбрюшинном расположении узла миомы на ножке
3. Для сохранения менструальной функции женщины
4. Для сохранения генеративной функции женщины
5. Все вышеперечисленное верно

18. Консервативную миомэктомию целесообразно проводить:

1. Накануне менструации
2. В середине менструального цикла
3. В середине 2-ой фазы менструального цикла
4. В середине 1-ой фазы менструального цикла
5. В начале 2-ой фазы менструального цикла

19. После консервативной миомэктомии беременность возможна:

1. Через 1 – 3 месяца
2. Через 6 месяцев
3. Через 12 месяцев
4. Через 9 – 12 месяцев
5. Через 24 месяца

20. Факторы, способствующие развитию аденомиоза все, кроме:

1. Выскабливания матки
2. Операции кесарева сечения
3. Консервативной миомэктомии
4. Высокой ампутации матки
5. Резекции яичников

21. Для эндометриoidных гетеротопий характерно:

1. Наличие соединительнотканной капсулы
2. Способность к инфильтрирующему росту
3. Клеточная атипия

4. Способность к гематогенному диссемированию
5. Наличие желез и стромы

22. К внутреннему генитальному эндометриозу относят эндометриоз:

1. Яичников
2. Маточных труб
3. Серозного покрова прямой и сигмовидной кишки
4. Широких, крестцово-маточных и круглых связок
5. Тела матки

23. К наружному генитальному эндометриозу относят:

1. Эндометриоз влагалища
2. Аденомиоз
3. Эндометриоз крестцово-маточных связок
4. Эндометриоз пупка
5. Ретроцервикальный эндометриоз

24. Для эндометриоза характерны симптомы:

1. Боли
2. Асцит
3. Дисменоррагии
4. Нарушение функции соседних органов
5. Бесплодие

25. Аденомиоз – это:

1. Инвазия эндометрия клетками плоскоклеточной карциномы из шейки матки
2. Инвазия миометрия нормальными клетками эндометрия
3. Инвазия тканей малого таза при аденокарциноме эндометрия
4. Инвазия миометрия аденокарциномой эндометрия
5. Это предрак эндометрия

26. На аденомиоз могут указывать следующие симптомы:

1. Гиперполименорея
2. Бесплодие
3. Альгоменорея
4. Снижение гемоглобина
5. Все вышеперечисленные

27. Наиболее характерными симптомами наружного генитального эндометриоза являются:

1. Диспареуния
2. Бесплодие

3. Тазовые боли во время менструации и в межменструальный период
4. Субфебрильная лихорадка
5. Обильные менструации

28. Основной клинический симптом эндометриоза шейки матки:

1. Альгодисменорея
2. Менометроррагия
3. Пред- и постменструальные кровянистые выделения
4. Бесплодие
5. Боли при половом акте

29. При ретроцервикальном эндометриозе 3 – 4-й стадии накануне и в дни менструации отмечаются:

1. Резкие «стреляющие» боли, иррадиирующие во влагалище и прямую кишку
2. Метеоризм, задержка стула
3. Примесь крови в кале
4. Нарушение мочеиспускания
5. Все вышеперечисленное

30. Перечислите основные клинические проявления перитонеального эндометриоза:

1. Обильные и длительные менструации
2. Тазовая боль
3. Галакторея
4. Бесплодие
5. Межменструальные кровянистые выделения

31. 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

32. Механизм развития бесплодия при эндометриозе:

1. Развивающиеся воспалительный и спаечный процессы
2. Нарушение сократительной функции матки и труб высвобождающимся повышенным количеством простагландина F_{2б} из гетеротопий
3. Развивающийся при эндометриозе синдром лютеинизации неовулировавшего фолликула
4. Все вышеперечисленное

33. Эндометриоз влагалища следует дифференцировать:

1. С язвенным кольпитом
2. С раком влагалища
3. С метастазами хориокарциномы во влагалище
4. С кистой гартнерового хода

34. При ретроцервикальной локализации процесса эндометриоидные гетеротопии располагаются:

1. В ректовагинальной клетчатке
2. На крестцово-маточных связках
3. На серозном покрове прямой кишки
4. На брюшине прямокишечно-маточного пространства
5. Все вышеперечисленное верно

35. Варианты локализации экстрагенитального эндометриоза:

1. Прямая кишка
2. Мочевой пузырь
3. Послеоперационный рубец
4. Область пупка
5. Все перечисленные локализации

36. Для подтверждения диагноза аденомиоза должны быть использованы следующие дополнительные методы исследования:

1. Гистеросальпингография
2. Гистероскопия
3. Диагностическое выскабливание
4. Ультразвуковое исследование
5. Лапароскопия

37. Наиболее благоприятным сроком для диагностики аденомиоза с помощью гистероскопии является:

1. За 2 – 3 дня до менструации
2. На 14 – 15-й день менструального цикла
3. На 18 – 20-й день менструального цикла
4. На 6 – 7-й день менструального цикла
5. На 21 – 23 день менструального цикла

38. Методы диагностики эндометриоза гениталий все, кроме:

1. Ультразвуковое исследование
2. Лапароскопия, кольпоскопия, гистероскопия
3. Биопсия эндометрия
4. Метросальпингография
5. Бактериологическое исследование содержимого влагалища

39. Укажите рентгенологические признаки внутреннего эндометриоза тела матки:

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

40. Характерными эхографическими признаками эндометриоидной кисты яичника являются:

1. Относительно небольшие размеры кисты, диаметр которой не превышает 7 см
2. Расположение сбоку от матки
3. Мелкоточечная внутренняя структура (мелкодисперсная эхопозитивная взвесь на фоне повышенного уровня звукопроводимости)
4. Двойной контур образования
5. Неправильная форма образования

41. Для верификации диагноза перитонеального эндометриоза достаточно:

1. Клинических данных
2. Клинических данных и трансвагинальной эхографии
3. Клинических данных и лапароскопии при условии обнаружения типичных эндометриоидных гетеротопий
4. Клинических данных и цитологического исследования пунктата из брюшной полости
5. Клинических данных и лапароскопии с последующим гистологическим исследованием биоптатов

42. Наиболее информативным методом диагностики малых форм эндометриоза является:

1. Гистеросальпингография
2. Гистероскопия
3. Кимопертубация
4. Лапароскопия
5. Кольпоскопия

43. При лапароскопии, проведенной во второй фазе менструального цикла, у пациенток с «малыми» формами эндометриоза обнаруживают:

1. Гетеротопии точечного типа
2. Гетеротопии типа пятен синюшно-багрового цвета
3. Рубцовую ткань, окружающую имплантанты
4. «Типичный» спаечный процесс в малом тазу
5. Просовидные высыпания белесоватого цвета

44. Лапароскопическими признаками типичной эндометриоидной кисты являются:

1. Киста яичника не более 12 см в диаметре (в основном, 7 – 8 см)
2. Спайки с боковой поверхностью таза и/или с задним листком широкой связки
3. Дегтеподобное, густое, шоколадного цвета содержимое
4. Цвета «сгоревшего пороха» или мелкие красные или синие пятна со сморщиванием поверхности

45. Для диагностики ретроцервикального эндометриоза используют следующие дополнительные методы:

1. Ультразвуковое исследование
2. Лапароскопию
3. Ректороманоскопию
4. Обзорную рентгенографию органов брюшной полости
5. Кольпоскопию

46. Для подтверждения диагноза эндометриоза шейки матки необходимо произвести все исследования, кроме:

1. Кольпоскопии
2. Ректороманоскопии
3. Гистологического исследования биопсийного материала
4. Цервикоскопии
5. Лапароскопии

47. Эндометриоз яичников необходимо дифференцировать:

1. С рецидивирующим воспалением придатков матки
2. С пельвиоперитонитом
3. С раком яичников
4. С субсерозной миомой матки
5. Со всем вышеперечисленным

48. При выборе метода лечения эндометриоза необходимо принимать во внимание:

1. Возраст пациентки, индивидуальную переносимость лекарственных средств
2. Локализацию эндометриоза
3. Степень распространенности процесса
4. Наличие сопутствующих заболеваний
5. Все вышеперечисленное

49. В комплексном лечении пациенток с эндометриозом применяют все, кроме:

1. Седативные средства
2. Иммуномодуляторы
3. Ингибиторы протеаз
4. Тепловые процедуры
5. Противовоспалительные средства

50. В лечении пациенток с эндометриозом могут быть использованы следующие физические факторы:

1. Магнитотерапия
2. Радоновые ванны
3. Йодобромные ванны
4. Грязелечение
5. Низкоинтенсивное лазерное излучение

51. Для гормональной терапии эндометриоза применяют:

1. Эстрогенгестагенные лекарственные средства
2. Чистые гестагены
3. Конъюгированные эстрогены
4. Антигонадотропины
5. Агонисты гонадотропинрилизинггормона

52. Для лечения наружного генитального эндометриоза применяют:

1. Грязевые аппликации на зону «трусов»
2. Агонисты гонадотропинрилизинггормона
3. Конъюгированные эстрогены
4. Антигонадотропины
5. Гестагены

53. Оптимальная длительность лечения пациенток с аденомиозом агонистами гонадолиберина составляет:

1. 3 месяца
2. 5 месяцев
3. 6 – 9 месяцев
4. 12 месяцев
5. 18 месяцев

54. Об эффективности гормональной терапии эндометриоза свидетельствуют:

1. Уменьшение кровопотери во время менструации
2. Двухфазная базальная температура
3. Уменьшение болевого синдрома

4. Восстановление генеративной функции
5. Все вышеперечисленное

55. Хирургическое лечение у пациенток с аденомиозом проводят при:

1. Отсутствии эффекта от комплексной терапии в течение 6 месяцев
2. Сочетании аденомиоза с миомой матки
3. Противопоказаниях к гормональной терапии
4. Аденомиозе 3 – 4 стадии
5. Всех вышеперечисленных

56. Киста яичника, содержимое которой «шоколадного цвета», обнаруживается при:

1. Гормонопродуцирующих опухолях
2. Эпителиальных опухолях
3. Эндометриозе яичников
4. Раке яичника
5. Герминогенных опухолях

57. Эндометриоидную кисту яичника следует дифференцировать:

1. С воспалительным образованием придатков матки
2. С кистой яичника
3. С субсерозной миомой матки
4. Все ответы верны
5. Все ответы неверны

58. К доброкачественным опухолям яичников относятся все, кроме

1. Серозной цистаденомы
2. Муцинозной цистаденомы
3. Опухоли Бреннера
4. Аденокарциномы
5. Фибромы яичника

59. К опухолевидным процессам в яичнике относятся:

1. Фолликулярная киста
2. Киста желтого тела
3. Эндометриоз
4. Дермоидная киста
5. Параовариальная киста

60. Гормонопродуцирующие опухоли яичников все, кроме:

1. Гранулезоклеточной опухоли
2. Андробластомы
3. Текомы

4. Фибромы
5. Опухоль Бреннера

61. Особенности фибромы яичников:
1. Сопровождается синдромом Мейгса
 2. Чаще бывают двухсторонними
 3. Гормонально активная опухоль
 4. Часто малигнизируется
 5. Отличается быстрым ростом

62. Нарушение менструальной функции характерно для:
1. Серозной цистаденомы
 2. Муцинозной цистаденомы
 3. Опухоли Бреннера
 4. Гранулезноклеточной опухоли
 5. Зрелой кистозной тератомы

