

ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ 4 МПФ 2020г

1. В связи с беременностью наружные половые органы претерпевают следующие физиологические изменения:

1. слизистая оболочка входа во влагалище становится цианотичной;
2. усиливается секреция сальных желез вульвы;
3. наружные половые органы разрыхляются;
4. **-верно все перечисленное.**

2. Под акушерской промежностью подразумевается участок тканей:

1. между задней спайкой и копчиком;
2. **-между задней спайкой и анусом;**
3. между анусом и копчиком;
4. от нижнего края лона до ануса;
5. от нижнего края копчика до ануса.

3. К наружным половым органам относятся:

1. **-большие половые губы;**
2. **-малые половые губы;**
3. **-большие железы преддверия влагалища;**
4. **-клитор.**

4. К внутренним половым органам относятся:

1. **-матка;**
2. **-маточные трубы;**
3. **-яичники;**
4. **-влагалище.**

5. Преимущественный ход мышечных волокон в теле матки:

1. кривой;
2. циркулярный;
3. косо-продольный;
4. **-продольный;**
5. никакой из перечисленных.

6. Увеличение матки во время беременности происходит за счет:

1. гипертрофии мышечных волокон матки;
2. гиперплазии мышечных волокон матки;
3. растяжения стенок матки растущим плодом;
4. все ответы неправильные;
5. **-верно все перечисленное.**

7. Топографическая анатомия маточной артерии имеет следующие характерные признаки:

1. **-делится на восходящую и нисходящую ветви;**

2. -на первом перекресте с мочеточником располагается позади мочеточника;
3. -ее влагалищная ветвь идет по переднебоковой стенке влагалища с обеих сторон;
4. ее влагалищная ветвь анастомозирует с почечной артерией;

8.Какой из перечисленных ниже гормонов используется в качестве маркера нормально развивающейся беременности?

1. эстрадиол;
2. гипофизарный гонадотропин;
3. прогестерон;
4. пролактин;
5. -хорионический гонадотропин.

9.Что не характерно для желтого тела беременности?

1. развивается из менструального желтого тела;
2. секретирует прогестерон;
3. ХГТ стимулирует развитие желтого тела;
4. -активно функционирует на протяжении всей беременности.

10.Из каких костей состоит тазовая кость:

1. подзатылочной;
2. -подвздошной;
3. -седалищной;
4. -лобковой;
5. крестцовой.

11.Кости таза соединены между собой посредством:

1. -симфиза;
2. -крестцово-подвздошных суставов;
3. -крестцово-копчикового сустава.

12.Какие отделы имеют малый таз:

1. -вход;
2. -полость;
3. -выход;
4. преддверие.

13.Перечислите роднички черепа плода:

1. -передний (большой);
2. левый;
3. -задний (малый);
4. правый.

14.Как называется наибольшее расстояние между теменными буграми головки зрелого плода:

- 1. -поперечный размер;**
2. большой поперечный размер;
3. средний поперечный размер;
4. малый поперечный размер.

15.Как определяется малый косой размер:

1. от подзатылочной ямки до надпереносья;
- 2. -от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка;**
3. от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба;
4. от подбородка до затылочного бугра.

16.Как определяется большой косой размер:

1. от подзатылочной ямки до надпереносья;
2. от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка;
3. от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба;
- 4. -от подбородка до затылочного бугра.**

17.Как определяется средний косой размер:

1. от подзатылочной ямки до надпереносья;
2. от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка;
- 3. -от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба;**
4. от подбородка до затылочного бугра.

18.Назовите параметры шкалы Апгар:

- 1. -частота сердечных сокращений;**
2. группа крови;
- 3. -дыхательная активность;**
- 4. -мышечный тонус;**
5. масса и длина тела;
- 6. -рефлекторная активность;**
- 7. -цвет кожи.**

19.Ведение беременных женщин в женской консультации проводится, как правило, методом:

1. оказания медицинской помощи при обращении пациенток в женскую консультацию;
2. профилактических осмотров на предприятиях;
3. периодических осмотров декретированных контингентов;
- 4. -диспансерного наблюдения.**

20.При нормальной беременности наблюдаются следующие изменения гемодинамики:

1. возрастает объем циркулирующей крови на 40-50%;
2. увеличивается объем циркулирующих эритроцитов на 30-40 %;
3. отмечается гидремия;
- 4. -все перечисленные;**

5. ничего из перечисленного.