63. Для серозной цистаденомы характерно следующее:
1. Происходит из поверхностного эпителия яичника
 2. Часто односторонняя
 3. Выстлана эпителием, подобным слизистой фаллопиевых труб
 4. Не имеет специфических симптомов
 5. Ничего из перечисленного

64. Какая из перечисленных опухолей яичников продуцирует андрогены?
1. Фолликулома
 2. Дисгерминома
 3. Андробластома
 4. Тератома
 5. Опухоль Бреннера

65. Какая из указанных опухолей яичника чаще подвергается озлокачествлению:
1. Простая серозная цистаденома
 2. Муцинозная цистаденома
 3. Дермоидная киста
 4. Папиллярная цистаденома
 5. Фиброма яичника

66. Для эхографической картины фолликулярной кисты яичника характерно:
1. Толстая капсула, гипозоногенное содержимое, умеренный эффект усиления
 2. Однокамерное образование округлой формы с однородной внутренней структурой, анэхогенной

3. Неоднородность внутренней структуры
4. Наличие гиперэхогенного включения
5. Двусторонняя локализация

67. Тактика при выявлении гранулезоклеточной опухоли яичника:

1. Динамическое наблюдение
2. Лечение эстроген-гестагенными лекарственными средствами
3. Лечение антиэстрогенами
4. Лечение гестагенами
5. Радикальная операция

68. Лечение опухоли яичника во время беременности:

1. Наблюдение до срока родов
2. Консервативное лечение
3. Операция после 16 недель беременности
4. Операция в любом сроке беременности
5. Операция в послеродовом периоде

69. Объем хирургического лечения при доброкачественных опухолях яичников в репродуктивном возрасте:

1. Удаление опухоли яичника в пределах здоровой ткани
2. Удаление придатков матки с опухолью яичников
3. Двустороннее удаление придатков матки
4. Удаление придатков матки с опухолью яичников, удаление большого сальника
5. Удаление матки и придатков матки с опухолью яичников

70. Из перечисленных образований яичника не удаляется:

1. Муцинозная цистаденома
2. Простая серозная киста
3. Доброкачественная тератома (дермоидная киста)
4. Текалютеиновая киста
5. Текома

71. При операции по поводу паровариальной кисты следует произвести:

1. Вылущивание кисты
2. Удаление придатков матки на стороне поражения
3. Удаление яичника на стороне поражения
4. Резекцию яичника на стороне поражения
5. Вылущивание кисты и биопсию яичника

72. Методами лечения у пациенток с пограничной опухолью яичника являются:

1. Хирургический
2. Гормональный
3. Химиотерапевтический
4. Лучевой
5. Комбинированный

73. У женщины в постменопаузальном периоде при профосмотре обнаружено бугристое образование в области придатков. Необходимо:

1. Назначить лечение гестагенами на 6 месяцев
2. Взять мазок на онкоцитологию и повторить осмотр через 6 недель
3. Провести рентгенологическое обследование для исключения остеопороза
4. Определить количество общих эстрогенов в суточной моче
5. Провести срочное обследование и госпитализировать для хирургического лечения

74. К предраку вульвы относят:

1. Лейкоплакию вульвы
2. Крауроз вульвы
3. Хронические вульвиты
4. Дисплазию вульвы
5. Остроконечные кондиломы вульвы

75. Крауроз, лейкоплакия и рак вульвы диагностируются:

1. Визуальным осмотром
2. Цитологическим исследованием соскобов и отпечатков с поверхности вульвы
3. Морфологическим исследованием биоптата
4. Ультразвуковым исследованием
5. Кольпоцитологическим исследованием

76. Для крауроза вульвы характерны все перечисленные клинические симптомы, кроме

1. Сморщивания больших и малых половых губ
2. Зуда в области клитора
3. Сухости кожнослизистых покровов вульвы
4. Сужения входа во влагалище
5. Отека тканей вульвы

77. К фоновым процессам покровного эпителия шейки матки относятся:

1. Псевдоэрозия

2. Истинная эрозия
3. Лейкоплакия без атипии
4. Полип
5. Дисплазия

78. К предраку шейки матки относятся:

1. Лейкоплакия шейки матки с атипией
2. Дисплазия шейки матки
3. Папиллома шейки матки
4. Ретенционные кисты шейки матки
5. Эктропион шейки матки

79. Лейкоплакию шейки матки следует дифференцировать:

1. С твердым шанкром
2. С плоской кондиломой
3. С неосложненной эктопией шейки матки
4. С раком шейки матки
5. С эктропионом шейки матки

80. Дисплазия шейки матки характеризуется всем перечисленным, кроме:

1. В процесс не вовлекаются поверхностный эпителий и строма
2. В толще эпителиального слоя появляются клетки с различной степенью атипии покровного эпителия шейки матки
3. Нарушается слоистость эпителиального слоя
4. На поверхности всегда сохраняется слой неизмененных клеток плоского эпителия

81. Основные формы дисплазии шейки матки:

1. Простая или легкая
2. Осложненная
3. Средней тяжести
4. Тяжелая
5. Неосложненная

82. Тяжелая дисплазия эпителия шейки матки – это:

1. Предрак шейки матки
2. Начальная форма рака шейки матки
3. Фоновый процесс шейки матки
4. Дисгормональная гиперплазия шейки матки
5. Хронический воспалительный процесс шейки матки

83. Какому инфекционному агенту отводится роль основного этиологического фактора в развитии дисплазии и рака шейки матки?

1. Бактериальной инфекции
2. Вирусу простого герпеса
3. Вирусу папилломы человека
4. Хламидиозу
5. Микоплазмозу

84. Лечение предраковых процессов шейки матки производится методами:

1. Электрокоагуляция
2. Ножевая конусовидная ампутация
3. Электроэксцизия
4. Лазерное выпаривание атипических участков эктоцервикса
5. Всеми вышеперечисленными

85. Наиболее благоприятный период менструального цикла для проведения диатермокоагуляции эрозии шейки матки:

1. В дни менструации
2. Сразу после менструации
3. В период овуляции
4. За 2 – 3 дня до менструации
5. Сразу после овуляции

86. Наиболее типичные осложнения после диатермокоагуляции шейки матки:

1. Кровотечение при отторжении струпа
2. Эндометриоз влагалищной части шейки матки
3. Заращение наружного зева шейки матки
4. Посткоагуляционный синдром
5. Все вышеперечисленные

87. Гиперпластические процессы эндометрия развиваются чаще всего на фоне:

1. Ановуляции
2. Ожирения
3. Сахарного диабета
4. Гипертонической болезни
5. Всего вышеперечисленного

88. Гиперплазия эндометрия развивается вследствие:

1. Гиперпрогестеронемии
2. Гиперэстрогенемии
3. Гиперпролактинемии

4. Использования комбинированных эстрогенгестагенных препаратов
5. Генетически обусловленной пролиферации базальных клеток эндометрия

89. Фоновыми заболеваниями эндометрия являются все, кроме:

1. Железистой гиперплазии
2. Железисто-фиброзного полипа эндометрия
3. Железисто-кистозной гиперплазии
4. Атипичической гиперплазии
5. Фиброзного полипа эндометрия

90. К предраку эндометрия относятся:

1. Атипичическая гиперплазия эндометрия
2. Железистая гиперплазия эндометрия в сочетании с гипоталамическими и нейроэндокринообменными нарушениями
3. Рецидивирующая гиперплазия эндометрия в пери- и постменопаузе
4. Аденоматозный полип эндометрия
5. Все вышеперечисленное

91. Наиболее распространенными типами гиперплазии эндометрия являются:

1. Железистая гиперплазия
2. Железисто-кистозная гиперплазия
3. Аденоматозная гиперплазия
4. Аденоматозные полипы эндометрия
5. Фиброзные полипы эндометрия

92. Дифференциальную диагностику гиперпластических процессов эндометрия следует проводить:

1. С субмукозным узлом миомы
2. С раком эндометрия
3. С гормональноактивной опухолью яичника
4. Со всем вышеперечисленным

93. Рецидивирующая железистая гиперплазия эндометрия в период постменопаузы является:

1. Опухолью
2. Особенностью гормональной перестройки
3. Вариантом нормы
4. Предраком эндометрия
5. Фоновой патологией

94. Относительно аденокарциномы эндометрия являются верными утверждения:

1. Сочетается с ожирением, гипертензией, сахарным диабетом
2. Связана с использованием внутриматочных контрацептивов
3. Связана с гиперэстрогенией
4. Развивается на фоне аденоматоза эндометрия
5. Связана с повышением гестагенов

95. Для фиброзных полипов эндометрия характерно:

1. Железы отсутствуют или единичные
2. Эпителий желез нефункционирующий
3. Чаще встречаются в постменопаузе
4. Железистый компонент преобладает над стромальным
5. Часто подвергаются малигнизации

96. Пациентки с полипами цервикального канала предъявляют жалобы на:

1. Боли внизу живота
2. Учащенное мочеиспускание
3. Контактные кровотечения
4. Бесплодие
5. Гнойные выделения из влагалища

97. О наличии гиперпластического процесса эндометрия можно судить на основании:

1. Цитологического исследования аспирата из полости матки
2. Гистеросальпингографии
3. Гистероскопии
4. Раздельного диагностического выскабливания матки
5. Данных влагалищного исследования

98. Для терапии гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста используют:

1. Эстроген-гестагенные лекарственные средства
2. Антигонадотропины
3. Антиэстрогены
4. Андрогены
5. Эстрогены

99. Для терапии гиперпластических процессов эндометрия у женщин пременопаузального возраста используют:

1. Эстроген-гестагенные лекарственные средства
2. Прогестагены
3. Агонисты гонадотропин-рилизинг-гормонов

4. Андрогены
5. Эстрогены

Тема 7: «Неотложная помощь в гинекологии»

1. Причиной внутрибрюшного кровотечения могут быть все перечисленные ниже заболевания, кроме:

1. Апоплексии яичника
2. Перфорации матки во время медицинского аборта
3. Подкапсульного разрыва селезенки
4. Перекрута ножки опухоли яичника
5. Внематочной беременности, нарушенной по типу трубного аборта

2. Клинические критерии оценки тяжести состояния больной при острой массивной кровопотере:

1. Частота сердечных сокращений
2. Артериальное давление и центральное венозное давление
3. Почасовой диурез
4. Цвет кожи и температура тела
5. Все перечисленное выше

3. Экстренная госпитализация в гинекологический стационар показана во всех перечисленных ниже случаях, кроме:

1. Перекрута ножки опухоли яичника
2. Рождения подслизистого миоматозного узла
3. Миомы матки
4. Острого гнойного воспаления придатков матки
5. Внематочной беременности, нарушенной по типу трубного аборта

4. Причиной эктопической беременности могут быть:

1. Спаечный процесс в малом тазу
2. Генитальный инфантилизм
3. Хирургические вмешательства на органах малого таза
4. Вагинит
5. Использование внутриматочного контрацептива

5. К возникновению внематочной беременности предрасполагают:

1. Нарушение сократительной активности маточных труб
2. Киста яичника
3. Возраст женщины
4. Патология шейки матки
5. Хронические воспалительные процессы женских половых органов

6. Наиболее часто встречающаяся форма внематочной беременности:

1. Брюшная беременность
2. Яичниковая беременность
3. Беременность в рудиментарном роге матки
4. Трубная беременность
5. Шеечная беременность

7. Прерывание трубной беременности по типу трубного аборта происходит чаще в сроке беременности:

1. 11 – 12 недель
2. 9 – 10 недель
3. 4 – 6 недель
4. 8 – 9 недель
5. Все вышеперечисленное верно

8. Трубная беременность чаще прерывается по типу трубного аборта при локализации плодного яйца:

1. В истмической части трубы
2. В интерстициальном отделе трубы
3. В ампулярном отделе трубы

9. При какой локализации плодного яйца в маточной трубе наблюдается наиболее обильное внутрибрюшное кровотечение?