21. При нормальной беременности в сердечно-сосудистой системе наблюдаются следующие изменения:

1. повышается систолическое давление крови;
2. повышается диастолическое давление крови;
3. повышается периферическое сопротивление сосудов;
4. снижается объем циркулирующей крови;
5. **-ничего из перечисленного.**

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

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

23. Какие из положений неверны:

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;**

24. Ранняя диагностика беременности предполагает:

1. изменение базальной температуры;
2. определение уровня ХГ в моче;
3. УЗИ;
4. динамическое наблюдение;
5. **-все перечисленное.**

25. Предполагаемая дата родов основывается на всех указанных положениях, кроме:

1. менструальные циклы регулярны;
2. продолжительность беременности 280 дней;
3. овуляция происходит приблизительно на 14 день цикла;
4. **-до беременности применялись пероральные контрацептивы;**
5. зачатие произошло в середине цикла.

26. Предполагаемый срок родов, если первый день последней менструации 10 января:

1. 6 сентября;
2. **-17 октября;**
3. 11 ноября;
4. 21 декабря;

5. 3 октября.

27.Предполагаемая дата родов, если первый день последней менструации 1 мая:

1. 6 февраля;
2. 8 августа;
3. 24 апреля;
- 4. -8 февраля;**
5. 3 октября.

28.Предполагаемая дата родов, если первый день последней менструации 19 июля:

1. 6 февраля;
2. 8 августа;
- 3. -26 апреля;**
4. 8 февраля;
5. 26 октября.

29.Положение плода - это:

1. отношение спинки плода к сагитальной плоскости;
2. отношение спинки к фронтальной плоскости;
- 3. -отношение оси плода к длиннику матки;**
4. взаимоотношения различных частей плода.

30.Продольным называется положение, при котором ось плода:

1. находится под прямым углом к продольной оси матки;
2. находится под острым углом к оси матки;
3. совпадает с длинником матки;
- 4. -находится под тупым углом к оси матки.**

31.Правильным положением плода считается:

- 1. -продольное;**
2. косое;
3. поперечное с головкой плода, обращенной влево;
4. поперечное с головкой плода, обращенной вправо.

32.Предлежание плода - это отношение:

1. головки плода ко входу в таз;
2. тазового конца ко входу в таз;
- 3. -наиболее низко лежащей части плода ко входу в таз;**
4. головки плода ко дну матки.

33.Головное предлежание плода при физиологических родах:

1. переднеголовное;
- 2. -затылочное;**
4. лобное;

5. лицевое.

34. Под позицией плода понимается:

- 1. -отношение спинки плода к боковым стенкам матки;**
2. отношение головки плода ко входу в таз;
3. отношение оси плода к длиннику матки;
4. взаимоотношение различных частей плода.

35. Вид позиции плода - это отношение:

1. спинки к сагиттальной плоскости;
2. головки к плоскости входа в малый таз;
- 3. -спинки к передней и задней стенкам матки;**
4. оси плода к длиннику матки.

36. При первой позиции спинка плода обращена:

1. вправо;
2. ко дну матки;
- 3. -влево;**
4. ко входу в малый таз.

37. При второй позиции спинка плода обращена:

- 1. -вправо;**
2. ко дну матки;
3. влево;
4. ко входу в малый таз.

38. Позиция плода при поперечном положении определяется по расположению:

1. спинки;
- 2. -головки;**
3. мелких частей;
4. тазового конца;
5. не определяется.

39. Первым приемом наружного акушерского исследования определяется:

1. позиция плода;
2. вид плода;
- 3. -высота стояния дна матки;**
4. предлежащая часть.

40. Вторым приемом наружного акушерского исследования определяется:

1. предлежащая часть;
2. членорасположение плода;
3. высота стояния дна матки;
- 4. -позиция плода;**
5. головка плода.

41. Третьим приемом наружного акушерского исследования определяется:

- 1. -предлежащая часть;**
2. членорасположение плода;
3. высота стояния дна матки;
4. позиция плода;
5. вид позиции.

42. Четвертым приемом наружного акушерского исследования определяется:

1. предлежащая часть;
2. членорасположение плода;
3. высота стояния дна матки;
4. позиция плода;
- 5. -отношение предлежащей части ко входу в таз.**

43. Окружность живота измеряется:

1. на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком;
- 2. -на уровне пупка;**
3. произвольно;
4. на 2 поперечных пальца выше пупка;
5. на 3 поперечных пальца выше пупка.

44. В акушерстве тесты функциональной диагностики могут быть использованы для:

- 1. -оценки готовности организма беременной к родам;**
- 2. -диагностики ранних сроков беременности;**
- 3. -оценки состояния плода;**
- 4. -диагностики угрозы прерывания беременности в ранние сроки;**

45. Методом инструментального исследования, применяемым при беременности и в родах, является:

1. зондирование матки;
- 2. -осмотр шейки матки в зеркалах;**
3. биопсия;
4. гистерография;
5. гистероскопия.

46. В задачу влагалищного исследования не входит:

1. выяснение степени раскрытия шейки матки;
2. определение целостности плодного пузыря;
- 3. -оценка состояния плода;**
4. определение особенностей вставления головки;
5. оценка размеров таза.

47. Диагональная конъюгата может быть определена:

1. по наружной конъюгате;
2. по высоте лобкового симфиза;
3. по боковой конъюгате;
4. **-при влагалищном исследовании.**

48. Диагональная конъюгата - это расстояние между:

1. седалищными буграми;
2. гребнями подвздошных костей;
3. **-нижним краем симфиза и мысом;**
4. большими вертелами бедренных костей;
5. между пупком и мечевидным отростком.

49. Диагональная конъюгата равна:

1. 31-32 см;
2. **-12-13 см;**
3. 12-15 см;
4. 28-29 см;
5. 9-12 см.

50. Истинная конъюгата - это расстояние между:

1. серединой верхнего края лона и мыса;
2. **-наиболее выступающими внутрь точками симфиза и мысом;**
3. нижним краем симфиза и выступающей точкой мыса;
4. гребнями подвздошной кости;
5. между пупком и мечевидным отростком.

51. Истинная конъюгата равна:

1. 13 см;
2. **-11 см;**
3. 10 см;
4. 20 см;
5. 9 см.

52. Число сердцебиений плода в минуту в норме равно:

1. 80-90 ударов;
2. 100-110 ударов;
3. **-120-160 ударов;**
4. 100-200 ударов;
5. 170-180 ударов.

53. Необходимый объем лабораторных обследований беременных в женской консультации:

1. **-общий анализ крови;**
2. печеночные пробы;
3. **-реакция Вассермана;**
4. проба Зимницкого;

5. -общий анализ мочи.

54.Какая информация помогает определить членорасположение плода:

- 1. -определение отношения спинки плода к продольной оси матки;**
2. место прикрепления плаценты;
3. высота стояния дна матки;
- 4. -место выслушивания сердцебиения плода;**
- 5. -расположение мелких частей плода.**

55.Какие из перечисленных анамнестических данных беременной свидетельствуют о возможных отклонениях в течении беременности и родов?

1. менархе с 13 лет;
- 2. -месячные установились через 3 года после менархе;**
- 3. -работа в химической промышленности;**
4. в прошлом одни нормальные роды;
- 5. -в прошлом роды крупным плодом;**
- 6. -в анамнезе 3 самопроизвольных выкидыша.**

56.Значение швов и родничков головки плода:

1. определение размеров головки плода;
- 2. -конфигурация головки плода;**
- 3. -определение вида затылочного предлежания;**
4. определение прямого размера головки плода;
- 5. -определение синклитического и асинклитического вставления головки плода.**

57.Перечислите периоды родов:

- 1. -период раскрытия;**
2. активный период;
- 3. -период изгнания;**
4. латентный период;
- 5. -последовый период.**

58.Своевременные роды при сроке гестации:

1. 154-259 дней;
- 2. -259-294 дня;**
3. 240-259 дней;
4. 295-308 дней.