1. В интерстициальном отделе трубы
2. В ампулярном отделе трубы
3. В истмическом отделе трубы

10. Клинические проявления прервавшейся внематочной беременности зависят от:

1. Локализации плодного яйца
2. Характера прерывания (разрыв трубы, трубный аборт)
3. Срока беременности
4. Возраста женщины
5. Всего вышеперечисленного

11. Основные клинические симптомы разрыва маточной трубы:

1. Резкая приступообразная боль внизу живота
2. Френикус-симптом
3. Головокружение, кратковременная потеря сознания
4. Менструалоподобные выделения из матки
5. Все вышеперечисленное

12. Из нижеперечисленных симптомов укажите наиболее характерный для трубного выкидыша:

1. Темно-коричневые дегтеобразные скудные кровянистые выделения из половых путей
2. Выделение из сосков секрета молочного цвета
3. Цианоз слизистой влагалища и шейки матки
4. Яркие кровянистые выделения из половых путей
5. Падение артериального давления

13. Наиболее характерные изменения эндометрия при внематочной беременности:

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

14. При влагалищном исследовании признаками, свидетельствующими о разрыве трубы, могут быть:

1. «Крик Дугласа»
2. «Плавающая» матка
3. Болезненность при смещении шейки матки
4. Нависание заднего свода влагалища
5. Все вышеперечисленные

15. Абсолютным эхографическим признаком внематочной беременности является:

1. Ложное плодное яйцо
2. Увеличение толщины мѣхо матки
3. Визуализация эктопически расположенного плодного яйца с живым эмбрионом
4. Визуализация однокамерного анэхогенного образования, расположенного рядом с маткой
5. Визуализация жидкости в заднем своде

16. Прогрессирующая трубная беременность может быть достоверно диагностирована с помощью:

1. Бимануального исследования
2. Ультразвукового исследования
3. Выскабливания полости матки
4. Пункции брюшной полости через задний свод влагалища
5. Теста на беременность

17. Трубный аборт (без значительного внутрибрюшного кровотечения) надо дифференцировать с:

1. Самопроизвольным выкидышем малого срока
2. Обострением хронического сальпингоофорита
3. Дисфункциональным маточным кровотечением
4. Аппендицитом
5. Всем вышеперечисленным

18. Диагноз «Подозрение на внематочную беременность» является показанием для:

1. Динамического наблюдения за пациенткой
2. Срочной госпитализации в стационар
3. Диагностической лапаротомии
4. Определения уровня хорионического гонадотропина в моче
5. Ультразвукового исследования

19. Диагноз «Нарушенная трубная беременность» является показанием для:

1. Экстренной лапаротомии/лапароскопии
2. Плановой лапаротомии/лапароскопии
3. Ультразвукового исследования
4. Проведения лабораторных исследований
5. Пункции заднего свода

20. У пациентки диагностирована прогрессирующая внематочная беременность. Показано:

1. Консервативное противовоспалительное лечение
2. Оперативное лечение в экстренном порядке
3. Оперативное лечение в плановом порядке
4. Динамическое наблюдение на фоне инфузионной терапии
5. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения

21. Укажите современные методы лечения прогрессирующей трубной беременности:

1. Кульдоскопия
2. Введение метотрексата в полость плодного яйца под контролем ультразвукового исследования
3. Лапаротомия, удаление маточной трубы
4. Лапароскопия, сальпинготомия, удаление элементов трофобласта
5. Лапароскопия, удаление маточной трубы

22. Лечебные мероприятия при трубном аборте должны включать:

1. Наблюдение на фоне антибактериальной терапии
2. Лапаротомию после развития клиники внутрибрюшного кровотечения
3. Назначение лекарственных средств, повышающих свертываемость крови
4. Немедленную лапаротомию (лапароскопию) и удаление трубы
5. Проведение гормонального гемостаза

23. Условиями для консервативнопластической операции при трубной беременности являются:

1. Возраст пациентки не старше 35 лет
2. Удовлетворительное состояние
3. Незначительная кровопотеря
4. Наличие единственной маточной трубы
5. Срок беременности до 12 недель

24. При тяжелом состоянии женщины, связанном с нарушенной трубной беременностью, показано:

1. Безотлагательное удаление источника кровотечения (маточной трубы)
2. Немедленное переливание крови и кровезаменителей
3. Надежный гемостаз
4. Все вышеперечисленное
5. Ничего из вышеперечисленного

25. При массивном кровотечении во время медицинского аборта, обусловленного шеечной беременностью, необходимо:

1. Ускорить удаление плодного яйца кюреткой
2. Попытаться удалить плодное яйцо пальцем
3. Выполнить лапаротомию, экстирпацию матки
4. Удалить плодное яйцо с помощью вакуум-эксхлеатора

26. Апоплексия яичника – это:

1. Внезапно наступившее кровоизлияние в яичник, сопровождающееся нарушением целостности его ткани и кровотечением в брюшную полость
2. Нагноение яичника
3. Остро возникшее нарушение кровоснабжения яичника
4. Все ответы неверны
5. Все ответы верны

27. Для апоплексии яичника характерно все, кроме:

1. Болей внизу живота, возникающих на фоне полного благополучия

2. Наружного кровотечения
3. Отрицательных биологических реакций на беременность
4. Резко выраженного нарастания числа лейкоцитов в крови
5. Нерезко выраженных симптомов раздражения брюшины

28. У пациентки с клиническим диагнозом апоплексии яичника показанием к операции является:

1. Наличие воспаления придатков матки в анамнезе
2. Нарушение менструальной функции в анамнезе
3. Болевой синдром
4. Внутрибрюшное кровотечение
5. Поликистоз яичников

29. При значительном кровотечении в брюшную полость у пациентки с апоплексией яичника показано:

1. Лапаротомия, резекция яичника
2. Лапаротомия, ушивание разрыва яичника
3. Наблюдение дежурного врача за динамикой симптомов, по показаниям гемотрансфузия
4. Консервативная терапия: покой, холод на низ живота, общеукрепляющая терапия
5. Противовоспалительное лечение

30. Риск перфорации матки при выскабливании возрастает:

1. При многочисленных абортах в анамнезе
2. При эндометрите
3. При пузырном заносе
4. У многорожавших женщин
5. При всем перечисленном

31. Клиника перфорации матки во время искусственного аборта (при применении анестезиологического пособия) включает все, кроме:

1. Инструмент внезапно уходит на большую глубину, не встречая сопротивления стенок матки
2. Начавшегося кровотечения
3. Резкой болевой реакции
4. Падения артериального давления
5. Тахикардии, бледности кожных покровов

32. Консервативное лечение при перфорации матки зондом возможно во всех случаях, за исключением:

1. Отсутствия кровотечения
2. Отсутствия симптомов раздражения брюшины

3. Стабильных показателей гемодинамики
4. Повреждения соседних органов
5. Отсутствия ультразвуковых признаков внутреннего кровотечения

33. Пельвиоперитонит – это:

1. Воспаление брюшины
2. Воспаление брюшины малого таза
3. Воспаление клетчатки малого таза
4. Воспаление серозного покрова матки

34. Некроз миоматозного узла наиболее часто происходит:

1. Во время беременности
2. В послеродовом периоде
3. В послеабортном периоде
4. За 3 – 5 дней до начала менструации

35. Изменениями, связанными с нарушениями питания миоматозного узла, являются:

1. Отек
2. Некроз
3. Нагноение
4. Все вышеперечисленное

36. При перекруте ножки опухоли яичника отмечаются все перечисленные симптомы, кроме:

1. Сильные боли внизу живота, возникающие после физического напряжения
2. Неподвижная, резко болезненная опухоль в малом тазу при бимануальном исследовании
3. Симптом раздражения брюшины на стороне опухоли
4. Кровянистые выделения из половых путей
5. Тошнота, однократная рвота

37. Дифференциальный диагноз перекрута ножки опухоли яичника следует проводить с:

1. Нарушенной трубной беременностью
2. Тубоовариальным образованием воспалительной этиологии
3. Острым аппендицитом
4. Всем вышеперечисленным

38. При перекруте ножки опухоли яичника проводится:

1. Динамическое наблюдение
2. Противовоспалительное лечение

3. Срочное оперативное вмешательство

39. В анатомическую ножку опухоли яичника входят:

1. Воронкоотазовая связка яичника
2. Собственная связка яичника
3. Брыжейка яичника (mesovarium)
4. Яичниковая артерия
5. Маточная труба

40. В состав хирургической ножки опухоли яичника входит все перечисленное, кроме:

1. Воронкоотазовой связки яичника
2. Собственной связки яичника
3. Мезовариума
4. Маточной трубы
5. Круглой связки матки

41. Экстренные оперативные вмешательства при наличии доброкачественных опухолей яичников проводятся при:

1. Перекруте ножки опухоли
2. Разрыве капсулы опухоли
3. Больших размерах опухоли
4. Жидкостном содержимом опухоли
5. Наличии пристеночного комплекса

42. При разрыве пиосальпинкса проводится:

1. Консервативное лечение
2. Введение антибиотиков после лапароскопического дренирования
3. Экстирпация матки с придатками
4. Удаление пораженного органа, дренирование брюшной полости

Тема 8: «Оперативная гинекология»

1. Длительность предоперационной подготовки зависит:

1. От степени экстренности операции
2. От вида сопутствующей экстрагенитальной патологии
3. От характера гинекологического заболевания
4. От предполагаемого объема предстоящей операции
5. От всего вышеперечисленного

2. Плановая гинекологическая операция должна проводиться:

1. В дни менструации
2. В первую неделю после прекращения менструации

3. В дни ожидаемой менструации
4. Накануне менструации
5. Не имеет значения

3. При проведении полостных гинекологических операций, как правило, необходимо:

1. За три недели до операции исключить из пищевого рациона прием продуктов, богатых клетчаткой
2. За несколько дней до операции ограничить прием продуктов, богатых белками накануне операции увеличить в суточном рационе содержание углеводов в 2 раза
3. Накануне операции дать легкий обед (жидкий суп, бульон с белым хлебом, каша), вечером – сладкий чай с сухарем, в день операции – не завтракать
4. Накануне операции и в день операции – голод

4. Преимуществами поперечного надлобкового разреза передней брюшной стенки по сравнению с нижнесрединным являются все перечисленные, кроме

1. Меньшего риска эвентрации при воспалительных послеоперационных осложнениях
2. Лучшего косметического эффекта
3. Технической простоты исполнения
4. Возможности раннего вставания и более активного поведения пациентки в послеоперационном периоде
5. Меньшей вероятности развития послеоперационных грыж

5. Проведение нижнесрединной лапаротомии предпочтительнее:

1. При повторных чревосечениях с удалением старого продольного расположения рубца
2. При предполагаемом большом объеме операции
3. При необходимости тщательной ревизии органов брюшной полости
4. При молодом возрасте женщины

6. При нарушенной внематочной беременности с выраженной анемизацией пациентки проводится разрез:

1. Поперечный надлобковый якорный
2. Поперечный надлобковый по Пфанненштилю
3. Поперечный интралиальный по Черни
4. Нижнесрединный от лона до пупка
5. Нижнесрединный от лона выше пупка

7. При небольшом кровотечении из яичника, обнаруженном лапароскопически, производится:

1. Переход на лапаротомию и ушивание яичника
2. Диатермокоагуляция яичника под контролем лапароскопии
3. Переход на лапаротомию и резекция яичника
4. Переход на лапаротомию и удаление придатков матки на стороне поражения

8. При операции по поводу ретенционной кисты яичника пациентке следует произвести (при наличии технической возможности):

1. Удаление придатков
2. Удаление яичника
3. Пункцию кисты и отсасывание содержимого
4. Вылущивание кисты яичника с оставлением неизменной его ткани
5. Ничего из вышеперечисленного

9. У пациентки 32 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 обеих придатков

10. При операции по поводу паровариальной кисты следует произвести:

1. Вылущивание кисты
2. Удаление придатков на стороне поражения
3. Удаление яичника на стороне поражения
4. Резекцию яичника на стороне поражения
5. Удаление придатков с двух сторон

11. При перитоните у гинекологической пациентки показана операция в объеме:

1. Экстирпация матки с придатками
2. Надвлагалищная ампутация матки с придатками
3. Экстирпация матки с маточными трубами
4. Надвлагалищная ампутация матки с трубами
5. Все вышеперечисленное неверно

12. К консервативным операциям, проводимым на матке, относятся:

1. Отсечение подбрюшинного миоматозного узла на ножке
2. Вылущивание миоматозных узлов, расположенных межмышечно
3. Дефундация матки

4. Удаление подслизистого узла миомы под контролем гистероскопии
5. Экстирпация матки

13. Операция экстирпации матки отличается от надвлагалищной ампутации:

1. Удалением шейки матки
2. Удалением параметральной клетчатки
3. Удалением подвздошных лимфатических узлов
4. Удалением верхней трети влагалища и всего лимфатического коллектора, окружающего матку
5. Удалением маточных труб

14. При надвлагалищной ампутации матки ее отсекают:

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 3,0 см выше области внутреннего зева

15. При экстирпации матки с придатками, как правило, пересекается все перечисленное, кроме:

1. Воронкообразных связок
2. Круглых связок
3. Крестцово-маточных связок
4. Кардинальных связок
5. Маточных концов труб

16. Относительно объема операций на матке является неверным:

1. При росте миомы в постменопаузе можно ограничиться энуклеацией фиброматозного узла
2. При аденокарциноме матки производится надвлагалищная ампутация матки
3. При надвлагалищной ампутации тело матки отсекается от шейки на уровне внутреннего зева
4. При экстирпации матки отсекается на уровне влагалищных сводов
5. К радикальным операциям относится экстирпация матки

17. Тактика ведения неосложненного послеоперационного периода после влагалищной гистерэктомии:

1. Опорожнение кишечника не ранее 5-х суток
2. Ранние активные движения в постели, дыхательная гимнастика
3. Вставание на 2-е сутки
4. Длительная (до 7 дней) катетеризация мочевого пузыря

5. Ежедневный туалет швов и наружных половых органов

18. Инфузионную терапию после гинекологической операции необходимо проводить:

1. 1 день
2. 2 дня
3. 3 дня
4. 4 дня
5. 5 дней

19. Профилактика тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде включает:

1. Проведение инфузионной терапии
2. Раннее вставание
3. Назначение дипиридамола
4. Назначение отхаркивающих лекарственных средств и дыхательной гимнастики
5. Назначение низкомолекулярных гепаринов

20. Низкомолекулярные гепарины с целью профилактики тромбоэмболических осложнений следует применять:

1. 3 дня
2. 4 дня
3. 5 дней
4. 6 дней
5. 7 дней

21. Перечислите факторы риска развития тромбоэмболических осложнений в раннем послеоперационном периоде:

1. Варикозное расширение вен нижних конечностей
2. Ожирение
3. Пожилой возраст
4. Длительной оперативное вмешательство
5. Все вышеперечисленные

22. При повреждении мочевого пузыря во время гинекологической операции после ушивания дефекта показано:

1. Проведение терапии уроантисептиками
2. Выполнение пункционной нефростомии
3. Постоянная катетеризация мочевого пузыря в течение 12 – 14 дней
4. Выполнение открытой нефростомии
5. Катетеризация мочевого пузыря в течение 3 дней

23. Ранение мочеточника возможно при операции:

1. Удаление интралигаментарных опухолей
2. Высокой ампутации шейки матки
3. Простой экстирпации матки
4. Влагалищной экстирпации матки
5. Всего перечисленного

24. Повреждение мочеточника при экстирпации матки возможно:

1. В месте прилегания мочевого пузыря к матке
2. В области круглых маточных связок
3. В месте присоединения шейки матки к влагалищу
4. В месте перекреста мочеточника и маточной артерии
5. В области терминальной линии таза

25. При ранении брюшинного покрова кишечника во время полостной гинекологической операции необходимо:

1. Наложить серосерозный шов тонким кетгутом или шелком
2. Подшить место повреждения кишки к париетальной брюшине
3. Наложить стому
4. Все перечисленное
5. Ничего из перечисленного

26. О развитии перитонита в послеоперационном периоде могут свидетельствовать:

1. Застойное содержимое в желудке
2. Рвота
3. Напряжение мышц передней брюшной стенки
4. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга
5. Снижение температуры тела

Тема 9: «Детская гинекология»

1. Показания для направления девочки на осмотр к врачу акушеру-гинекологу:

1. Боли в животе в любом возрасте
2. Появление признаков полового развития в 8 лет
3. Отсутствие менструации в 15 лет
4. Туберкулез
5. Все вышеперечисленные

2. Анатомические особенности матки у новорожденной девочки:

1. Тело и шейка матки по длине и толщине равны между собой
2. Матка новорожденной располагается в брюшной полости, над вхо-

дом в малый таз; тело матки маленькое, шейка почти не выражена; отношение длины шейки и тела матки 3:1, угол между ними не выражен

3. Матка небольшая

4. Длина шейки почти в 3 раза больше длины тела матки

5. Матка имеет двурогую форму

3. Анатомо-физиологические особенности гениталий у девочек:

1. Избыточная складчатость слизистых

2. Низкая эстрогенная насыщенность

3. Недостаточная выработка гликогена

4. Истонченность и замедленная пролиферация

5. Все вышеперечисленные

4. Пубертатный период – это:

1. 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. Все вышеперечисленное

5. Признаки пубертатного периода:

1. Цирхоральный ритм секреции рилизинг-гормонов

2. Низкий синтез эстрадиола в яичниках

3. Развитие вторичных половых признаков

4. Диспропорция между ростом и массой тела

5. В гипоталамусе в незначительных количествах образуется РГ-ЛГ

6. В периоде полового созревания в организме происходят следующие основные изменения:

1. Подавление гонадотропной функции гипофиза

2. Активизация гормональной функции яичников

3. Ритм выделения фолликулостимулирующего гормона не устанавливается

4. Устанавливаются регулярные «пики» экскреции лютеинизирующего гормона

5. Ничего из вышеперечисленного

7. Характер выделения гонадотропных гормонов, присущий нормальному менструальному циклу, устанавливается в возрасте:

1. 16 – 17 лет

2. 15 – 14 лет

3. 13 – 12 лет

4. 11 – 10 лет

5. 9 лет

8. Пигментация сосков и увеличение молочных желез происходит обычно в возрасте:

1. 8 – 9 лет

2. 10 – 11 лет

3. 12 – 13 лет

4. 14 – 15 лет

5. 16 – 18 лет

9. Степень полового развития Ma_0 Ax_0 P_0 соответствует возрасту:

1. До 10 лет

2. 10 – 12 лет

3. 12 – 14 лет

4. 14 – 16 лет

5. 16 лет и старше

10. Степень полового развития Ma_1 Ax_1 P_1 соответствует возрасту:

1. До 10 лет

2. 10 – 12 лет

3. 12 – 14 лет

4. 14 – 16 лет

5. 16 лет и старше

11. Степень полового развития Ma_2 Ax_2 P_2 Me_1 соответствует возрасту:

1. до 10 лет

2. 10 – 12 лет

3. 12 – 14 лет

4. 14 – 16 лет

5. 16 лет и старше

12. При генитальном инфантилизме соотношение шейки и тела матки соответствует обычно:

1. 1:3

2. 1:2

3. 2:1

4. 1:1

5. 3:1

13. Факторы, влияющие на время наступления периода полового созревания:

1. Наследственные
2. Конституциональные
3. Масса тела, питание
4. Состояние здоровья
5. Все вышеперечисленные

14. Ювенильные маточные кровотечения у девочек чаще всего обусловлены:

1. Нарушением ритмической продукции гипоталамических, гипофизарных и яичниковых гормонов
2. Органическими заболеваниями половой системы
3. Дефицитом массы тела
4. Всем вышеперечисленным
5. Ничем из вышеперечисленного

15. При ановуляторных маточных кровотечениях в периоде полового созревания у девушек имеет место:

1. Отсутствие овуляции и лютеиновой фазы цикла
2. Персистенция фолликула
3. Атрезия фолликула
4. Все вышеперечисленное
5. Ничего из вышеперечисленного

16. В период полового созревания дисфункциональные маточные кровотечения чаще всего носят характер:

1. Овуляторных
2. Ановуляторных, ациклических
3. Ановуляторных и овуляторных
4. Ни тех, ни других

17. 15-летняя девочка доставлена в медицинское учреждение с маточным кровотечением. Первая менструация была 18 месяцев назад. У пациентки из нижеперечисленного наиболее вероятно:

1. Регулярные циклы с обильными менструациями
2. Мажущие выделения в середине цикла
3. Ановуляторное кровотечение

18. Отсутствие полового развития обусловлено:

1. Перенесенными инфекционными заболеваниями в раннем детстве
2. Перенесенными воспалительными процессами органов малого таза вирусной этиологии
3. Хромосомными заболеваниями и генной патологией
4. Семейными (конституциональными) причинами

5. Ничем из вышеперечисленного

19. Преждевременное половое развитие – это:

1. Появление вторичных половых признаков и менструации у девочек в возрасте от 10 до 11 лет
2. Появление вторичных половых признаков и менструации у девочек в возрасте 12 лет
3. Появление вторичных половых признаков в возрасте, который более чем на 2,5 стандартных отклонения ниже среднего возраста полового созревания
4. Появление вторичных половых признаков и менструации у девочек в возрасте 13 лет
5. Появление вторичных половых признаков и менструации у девочек в возрасте 14 лет

20. Преждевременное половое созревание может быть вследствие:

1. Синдрома поликистозных яичников
2. Гранулезоклеточной опухоли яичников
3. Врожденной гиперплазии коры надпочечников
4. Гипопитуитаризма
5. Опухоли гипоталамуса

21. Задержка полового развития – это отсутствие:

1. Вторичных половых признаков к 14 годам, менструации к 16 годам
2. Вторичных половых признаков к 12 годам, менструации к 16 годам
3. Вторичных половых признаков к 14 годам, менструации к 18 годам
4. Вторичных половых признаков к 12 годам, менструации к 18 годам
5. Отсутствие проявлений полового созревания у девочек, хронологический возраст которых на 2,5 стандартных отклонения превышает средний возраст начала полового созревания (13 лет – для телархе, 15 лет – для менархе)