59.Что такое проводная точка:

- 1. -находится на предлежащей части;**
- 2. -первый опускается во вход таза;**
- 3. -первый идет впереди во время внутреннего поворота;**
- 4. -первый показывается из половой щели.**

60. Что такое пояс соприкосновения:

1. терминальная линия;
2. -место охвата головки стенками нижнего сегмента;
3. граница между малым и большим тазом;
4. линия, ограничивающая плоскость выхода таза.

61. Признаки отделения плаценты от стенок матки:

1. признак Малиновского;
2. -признак Альфельда;
3. -признак Шредера;
4. признак Герасимовича;
5. -признак Кюстнера-Чукалова.

62. Признаки для определения зрелости шейки матки:

1. консистенция;
2. -длина;
3. объем;
4. проходимость канала;
5. высота;
6. положение.

63. В течение родов разделяют:

1. два периода;
2. -три периода;
3. четыре периода;
4. шесть периодов.

64. I период родов:

1. -период раскрытия;
2. период изгнания;
3. последовый период.

65. II период родов:

1. период раскрытия;
2. последовый период;
3. -период изгнания.

66. III период родов:

1. период раскрытия;
2. -последовый период;
3. послеродовый.

67. Для начала родового акта не характерны:

1. сглаживание и раскрытие шейки матки;
2. регулярная родовая деятельность;
3. -излитие околоплодных вод;

4. формирование и внедрение плодного пузыря в шейку;
5. прижатие предлежащей части ко входу в малый таз.

68. Что из ниже перечисленного не происходит в подготовительный период родов?

1. формирование в ЦНС родовой доминанты;
2. изменение соотношений эстрогенов и прогестерона;
3. структурные изменения шейки матки;
- 4. -раскрытие шейки матки;**
5. прижатие предлежащей части плода ко входу в таз.

69. Признаком развивающейся родовой деятельности является:

1. излитие вод;
2. нарастающие боли в животе;
- 3. -увеличивающаяся частота схваток;**
- 4. -укорочение и раскрытие шейки матки;**
5. боли в надлобковой и поясничной области.

70. Назовите признаки начала первого периода родов:

1. излитие околоплодных вод;
2. наличие «зрелой» шейки матки;
- 3. -появление регулярных схваток;**
4. вставление головки во вход в малый таз.

71. Первый период родов заканчивается всегда:

- 1. -полным раскрытием шейки матки;**
2. возникновением потуг;
3. излитием околоплодных вод;
4. через 6-8 часов от начала регулярных схваток;
5. всем перечисленным.

72. Ведущей точкой при затылочном предлежании плода является:

1. большой родничок;
- 2. -малый родничок;**
3. середина лобного шва;
4. середина расстояния между большим и малым родничком.

73. Показателем начала второго периода родов является:

1. опускание предлежащей части в малый таз;
- 2. -потуги;**
3. внутренний поворот головки;
- 4. -полное раскрытие шейки матки;**
5. рождение плода.

74. Эффективность родовой деятельности объективно оценивается:

1. по частоте и продолжительности схваток;

2. по длительности родов;
- 3. -по темпу сглаживания и раскрытия шейки матки;**
4. по состоянию плода;
5. по времени излития околоплодных вод.

75.Основными механизмами отделения плаценты и выделения последа являются:

1. возрастание внутриматочного давления;
2. уменьшение размеров матки и размеров плацентарной площадки;
3. ретракция и контракция миометрия;
- 4. -все перечисленное;**
5. ничего из перечисленного.

76.Какие изменения молочных желез являются нормальными во время беременности и после родов:

- 1. -разрастание железистой ткани в паренхиме молочных желез;**
2. выделение из сосков крови;
- 3. -расширение молочных протоков;**
- 4. -пигментация сосков;**
- 5. -выделение из сосков молозива;**
6. наличие трещин в сосках.

77.Что не характерно для родов в тазовом предлежании:

- 1. -травмы почек у плода;**
2. слабость родовых сил;
3. преждевременное излитие вод;
4. выпадение пуповины;
5. запрокидывание ручек плода.