22. Основными причинами задержки полового развития центрального генеза являются:

1. Нарушение регулирующей функции гипоталамуса
2. Наследственная неполноценность гипоталамуса и гипофиза
3. Инфекционно-токсические заболевания (хронический тонзиллит, ревматизм, вирусный грипп)
4. Стрессовые ситуации
5. Все вышеперечисленное

23. Задержка полового развития яичникового генеза обусловлена:

1. Резким снижением гормональной функции яичников

2. Гипергонадотропной активностью гипофиза
 3. Отсутствием хромосомной патологии
 4. Всем перечисленным
 5. Ничем из вышеперечисленного
24. Ложное преждевременное половое созревание гетеросексуального типа чаще всего обусловлено:
1. Автономной продукцией андрогенов
 2. Врожденной гипоплазией коры надпочечников
 3. Перинатальными причинами (гипоксия, родовая травма)
 4. Внутритрубным инфицированием
 5. Перенесенными воспалительными процессами центральной нервной системы
25. Основные клинические признаки задержки полового развития:
1. Аменорея
 2. Опсоменорея
 3. Олигоменорея
 4. Все вышеперечисленные
 5. Ничего из вышеперечисленного
26. Внешний вид при задержке полового развития:
1. Евнухоидное телосложение
 2. Костный возраст соответствует календарному
 3. Вторичные половые признаки недоразвиты
 4. Молочные железы неразвиты
 5. Верно все вышеперечисленное
27. Основными клиническими признаками истинного преждевременного полового созревания центрального генеза являются все перечисленные, кроме:
1. Неврологической симптоматики
 2. Отсутствия менструации до 15 – 16 лет
 3. Эмоциональных нарушений (злость, агрессивность, резкая смена настроения)
 4. Внутрочерепной гипертензии
 5. Обменно-вегетативных нарушений
28. Основные клинические признаки преждевременного полового созревания изосексуального типа органического характера:
1. Задержка интеллектуального развития
 2. Эмоциональная неустойчивость
 3. Застойные изменения глазного дна

4. Преждевременное появление вторичных половых признаков
5. Все вышеперечисленное

29. Особенность преждевременного полового созревания гетеросексуального типа:

1. Период полового созревания начинается в 10 – 11 лет
2. Появление мужских вторичных половых признаков (увеличение клитора, низкий тембр голоса)
3. Выраженное и быстрое увеличение молочных желез
4. Наличие менструаций
5. Все вышеперечисленные

30. Для клинической картины гиперандрогении надпочечникового генеза характерно:

1. Раннее проявление вирильного синдрома
2. Гирсутизм до и после начала первой менструации
3. Первая менструация может запаздывать или быть своевременной
4. Гипоплазия молочных желез
5. Все вышеперечисленное

31. При кровянистых выделениях из половых путей у девочек в возрасте до 9 лет необходимы:

1. Гормональный гемостаз
2. Наблюдение
3. Назначение кровоостанавливающих и сокращающих матку средств
4. Исключение локальной «органической» причины кровотечения
5. Хирургический гемостаз

32. Отрицательная дексаметазоновая проба (незначительное снижение экскреции 17-ОКС и 17-КС) свидетельствует о наличии:

1. Опухоли коркового слоя надпочечников
2. Аденогенитального синдрома
3. Нейрообменно-эндокринного синдрома
4. Синдрома поликистозных яичников
5. Опухоли яичника

33. Примером ложного женского гермафродитизма является:

1. Синдром тестикулярной феминизации
2. Синдром Шерешевского - Тернера
3. Врожденный аденогенитальный синдром
4. Синдром поликистозных яичников
5. Синдром Шихана

34. Атрезия – это:

1. Недоразвитие органа, возникшее вторично, вследствие воспалительного процесса, перенесенного внутриутробно или постнатально
2. Отсутствие части органа
3. Отсутствие органа и даже его зачатка
4. Заращение в местах анатомического сужения полового тракта
5. Недоразвитие органа, размеры которого значительно меньше средних величин

35. Агенезия – это:

1. Недоразвитие органа, возникшее вторично, вследствие воспалительного процесса, перенесенного внутриутробно или постнатально
2. Отсутствие части органа
3. Отсутствие органа
4. Заращение в местах анатомического сужения полового тракта
5. Недоразвитие органа, размеры которого значительно меньше средних величин

36. Аплазия – это:

1. Недоразвитие органа, возникшее вторично, вследствие воспалительного процесса, перенесенного внутриутробно или постнатально
2. Отсутствие части органа
3. Отсутствие органа
4. Заращение в местах анатомического сужения полового тракта
5. Недоразвитие органа, размеры которого значительно меньше средних величин

37. Гинатрезия – это:

1. Недоразвитие органа, возникшее вторично, вследствие воспалительного процесса, перенесенного внутриутробно или постнатально
2. Отсутствие части органа
3. Отсутствие органа
4. Заращение в местах анатомического сужения полового тракта
5. Недоразвитие органа, размеры которого значительно меньше средних величин

38. Атрезия девственной плевы – это:

1. Сплошная девственная плева, не имеющая отверстия
2. Сплошная девственная плева с небольшим отверстием
3. Полное отсутствие девственной плевы
4. Сужение отверстия девственной плевы

39. Агенезия влагалища – это:

1. Первичное отсутствие части влагалища
2. Полное или частичное заращение влагалища, связанное с воспалительным процессом в ante- и постнатальном периодах
3. Первичное полное отсутствие влагалища
4. Полная перегородка во влагалище
5. Недоразвитие влагалища

40. Аплазия влагалища – это:

1. Первичное отсутствие части влагалища
2. Полное или частичное заращение влагалища, связанное с воспалительным процессом в ante и постнатальном периоде
3. Первичное полное отсутствие влагалища
4. Полная перегородка во влагалище
5. Недоразвитие влагалища, размеры которого значительно меньше средних величин

41. Атрезия влагалища – это:

1. Первичное отсутствие части влагалища;
2. Полное или частичное заращение влагалища, связанное с воспалительным процессом в ante и постнатальном периоде;
3. Первичное полное отсутствие влагалища;
4. Полная перегородка во влагалище.
5. Недоразвитие влагалища, размеры которого значительно меньше средних величин

42. Мультипликация – это:

1. Отсутствие сращения или закрытия частей органа
2. Умножение частей или числа органов
3. Развитие органов или тканей в местах, где они в норме отсутствуют
4. Все вышеперечисленное
5. Ничего из вышеперечисленного

43. Эктопия – это:

1. Отсутствие сращения или закрытия частей органа
2. Умножение частей или числа органов
3. Смещение органов или развитие их в местах, где они не должны находиться
4. Увеличение органа за счет увеличения количества и объема клеток
5. Наличие клеток или тканей в тех органах и тканях, где они в норме не встречаются

44. Для диагностики аномалий развития половых органов не информативно использовать:

1. Ультразвуковое исследование
2. Вагиноскопию
3. Метросальпингографию
4. Лапароскопию
5. Базальную термометрию

45. Показаниями к операции при пороках развития матки являются:

1. Привычное невынашивание
2. Бесплодие
3. Тяжелая дисменорея
4. Все вышеперечисленное

46. В пубертатном возрасте наиболее частой причиной белей является:

1. Психогенные факторы
2. Гонорея и трихомониаз
3. Глистная инвазия
4. Несоблюдение правил гигиены
5. Все вышеперечисленное

47. Развитию и поддержанию воспаления гениталий у девочек способствуют:

1. Избыточная складчатость слизистых оболочек
2. Низкая эстрогенная насыщенность
3. Истончение и замедленная пролиферация эпителия полового тракта
4. Кислая среда влагалища
5. Переход из кокковой микрофлоры в бациллярную

48. Что относительно воспалительных заболеваний полового тракта у девочек является верным?

1. Наиболее частая локализация придатки матки
2. Чаще протекают в виде вульвита и вагинита
3. Могут вызываться стрепто- и стафилококками, группой энтеробактерий
4. Возбудителями могут быть гонококки
5. Часто инфекция смешанная

49. У девочек чаще всего встречается следующая форма воспаления гениталий:

1. Вульвовагинит
2. Бартолинит
3. Эндоцервицит
4. Эндометрит
5. Сальпингоофорит

50. Наиболее типичной формой гонореи у девочек является:

1. Хроническая
2. Торпидная
3. Рецидивирующая
4. Острая

51. Выскабливание матки у девочки (девушки) производится:

1. При альгодисменорее
2. При аменорее
3. При ановуляторных менструальных циклах
4. При профузном кровотечении и отсутствии эффекта от консервативной терапии
5. При овуляторных менструальных циклах

52. Аменорея у 16 летней девочки может быть результатом всех перечисленных состояний, кроме:

1. Заращения девственной плевы
2. Синдрома Шерешевского - Тернера
3. Поликистоза яичников
4. Гранулезоклеточной опухоли яичника
5. Беременности

53. Клиническая картина гематомы в области наружных половых органов или под слизистой оболочкой влагалища характеризуется, как правило, следующим:

1. Наличием опухолевидного образования
2. Синебагровой окраской образования
3. Напряжением тканей над образованием и болезненностью
4. Возможным появлением признаков анемии
5. Всем вышеперечисленным

Тема 10: «Бесплодный брак. Планирование семьи»

1. Под термином «бесплодный брак» подразумевается:

1. Отсутствие у супругов способности к зачатию
2. Отсутствие у женщины способности к вынашиванию
3. Отсутствие у женщины способности к зачатию
4. Отсутствие у мужчины способности к зачатию
5. Отсутствие у женщины способности к зачатию и вынашиванию

2. Брак бесплодный – это отсутствие наступления беременности при регулярной половой жизни без применения контрацептивов в течение:

1. 6 месяцев

2. 1 года
3. 1,5 лет
4. 2 лет
5. 5 лет

3. «Первичное» бесплодие означает, что у женщины:

1. Не было ни одной беременности
2. Не было рождения живых детей
3. Все беременности были прерваны по медицинским показаниям
4. Первая беременность завершилась внематочной беременностью
5. Первая беременность замерла в раннем сроке

4. Частота бесплодного брака по отношению ко всем бракам составляет:

1. 0,5 – 1%
2. 2 – 3%
3. 15 – 20%
4. 25 – 30 %
5. Более 30%

5. Причинами бесплодия женщины в браке являются:

1. Воспалительные заболевания половых органов
2. Инфантилизм и гипоплазия половых органов
3. Поликистоз яичников
4. Эндометриоз
5. Все вышеперечисленное

6. Наиболее частая причина женского бесплодия:

1. Врожденные аномалии развития половых органов
2. Миома матки
3. Воспалительные заболевания половых органов
4. Нейроэндокринные синдромы
5. Эндометриоз

7. Трубно бесплодие может быть обусловлено:

1. Склеротическими изменениями в мышечной стенке маточной трубы
2. Нарушением рецепции в маточной трубе
3. Инфантилизм
4. Внутриматочными сращениями
5. Патологией яичников

8. Функциональное нарушение сократительной активности маточных труб может быть следствием:

1. Психоэмоционального стресса

2. Гипофункции яичников
 3. Гиперпростагландинемии
 4. Гиперандрогении
 5. Всего вышеперечисленного
9. Нарушение проходимости маточных труб может быть следствием:
1. Генитального хламидиоза
 2. Наружного генитального эндометриоза
 3. Оперативного вмешательства на органах малого таза и брюшной полости
 4. Гонорейного сальпингита
 5. Всего вышеперечисленного
10. Наиболее частой причиной непроходимости маточных труб является:
1. Сифилис
 2. Трихомоноз
 3. Гонорейный сальпингит
 4. Токсоплазмоз
 5. Грибковый кольпит
11. Основные патогенетические факторы эндокринного бесплодия:
1. Нарушение созревания фолликула, неполноценная лютеиновая фаза менструального цикла
 2. Гиперпролактинемия
 3. Ановуляция
 4. Гиперандрогения
 5. Все вышеперечисленное
12. Обследование супружеской пары при бесплодии начинается с:
1. Гистеросальпингографии
 2. Посткоитального теста
 3. Определения фертильности спермы
 4. Тестов функциональной диагностики
 5. Обследования на инфекции, передающиеся половым путем
13. Количество сперматозоидов в 1 мл эякулята:
1. 5 млн.
 2. 10 млн.
 3. 15 млн.
 4. 20 млн.
 5. 25 млн.
14. Количество активно подвижных сперматозоидов в 1 мл спермы:
1. 15%

2. 25%
3. 30%
4. 40%
5. 50%

15. Количество нормальных форм сперматозоидов в 1 мл спермы:

1. Не менее 30%
2. Не менее 40%
3. Не менее 50%
4. Не менее 60%
5. Не менее 20%

16. Сперматозоиды после проникновения в матку и маточные трубы сохраняют способность к оплодотворению в течение:

1. 6 – 12 часов
2. 24 – 48 часов
3. 3 – 5 суток
4. 6 – 8 суток
5. 8 – 10 суток

17. После овуляции яйцеклетка сохраняет способность к оплодотворению в течение:

1. 6 часов
2. 12 – 24 часов
3. 24 – 48 часов
4. 72 часов
5. 120 часов

18. Астеноспермия – это:

1. Большое количество патологических форм
2. Отсутствие живых сперматозоидов
3. Недостаточное количество активно подвижных сперматозоидов
4. Недостаточное количество сперматозоидов в эякуляте
5. Отсутствие сперматозоидов при наличии клеток сперматогенеза в эякуляте

19. Некроспермия – это:

1. Большое количество патологических форм
2. Отсутствие живых сперматозоидов
3. Недостаточное количество активно подвижных сперматозоидов
4. Недостаточное количество сперматозоидов в эякуляте

5. Отсутствие сперматозоидов при наличии клеток сперматогенеза в эякуляте

20. Тератоспермия – это:

1. Большое количество патологических форм
2. Отсутствие живых сперматозоидов
3. Недостаточное количество активно подвижных сперматозоидов
4. Недостаточное количество сперматозоидов в эякуляте
5. Отсутствие сперматозоидов при наличии клеток сперматогенеза в эякуляте

21. Для диагностики трубноперитонеального бесплодия используют:

1. Гистеросальпингографию
2. Лапароскопию с хромогидротубацией
3. Кульдоскопию
4. Пункцию брюшной полости через задний свод
5. Ультрагидросонографию

22. Оптимальные сроки для проведения раздельного диагностического выскабливания матки при бесплодии:

1. Период менструации
2. Период овуляции
3. За неделю до ожидаемой менструации
4. Сразу после менструации
5. В день пика ЛГ

23. Показанием для диагностической лапароскопии при бесплодии является:

1. Недостаточность лютеиновой фазы менструального цикла
2. Подозрение на поликистозные яичники
3. Стойкая ановуляция
4. Подозрение на спаечный процесс в малом тазу
5. Миома матки

24. Посткоитальный тест применяется для диагностики:

1. Эндокринного бесплодия
2. Трубного бесплодия
3. Мужского бесплодия
4. Перитонеального бесплодия
5. Иммунологического фактора бесплодия

25. Методами, позволяющими уточнить диагноз иммунологического бесплодия, являются:

1. Определение антиспермальных антител в крови и в шейечной слизи
2. Посткоитальный тест (проба Шуварского – Гунера)
3. Пенитрационная проба вне организма (проба Курцрок – Миллера)
4. Определение количества лейкоцитов в шейечной слизи
5. Определение уровня иммуноглобулинов в шейечной слизи

26. Какие из перечисленных лекарственных средств обладают способностью стимулировать рост фолликула?

1. Клостильбегит
2. Менопур
3. Норколут
4. ГоналФ
5. Даназол

27. При гипоталамогипофизарной недостаточности для стимуляции овуляции чаще используют:

1. Кломифен цитрат
2. Пурегон
3. Меногон
4. Прегнил
5. ГоналФ

28. Эффективность стимуляции овуляции оценивают на основании мониторинга:

1. Роста доминантного фолликула (по данным ультразвукового исследования)
2. Содержания лютеинизирующего гормона в сыворотке крови
3. Содержания эстрадиола в сыворотке крови
4. Содержания фолликулостимулирующего гормона в сыворотке крови
5. Содержания эстриола в сыворотке крови

29. Отсутствие овуляции при ее стимуляции кломифен цитратом у пациенток с поликистозными яичниками может быть связано с:

1. Невыявленными гиперпролактинемией, гипотиреозом, дефицитом 21-гидроксилазы
2. Неправильными пиками гонадотропинов
3. Непроходимостью маточных труб
4. Недостаточностью лютеиновой фазы менструального цикла
5. С эндометритом

30. Гиперстимуляция яичников может наблюдаться при применении:

1. Кломифена цитрата
2. Пурегона

3. Комбинированных эстроген-гестагенных лекарственных средств в течение длительного времени
4. Прегнила
5. Парлодела

31. При применении 150 мг кломифена цитрата в сутки увеличивается частота развития такого негативного эффекта, как:

1. Аллергические реакции
2. Негативное действие на эндометрий
3. Тошнота, рвота
4. Гиперстимуляция яичников
5. Возникновение маточного кровотечения

32. Гиперстимуляция яичников на фоне бесконтрольного применения кломифена цитрата обычно проявляется:

1. Увеличением яичников в размерах
2. Клиникой внутрибрюшного кровотечения
3. Меноррагией
4. Явлениями вирилизации
5. Тошнотой, рвотой

33. Для лечения пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием проводятся:

1. Оперативная лапароскопия
2. Микрохирургическая пластика маточных труб
3. Экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбриона
4. Все вышеперечисленное

34. У женщины, страдающей бесплодием, выявлена непроходимость маточных труб в ампулярном отделе. Наиболее рациональным методом лечения будет:

1. Искусственная инсеминация
2. Гормонотерапия
3. Иммунотерапия
4. Сальпингостоматопластика
5. Экстракорпоральное оплодотворение

35. Показаниями к инсеминации являются:

1. Аспермия, азооспермия, тератоспермия
2. Расстройства эякуляции
3. Носительство супругом доминантно наследуемых генетических заболеваний

4. Носительство супругом рецессивно наследуемых генетических заболеваний

36. Показания к искусственной инсеминации спермой донора:

1. Импотенция мужа
2. Азооспермия у мужа
3. Вагинизм, не поддающийся лечению
4. Наличие наследственных, генетически обусловленных заболеваний в семье мужа

37. Показания к экстракорпоральному оплодотворению:

1. Абсолютное трубное бесплодие
2. Отсутствие беременности у женщины, перенесшей пластическую операцию на маточных трубах
3. Бесплодие неясного генеза
4. Синдром поликистозных яичников

38. Факторами, ухудшающими прогноз наступления беременности, могут быть:

1. Возраст старше 30 лет
2. Заболевания мужа в анамнезе
3. Сочетание трубно-перитонеального и эндокринного факторов в генезе бесплодия у женщин
4. Воспалительные заболевания гениталий у женщин в анамнезе

39. Планирование семьи – это:

1. Оптимальный возраст деторождения 19 – 35 лет
2. Соблюдение интервала между родами не менее 2 лет
3. Использование современных методов контрацепции в интервалах между родами
4. Все вышеперечисленное

40. Цели планирования семьи – это:

1. Рождение желанных детей
2. Снижение распространенности инфекций, передающихся половым путем
3. Снижение частоты незапланированных беременностей и абортов
4. Преодоление бесплодия
5. Снижение материнской и перинатальной смертности

41. Наиболее эффективные современные методы контрацепции:

1. Презерватив
2. Внутриматочная спираль

3. Спермициды
4. Гормональные контрацептивы
5. Добровольная хирургическая стерилизация

42. Контрацептивное действие внутриматочной спирали основывается на:

1. Нарушении имплантации бластоцисты вследствие развития местных воспалительных реакций
2. Изменении ферментативной системы эндометрия
3. Активации перистальтики маточных труб
4. Отсутствии овуляции

43. К преимуществам внутриматочной спирали относится все, кроме:

1. Высокой эффективности
2. Длительного срока действия
3. Отсроченного эффекта
4. Отсутствия влияния на грудное вскармливание
5. Возможности экстренной контрацепции

44. Недостатки внутриматочной спирали

1. Увеличение риска воспалительных заболеваний
2. Влияние на лактацию
3. Короткий срок действия
4. Большое количество побочных эффектов
5. Системное влияние на организм

45. Показания для использования внутриматочной спирали:

1. Необходимость длительной контрацепции и наличие одного полового партнера
2. Противопоказания к приему комбинированных оральных контрацептивов
3. Инфекции половых путей
4. Аномалии половых органов
5. Подростковый возраст

46. Абсолютные противопоказания к введению внутриматочной спирали:

1. Острое воспаление придатков матки
2. III, IV степень чистоты влагалищного мазка
3. Аномалии развития матки
4. Репродуктивный возраст
5. Миома матки до 5 недель беременности

47. Осложнением, чаще всего возникающим на 3 – 5 сутки после введения внутриматочной спирали, является:

1. Истмико-цервикальная недостаточность
2. Внематочная беременность
3. Привычный выкидыш
4. Воспалительный процесс матки
5. Тромбоз вен таза

48. Какие осложнения наиболее часты у женщин, длительно использующих внутриматочную спираль в качестве контрацептивного средства?

1. Тромбофлебит вен таза
2. Эктопическая беременность
3. Воспалительные заболевания внутренних половых органов
4. Истмико-цервикальная недостаточность
5. Бесплодие

49. Визуализация внутриматочного контрацептива в цервикальном канале свидетельствует о:

1. Нормальном расположении внутриматочной спирали
2. Низком расположении внутриматочной спирали
3. Перфорации матки
4. Экспульсии внутриматочной спирали

50. Извлечение внутриматочного контрацептива показано при:

1. Внематочной беременности на фоне применения внутриматочной спирали
2. Частичной экспульсии внутриматочной спирали
3. Длительности «ношения» контрацептива более 8 лет
4. Воспалительных заболеваний матки и ее придатков
5. Всех вышеперечисленных

51. К современным методам гормональной контрацепции относятся:

1. Посткоитальная контрацепция
2. Оральная контрацепция
3. Пролонгированная инъекционная контрацепция
4. Введение имплантанта (норплант)
5. Все вышеперечисленные

52. Группы комбинированных оральных контрацептивных эстрогенгестагенных лекарственных средств:

1. Монофазные оральные контрацептивы
2. Бифазные оральные контрацептивы
3. Трехфазные оральные контрацептивы

4. Мини-пили
5. Инъекционные лекарственные средства

53. К монофазным комбинированным эстроген-гестагенным оральным контрацептивным лекарственным средствам относятся:

1. Белара
2. Логест
3. Джес
4. Триовит
5. Клайра

54. К трехфазным комбинированным эстроген-гестагенным оральным контрацептивным лекарственным средствам относятся:

1. Тризистон
2. Трирегол
3. Триквилар
4. Триовит
5. Тривит

55. В состав инъекционных гормональных контрацептивов входят:

1. Прогестагены пролонгированного действия
2. Конъюгированные эстрогены
3. Микродозы прогестагенов
4. Антиандрогены
5. Антигонадотропины

56. Выберите гормональные оральные контрацептивы, которые можно рекомендовать женщинам с акне, себореей, гирсутизмом?