78.К видам тазового предлежания относятся:

- 1. -чисто ягодичные;**
- 2. -смешанное ягодичное;**
3. переднеголовное;
- 4. -полное ножное;**
- 5. -неполное ножное.**

79.Анатомически узким тазом принято считать всякий таз, у которого по сравнению с нормальным:

1. все размеры уменьшены на 0,5-1 см;
2. хотя бы один размер уменьшен на 0,5-1 см;
3. все размеры уменьшены на 1,5-2 см;
- 4. -хотя бы один размер уменьшен на 1,5-2 см;**
5. ничего не верно.

80.Клинически узкий таз – это:

1. одна из форм анатомически узкого таза;

2. отсутствие продвижения головки плода при слабости родовой деятельности;
3. несоответствие головки плода и таза матери, выявленное во время беременности;
4. все перечисленное;
5. **-ничего из перечисленного.**

81. Возникновению клинически узкого таза способствует:

1. крупный плод;
2. переносимая беременность;
3. неправильное вставление головки;
4. **-все перечисленное верно.**

82. Признаком клинического несоответствия между головкой и тазом матери является:

1. положительный признак Вастена;
2. задержка мочеиспускания;
3. отек шейки и наружных половых органов;
4. ложные потуги при неполном открытии шейки матки;
5. **-все перечисленное верно.**

83. Сократительная функция матки при слабости родовой деятельности обычно характеризуется:

1. снижением амплитуды сокращения матки;
2. сохранением ритма;
3. уменьшением частоты схваток;
4. снижением внутриматочного давления;
5. **-всем перечисленным.**

84. Для слабости родовой деятельности характерно:

1. болезненность схваток;
2. затрудненное мочеиспускание;
3. затрудненная пальпация предлежащей части плода;
4. все перечисленное;
5. **-ничего из перечисленного.**

85. Для первичной слабости родовой деятельности характерно:

1. наличие регулярных схваток;
2. болезненные схватки;
3. **-недостаточное продвижение предлежащей части;**
4. **-недостаточность динамики раскрытия шейки матки;**
5. запоздалое излитие околоплодных вод.

86. Дiskoординированная родовая деятельность характеризуется:

1. нерегулярными схватками;
2. различной интенсивностью схваток;

3. болезненными схватками;
4. плохой динамикой раскрытия шейки матки;
- 5. -все перечисленное верно.**

87.К абсолютным показаниям к кесареву сечению не относится:

1. полное предлежание плаценты;
2. тяжелая форма преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты;
3. узкий таз IV степени;
- 4. -раннее излитие околоплодных вод;**
5. острая гипоксия плода.

88.Наиболее частой методикой операции кесарева сечения является:

1. корпоральное кесарево сечение;
2. экстраперитонеальное кесарево сечение;
3. истмико-корпоральное кесарево сечение;
- 4. -кесарево сечение в нижнем сегменте;**
5. влагалищное кесарево сечение.

89.Причины возникновения разрывов влагалища в родах:

1. инфантилизм;
2. стремительное течение родов;
3. крупная головка плода;
- 4. -неправильные предлежания головки плода;**
5. все ответы правильные.

90.Причиной разрыва матки в родах может быть:

1. крупный плод;
2. узкий таз;
3. неправильное вставление головки;
4. передозировка окситоцина;
- 5. -все перечисленное верно.**

91.К разрыву матки предрасполагает:

1. рубец на матке;
2. повреждение матки при аборте;
3. дегенеративные и воспалительные процессы в матке, перенесенные до настоящей беременности;
4. инфантилизм;
- 5. -все ответы правильные.**

92.К кровотечению в раннем послеродовом периоде предрасполагает:

1. слабость родовой деятельности;
2. многоводие;
3. многоплодие;
4. крупный плод;

5. -все перечисленное.