1. Триквилар
2. Дюфастон
3. Белара
4. Джес
5. Регулон

57. С какого дня менструального цикла начинают прием эстроген-гестагенных контрацептивов:

1. В период овуляции
2. С первого или пятого дня менструального цикла
3. Независимо от дня менструального цикла

58. Режимы приема комбинированных оральных эстроген-гестагенных контрацептивов:

1. 21 + 7

2. 24 + 3
3. 63 + 7
4. 84 + 7
5. Все вышеперечисленные

59. Применение комбинированных оральных контрацептивов может быть рекомендовано всем перечисленным ниже женщинам, кроме:

1. Тех, у которых имеется наследственно обусловленная предрасположенность к развитию рака яичников
2. Желаящих предохраняться от беременности сразу после аборта
3. Тех, у которых в анамнезе была внематочная беременность или кесарево сечение
4. Пациенток с артериальной гипертензией
5. Пациенток с предменструальным синдромом

60. Что является абсолютными противопоказаниями к назначению оральных контрацептивов?

1. Тромбоэмболические заболевания
2. Тромбоз глубоких вен
3. Болезнь коронарных и мозговых артерий
4. Подозрение на рак
5. Все вышеперечисленное

61. Противопоказания к назначению прогестагенов:

1. Миома матки
2. Кистозная мастопатия
3. Альгодисменорея
4. Все перечисленные выше заболевания
5. Ни одно из перечисленных выше заболеваний

62. Назовите возможные осложнения при приеме прогестагенов:

1. Аллергические реакции
2. Межменструальные кровянистые выделения
3. Тошнота, рвота
4. Увеличение массы тела
5. Все вышеперечисленные

63. Осложнения приема комбинированных оральных контрацептивов, требующие их отмены:

1. Прибавка в весе
2. Нагрубание молочных желез
3. Тромбоз вен нижних конечностей
4. Тошнота

64. К преимуществам комбинированных оральных контрацептивов относятся все, кроме:

1. Высокой эффективности
2. Обратимого эффекта
3. Профилактики инфекций, передающихся половым путем
4. Лечения альгодисменореи
5. Все вышеперечисленное верно

65. Неконтрацептивные преимущества комбинированных оральных контрацептивов:

1. Уменьшают менструальноподобные кровотечения
2. Уменьшают менструальные боли
3. Профилактика тромбоэмболических осложнений
4. Профилактика доброкачественных опухолей молочных желез
5. Профилактика инфекций, передающихся половым путем

66. Рекомендовать комбинированную оральную контрацепцию можно всем, кроме:

1. Женщин репродуктивного возраста
2. Подростков при частой смене полового партнера
3. Женщин с альгодисменореей
4. Женщин с нарушением менструального цикла
5. Всем вышеперечисленным

67. При посткоитальной контрацепции в первые 72 часа применяют:

1. Эстрогенгестагенные лекарственные средства
2. Эстрогены
3. Гестагены
4. Агонисты гонадотропин-рилизинг гормонов

68. Механизм действия добровольной хирургической стерилизации:

1. Сгущение цервикальной слизи
2. Блокирование проходимости фаллопиевых труб
3. Подавление овуляции
4. Изменение перистальтики маточных труб
5. Атрофические процессы в эндометрии

69. Преимущества добровольной хирургической стерилизации:

1. Высокая надежность метода
2. Защита от инфекций, передающихся половым путем
3. Регуляция менструального цикла
4. Все вышеперечисленное

5. Ничего из вышеперечисленного

70. Недостатки добровольной хирургической стерилизации:

1. Необратимость метода
2. Риск осложнений, связанный с оперативным вмешательством
3. Не защищает от инфекций, передающихся половым путем
4. Все вышеперечисленное
5. Ничего из вышеперечисленного

71. Противопоказания для добровольной хирургической стерилизации:

1. Возраст женщины старше 35 лет и наличие 2-х и более детей
2. Женщины с экстрагенитальной патологией, для которых беременность представляет серьезную опасность
3. Женщины, не дающие добровольного согласия на проведение процедуры
4. Острые воспалительные процессы женских половых органов
5. Ничто из вышеперечисленного

72. Механизм действия барьерных методов:

1. Подавление овуляции
2. Предотвращение попадания спермы во влагалище
3. Предотвращение передачи инфекций, передающихся половым путем
4. Изменение структуры эндометрия
5. Спермицидное действие

73. Преимущества презервативов:

1. Защита от инфекций, передающихся половым путем
2. Высокая эффективность
3. Влияние на сексуальные ощущения
4. Широкая доступность
5. Необходимость использования в процессе полового акта

74. Недостатки презервативов:

1. Защита от инфекций, передающихся половым путем
2. Отсутствие системных побочных эффектов
3. Широкая доступность
4. Контрацептивная эффективность зависит от готовности пары следовать инструкциям
5. Низкий индекс Перля

75. Показания к использованию презервативов:

1. Пары, имеющие редкие половые сношения
2. Пары, в которых любой из партнеров имеет больше одного партнера

3. Подростки
4. Все перечисленное верно
5. Ничего из вышеперечисленного

76. Противозачаточное действие спермицидов обусловлено:

1. Уничтожением сперматозоидов
2. Снижением подвижности сперматозоидов
3. Разрушением наружной мембраны сперматозоидов
4. Нейтрализацией кислой среды влагалища

77. Недостатки спермицидов:

1. Невысокая контрацептивная эффективность
2. Непродолжительное действие
3. Необходимость строго следовать инструкции
4. Все перечисленное
5. Ничего из вышеперечисленного

78. Естественные методы планирования семьи:

1. Календарный метод
2. Измерение базальной температуры
3. Метод цервикальной слизи
4. Симптоматический метод
5. Барьерный метод

79. Женщине 40 лет, соматически здоровой, имеющей 3 детей, живущей регулярно половой жизнью предпочтительна контрацепция:

1. Добровольная хирургическая стерилизация
2. Гормональная контрацепция
3. Внутриматочная контрацепция
4. Постинор
5. Презерватив

80. Механизм действия метода лактационной аменореи:

1. Подавление овуляции
2. Изменение структуры эндометрия
3. Нарушение имплантации
4. Сгущение цервикальной слизи
5. Все вышеперечисленное

81. Преимущества метода лактационной аменореи все, кроме:

1. Высокая эффективность при соблюдении всех правил
2. Отсутствие побочных эффектов
3. Пассивная иммунизация ребенка

4. Способствует нормальной инволюции матки
5. Защищает от инфекций, передающихся половым путем

82. Высокая эффективность метода лактационной аменореи при соблюдении всех правил наблюдается:

1. В течение 3-х месяцев после родов
2. В течение 6-ти месяцев после родов
3. В течение 9-ти месяцев после родов
4. В течение 12-ти месяцев после родов
5. В течение 15-ти месяцев после родов

83. Средство контрацепции, предохраняющее от инфекций, передающихся половым путем:

1. Комбинированные оральные контрацептивы
2. Внутриматочная спираль
3. Барьерные средства
4. Метод лактационной аменореи
5. Добровольная хирургическая стерилизация

84. Женщине, имеющей инвалидность, состоящей на учете в психоневрологическом диспансере по поводу шизофрении, показана:

1. Добровольная хирургическая стерилизация
2. Гормональная контрацепция
3. Внутриматочная контрацепция
4. Постинор
5. Презерватив

85. Какие из утверждений о необходимости контрацепции после родов являются неверными?

1. Контрацепция не нужна до появления первой менструации
2. Не является необходимой у кормящих женщин
3. Необходима у нелактирующих женщин
4. Не нужна после кесарева сечения в течение 6 месяцев
5. Не нужна в течение 6 месяцев при строгом соблюдении принципов грудного вскармливания

86. Виды экстренной контрацепции:

1. Комбинированные оральные контрацептивы
2. Внутриматочная спираль
3. Естественные методы планирования семьи
4. Добровольная хирургическая стерилизация
5. Метод лактационной аменореи

87. Недостатки экстренной контрацепции:

1. Эффект зависит от временного промежутка после незащищенного полового акта
2. Наличие побочных эффектов
3. Не защищает от инфекций, передающихся половым путем
4. Внутриматочная спираль обеспечивает также длительную контрацепцию
5. Ничего из вышеперечисленного

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ РАЗДЕЛА «ГИНЕКОЛОГИЯ»

Тема 1: «Симптоматология и диагностика заболеваний»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+
3	-	-	+	-	-	-	+	+	-	+	-	-	+	-	-
4	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-	+	-	-	+	-
5	-	+	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	-	+	+	-	+	-	+	-	+	+	-	-	-	-	-
2	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-	-
3	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-	+
4	+	-	-	+	-	+	-	-	+	-	-	+	-	+	+
5	-		-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
1	-	+	+	-	+	-	-	-	-	-
2	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-
3	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+
4	+	-	+	-	-	-	+	-	-	-
5	-	-	-	+	-	-	-	+	+	-

Тема 2: «Неправильные положения женских половых органов»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	+	+	+	+	+	-	+	-	-	-	+	+	-	-	-
2	+	+	-	+	-	-	+	-	+	-	+	+	-	+	-
3	+	+	-	+	-	-	+	-	+	-	+	-	-	-	-
4	+	+	-	+	-	-	+	-	+	-	+	+	-	+	+
5	-	-		-		+	-	+	-	+	-	+	+	-	

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
1	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-
2	-	+	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-
3	-	-	+	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-
4				-	+	-	-	-	+	-	-	-	+	-
5				-	-	-	+	+			+	+		+

Тема 3: «Менструальная функция и ее нарушения»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	-	-	+	+	-	-	+	-	+	-	-	-	+	+	-
2	+	-	+	+	+	-	+	+	-	+	-	-	+	+	-
3	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+
4	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-
5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		+	+	-

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+
2	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-	+	+	+
3	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	+	-	+	+	-
4	+	+	-	-	-	+	-	-	-	+	+	-	-	-	+
5	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	+

	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
1	-	+	-	-	+	-	+	-	+	+	-	+	-	-	+
2	+	+	-	-	+	+	-	-	-	+	+	-	-	-	+
3	-	+	-	-	+	-	+	-	+	+	-	-	+	-	-
4	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	+
5	-	-	+	-	+		-	+	-	-	-	-	-		+

	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57
1	+	+	-	-	-	-	-	+	+	-	+	-
2	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-
3	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+
4	+	+	+	+	+	-	+	-	-	-	-	-
5	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	+	-

Тема 4: «Нейроэндокринные синдромы в гинекологии»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	+	+	-	+
2	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	-	-	-	+	-
3	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-
4	-	-	+	-	-	-	-	-	+	+	-	+	-	-	-
5	+	+	-	+	+	-	+	-	-	-	+	-	-	-	+

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	+	+	-	-	-	-	-	+	-	+	+	-	+	-	-
2	-	+	+	+	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-
3	+	+	-	-	+	-	-	-	-	+	+	+	-	-	-
4	-	-	+	-	-	-	+	-	+	-	+	-	-	+	-
5	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+