93.К причинам кровотечений в раннем послеродовом периоде не относится:

1. гипотония матки;
2. разрыв шейки матки, влагалища, промежности;
3. задержка дольки плаценты;
4. нарушение свертываемости крови;
- 5. -наличие у беременной ожирения 2 степени.**

94.Патологическая кровопотеря в раннем послеродовом периоде требует:

1. прижать аорту;
2. ввести сокращающие матку средства;
3. произвести ручное обследование полости матки;
4. осмотреть родовые пути;
- 5. -все перечисленное верно.**

95.При кровотечении в 3 периоде родов и отсутствии признаков отделения плаценты необходимо:

1. ввести сокращающие матку средства;
2. применить метод Креде-Лазаревича;
3. прием Абуладзе;
- 4. -произвести ручное отделение плаценты и выделение последа;**
5. положить лед на низ живота.

96.Наиболее частой причиной позднего послеродового кровотечения является:

1. нарушение сократительной способности мышцы матки;
2. нарушения в системе гемостаза;
3. трофобластическая болезнь;
- 4. -задержка в матке остатков плацентарной ткани.**

97.Наиболее информативным в диагностике преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты является:

1. наружное акушерское исследование;
2. влагалищное исследование;
- 3. -УЗИ;**
4. оценка сердечной деятельности;
5. исследование свертывающей системы крови.

98.Предлежанию плаценты способствуют:

1. воспалительные процессы в эндометрии;
2. аборты;
3. генитальный инфантилизм;
4. количество родов;
- 5. -все перечисленное верно.**

99.Предлежание плаценты – это такая патология, при которой плацента располагается:

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

100.Лохии – это:

- 1. -послеродовые выделения из матки;**
2. раневой секрет послеродовой матки;
3. отделение децидуальной оболочки;
4. все перечисленное;
5. ничего из перечисленного.

101.Инволюция матки замедляется:

1. при анемии;
2. при преэклампсии;
3. при сепсисе;
- 4. -все перечисленное верно.**

102.Особенности современного течения послеродовой инфекции:

1. полиэтиологичность;
2. часто вызывается условно патогенной флорой;
3. стертость клинической картины;
4. высокая резистентность к антибактериальной терапии;
- 5. -все перечисленное выше.**

103.Что соответствует I этапу инфицирования согласно классификации послеродовых гнойно-септических инфекций Сазонова-Бартельса?

- 1. -лактационный мастит;**
- 2. -инфекция в пределах послеродовой раны;**
3. инфекция вышла за пределы раны, но ограничена малым тазом;
4. инфекция вышла за пределы малого таза, близка к генерализованной;
5. генерализованная инфекция.

104.Принципы лечения послеродовых воспалительных заболеваний заключаются:

1. в выборе антибиотика с учетом формы и локализации заболевания;
2. в локальном воздействии на очаг инфекции;
3. в повышении неспецифической реактивности организма;
- 4. -во всем перечисленном;**
5. ни в чем из перечисленного.

105. Относится ли мастит к послеродовым инфекциям?

- 1. -да;**
2. нет.

106. Факторами, предрасполагающими к эклампсии, являются:

1. заболевания почек;
2. многоплодная беременность;
3. эндокринная патология;
4. гипертоническая болезнь;
- 5. -все перечисленное верно.**

107. Фактором, не предрасполагающим к преэклампсии, является:

- 1. -аномалии развития плода;**
2. заболевания почек;
3. многоплодная беременность;
4. эндокринная патология;
5. гипертоническая болезнь.

108. Какие признаки характерны для ранних нарушений адаптации к беременности?

- 1. -слинотечение;**
- 2. -потеря веса тела;**
- 3. -боли в подложечной области;**
4. скрытые отеки;
- 5. -обезвоживание;**
- 6. -сухость кожи.**

109. В лечении ранних нарушений адаптации к беременности не используют:

- 1. -диуретики;**
2. инфузионную терапию;
3. физиотерапию;
4. противорвотные средства;
5. седативные препараты.

110. Критерием тяжести преэклампсии является:

1. длительность заболевания;
2. наличие сопутствующих соматических заболеваний;
3. неэффективность проводимой терапии;
4. синдром задержки развития плода;
- 5. -все перечисленное верно.**

111. Наиболее грозным симптомом преэклампсии является:

1. альбуминурия 1 г/л;
2. значительная прибавка в весе;
- 3. -боли в эпигастральной области;**

4. высокое артериальное давление;
5. повышенная возбудимость.