	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
1	-	-	+	+	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-
2	+	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	+
3	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+
4	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+
5	-	-	+	-	-	+	-	-	-	+	+	-	-	-	-

	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55
1	+	+	-	-	-	-	+	+	-	+
2	-	+	-	-	-	-	-	+	-	-
3	+	-	-	-	-	-	+	-	+	+
4	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-
5	-	-	+	+	+	+	-	-	-	+

Тема 5: «Воспалительные заболевания женских половых органов»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	-	-	+	+	+	-	+	+	+	-	+	+	-	+	+
2	+	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-
3	-	-	-	+	-	+	+	-	-	+	+	-	+	-	-
4	-	+	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-
5	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	+	+	-	-
2	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+
3	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	+	-	-	-
4	+	-	-	-	-	-	+	+	-	-	+	+	-	-	-
5	-	+	-	+	+	+	-	-	+	-	-	+	-	+	-

	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
1	+	-	+	-	-	-	+	+	-	+	-	-	+	-	-
2	+	-	-	-	+	-	+	+	+	-	-	-	+	-	-
3	+	-	-	+	-	-	+	+	-	+	-	+	-	+	-
4	+	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	+	-	-
5	-	+	-	-	-	+	+	-	-	-	+	-	+	-	+

	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59
1	+	-	+	-	+	+	+	-	-	-	-	+	-	-
2	-	-	-	-	+	+	-	-	-	+	-	+	+	-
3	-	-	-	-	-	+	-	+	+	+	+	-	+	-
4	-	+	-	-	+	-	+	-	-	+	-	+	+	-
5	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	+	+

Тема 6: «Фоновые, предраковые и доброкачественные заболевания органов репродуктивной системы женщины»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	-	+	+	-	-	+	-	-	+	-	+	-	-	-	-
2	-	-	-	-	+	+	+	-	-	-	+	-	-	-	-
3	+	-	+	-	+	-	-	-	+	+	-	+	+	-	-
4	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-
5	-	+	-	+		-	-	-	+	-	-	-	-	+	+

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	+	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	+	-
2	+	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	+	+
3	+	-	-	+	-	-	-	+	+	-	-	+	+	+	-
4	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
5	-	+	-	-	+	+	+	+	+	-	+	-	-	-	-

	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
1	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-
3	+	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	+
4	-	+	-	-	-	+	+	-	+	-	-	+	-	-	-
5	-			+	+	-	-	+		-	+	-	-		-

	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
1	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	+	-
2	+	-	-	-	+	+	+	-	-	-	-	-	-	+	-
3	-	-	-	-	+	-	-	+	-	-	+	-	-	+	-
4	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	+
5	+	+	+	-	+	+	+	-	+	+	-	-	-	+	-

	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
1	+	-	+	-	-	-	-	-	+	-	+	+	-	-	+
2	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+
3	-	-	+	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+
4	-	+	+	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-
5	-		-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-	-

	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
1	-	+	+	-	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-
2	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-
3	-	+	-	+	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-
4	-	+	-	+	-	+	-	-	-	+	-	-	-	+	-
5	+	-	-	-		-	-	-	+	-	+	+	-	-	+

	91	92	93	94	95	96	97	98	99
1	+	-	-	+	+	-	+	+	-
2	+	-	-	-	-	-	-	-	+
3	-	-	-	+	-	+	+	+	+
4	-	+	+	+	-	-	+	-	-
5	-		-	-	-	-	-	-	-

Тема 7: «Неотложная помощь в гинекологии»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	-	-	-	+	+	-	-	-	+	+	+	+	-	-	-
2	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-
3	-	-	+	+	-	-	+	+	-	+	+	-	-	-	+
4	+	-	-	-	-	+	-			-	-	-	+	-	-
5	-	+	-	+	+	-	-			-	-	-	-	+	-

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	+	-	-	+	-
2	+	-	+	-	+	+	-	+	-	-	-	-	-	+	-
3	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-
4	-	-	+	-	-	+	+	+	+	-	-	+	+	-	-
5	-	-	+	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	+

	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
1	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	+	-
2	-	-	+	+	-	-	-	-	+	-	+	-
3	+	-	-	+	-	-	-	+	+	-	-	-
4	-	+	-	-	+	+	+		+	-	-	+
5	-	-				-			-	+	-	

Тема 8: «Оперативная гинекология»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	+	+	+	-
2	-	+	-	-	+	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-
3	-	-	+	+	+	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-
4	-	-	-	-	-	+	-	+	+	-	-	+	-	-	+
5	+	-		-		-		-	-	-	-	-	-	-	-

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
1	+	+	-	+	-	-	-	-	-	+	+
2	+	+	-	+	-	-	-	-	-	-	+
3	-	+	+	-	-	-	+	-	-	-	+
4	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+
5	-	+	-	+	+	+	-	+	-	-	-

Тема 9: «Детская гинекология»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	-	-	-	-	+	-	+	-	+	-	-	-	-	+	-
2	-	+	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-
3	-	-	-	-	+	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
5	+	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-
2	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-	+	-
3	-	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	-		-	-	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-
5			-	-	+	+	+	-	-	-	+	-	+	-	+

	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
1	-	+	-	+	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-
2	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	+	-	-	-
3	-	-	+	-	+	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-
4	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+
5	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	+	

	46	47	48	49	50	51	52	53
1	-	+	-	+	-	-	-	-
2	+	+	+	-	-	-	-	-
3	-	+	+	-	-	-	-	-
4	-	-	+	-	+	+	+	-
5	-	-	-	-		-	-	+

Тема 10: «Бесплодный брак. Планирование семьи»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	+	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-
2	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-
3	-	-	-	+	-	+	+	-	-	+	-	+	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+
5	-	-	-	-	+	-	-	+	+	-	+	-	-	+	-

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	-	-	-	-	+	+	-	-	-	+	+	+	+	+	+
2	+	+	-	+	-	+	-	-	-	+	+	-	-	-	+
3	-	-	+	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-
5	-	-	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-

	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
1	-	+	-	-	+	-	+	-	-	+	-	+	-	+	+
2	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	+	+	-	-	+
3	-	-	-	-	-	-	+	+	-	+	-	+	+	-	-
4	+	-	+	+	-	+	-	-	+	-	+	-	-	-	-
5	-	-		-						+	+		-	-	-

	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
1	+	-	-	-	-	-	+	+	+	+	-	-	-	-	-
2	+	-	-	-	-	-	+	+	+	-	-	+	-	-	-
3	+	-	+	-	-	-	+	+	+	-	+	-	-	-	-
4	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	+		-	+	-
5	-	-	-		+	+	-	-	-	-	-		+	-	+

	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
1	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-
2	-	-	-	-	+	+	-	+	-	-	-	+	-	-	-
3	-	-	+	+	-	-	+	-	-	-	+	+	-	-	-
4	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	+	-	+	+	+
5	+	+		-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-

	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87
1	+	-	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+
2	+	-	+	-	-	-	+	-	-	+	+	+
3	+	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	+
4	-	+	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-
5		-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Квалификационные тесты по акушерству и гинекологии/ Под ред. И.С. Сидоровой– М.; ВУНМЦ, 1998. – 456с.
2. Сборник тестов по акушерству / под ред. В.Д.Усанова. - Пенза: ИИЦ ПГУ, 2007. – 194 с.
3. Сборник тестов по гинекологии / под ред. В.Д.Усанова. - Пенза: ИИЦ ПГУ, 2007. – 170 с.
4. Сборник тестовых заданий по гинекологии для студентов V курса лечебного факультета и отделения иностранных студентов / Т.Ю. Егорова, В.Л. Зверко. – Гродно: ГрГМУ, 2006. – 95 с.
5. Сборник тестовых заданий по акушерству [Текст] : для студ. 4 курса лечеб. фак-та и отд-ния иностр. студ. / Гродненский гос. мед. ун-т, Каф. акушерства и гинекологии ; сост. Т. Ю. Егорова, И. Н. Яговдик – Гродно : ГрГМУ, 2006. - 103 с.
6. Сборник тестовых заданий по акушерству и гинекологии для лечебного факультета и отделения иностранных студентов; медико-психологического факультета [Текст] : Учеб. пособие / ГВУУ "Гродн. гос. мед. ун-т." Каф. акушерства и гинекологии ; Авт.-сост.: Т. Ю. Егорова, Е. Т. Малахова, Е. Л. Савоневич. - Гродно : ГГМУ, 2004. – 224 с.
7. Тестовый контроль знаний по акушерству и гинекологии. Руководство для клинических ординаторов, интернов, студентов медицинских вузов/ Под ред. А.Н. Стрижакова, Н.М. Подзолковой– М.; «МЕДИЦИНА», 1997. – 288с.
- 8.

СОДЕРЖАНИЕ

Название темы	Стр.
Акушерство	3
Тема 1: «Организация акушерско-гинекологической медицинской помощи»	3
Тема 2: «Анатомо-физиологические особенности репродуктивной системы женщины»	8
Тема 3: «Перинатология»	16
Тема 4: «Беременность физиологическая»	28
Тема 5: «Роды физиологические»	48
Тема 6: «Беременность и роды у женщин с экстрагетитальной патологией и заболеваниями репродуктивной системы»	62
Тема 7: «Беременность и роды при тазовых предлежаниях плода»	81
Тема 8: «Неправильные положения и предлежания плода»	87
Тема 9: «Многоплодная беременность»	95
Тема 10: «Недоношенная и переношенная беременность»	99
Тема 11: «Кровотечения в акушерстве»	106
Тема 12: «Гестозы»	118
Тема 13: «Изоиммунизация»	128
Тема 14: «Аномалии родовой деятельности»	134
Тема 15: «Узкий таз»	139
Тема 16: «Родовой травматизм»	143
Тема 17: «Оперативные методы родоразрешения»	149
Тема 18: «Патология послеродового периода»	155
Эталоны ответов на тестовые задания раздела «Акушерство»	163
Гинекология	174
Тема 1: «Симптоматология и диагностика гинекологических заболеваний»	174
Тема 2: «Неправильные положения женских половых органов»	182
Тема 3: «Менструальная функция и ее нарушения»	187
Тема 4: «Нейроэндокринные синдромы в гинекологии»	198
Тема 5: «Воспалительные заболевания женских половых органов»	208
Тема 6: «Фоновые, предраковые и доброкачественные заболевания органов репродуктивной системы женщины»	219
Тема 7: «Неотложная помощь в гинекологии»	237
Тема 8: «Оперативная гинекология»	244
Тема 9: «Детская гинекология»	249
Тема 10: «Бесплодный брак. Планирование семьи»	259
Эталоны ответов на тестовые задания раздела «Гинекология»	276
Список литературы	283

Учебное издание

**Киселева Наталья Ивановна, Арестова Ирина Михайловна,
Семенов Дмитрий Михайлович и др.**

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ
«АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»**

Пособие

Редактор Н.И.Киселёва
Технический редактор И.А.Борисов
Компьютерная верстка Н.И.Киселева

Подписано в печать _____ Формат бумаги 64x84 1/16
Бумага типографская. Гарнитура TIMES.
Усл. печ. листов _____ Уч.изд. л. _____
Тираж экз. Заказ № _____
Издатель и полиграфическое исполнение
УО «Витебский государственный медицинский университет»
ЛП №02330/453 от 30.12.13 г.
пр. Фрунзе, 27, 210602, г. Витебск