112. При тяжелых формах преэклампсии могут быть следующие осложнения:

1. отслойка сетчатки;
2. кровоизлияние в мозг;
3. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
4. острая почечно-печеночная недостаточность;
- 5. -все перечисленное верно.**

113. Инфузионная терапия при тяжелых формах преэклампсии предполагает:

1. уменьшение гиповолемии;
2. улучшение реологических свойств крови;
3. нормализацию микроциркуляции в жизненно важных органах;
4. лечение гипоксии плода;
- 5. -все перечисленное верно.**

114. Инфузионная терапия при тяжелых формах преэклампсии не предполагает:

1. увеличения ОЦК;
- 2. -гемотрансфузию;**
3. улучшения реологических свойств крови;
4. нормализации микроциркуляции в жизненно важных органах;
5. лечения гипоксии плода.

115. Комплексное лечение беременных с преэклампсией предусматривает:

1. коррекцию ОЦК;
2. спазмолитические препараты;
3. бережное родоразрешение;
4. седативные препараты;
- 5. -все перечисленное.**

116. Наиболее характерным для тяжелой формы преэклампсии является:

1. отеки голеней;
2. альбуминурия;
3. субъективные жалобы: головная боль, нарушение зрения;
- 4. -все перечисленное.**

117. Самой частой причиной материнской смертности при эклампсии является:

1. почечно-печеночная недостаточность;
- 2. -кровоизлияние в головной мозг;**
3. отек легких;
4. инфекция.

118.Оптимальным вариантом родоразрешения при тяжелых формах преэклампсии является:

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

119.Показаниями к срочному родоразрешению при тяжелых формах преэклампсии является:

- 1. -синдром задержки развития плода;**
- 2. -длительное течение и неэффективность лечения;**
3. полиурия;
- 4. -головная боль;**
- 5. -высокое АД.**

120.Патогенетическая терапия при преэклампсии включает борьбу с:

- 1. -гиповолемией;**
2. гиперволемией;
- 3. -гипопротеинемией;**
4. интоксикацией организма;
5. гиперпротеинемией;
- 6. -нарушением реологических свойств крови, КОС и электролитного баланса.**

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

1. преэклампсия;
2. ангиопатия сетчатки;
3. активация хронической инфекции в мочевыводящих путях;
4. все перечисленное неверно;
- 5. -правильно все перечисленное.**

122.Для железодефицитной анемии беременных характерны следующие клинические симптомы, кроме:

- 1. -слабости;**
- 2. -одышки, обмороков;**
- 3. -головной боли, головокружения;**
- 4. -сухости во рту;**
- 5. -ломкости ногтей, выпадения волос.**

123.При нарушении маточно-плацентарного кровотока в первом триместре беременности, как правило, развивается:

- 1. -первичная плацентарная недостаточность;**
2. рвота беременных;

3. гипертония беременных;
4. все перечисленное.

124. Наиболее значимыми причинами развития плацентарной недостаточности является все, кроме:

- 1. -рвота беременных;**
2. преэклампсии;
3. преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты;
4. воспалительных заболеваний гениталий;
5. артериальной гипертензии.

125. Для оценки состояния плода применяется:

1. аускультация;
2. кардиотокография;
3. УЗИ;
4. амниоскопия;
- 5. -все перечисленное.**

126. При оценке КТГ плода имеют значение следующие данные:

1. базальная частота сердечных сокращений;
2. наличие и частота акцелераций;
3. наличие децелераций;
4. амплитуда осцилляций;
- 5. -все перечисленное.**

127. Акцелерация – это:

- 1. -учащение частоты сердечных сокращений плода (ЧСС);**
2. урежение ЧСС плода;
3. отражение аритмии сердечной деятельности плода;
4. отражение внутриутробной задержки роста плода;
5. ничего из перечисленного.

128. Децелерация – это:

1. учащение сердечных сокращений плода;
- 2. -урежение сердечных сокращений плода;**
3. отражение бодрствования плода;
4. отражение глубокого сна плода;
5. ничего из перечисленного.

129. Возможен ли резус-конфликт у резус-отрицательной матери при первой беременности?

1. да;
- 2. -нет.**

130. Какое из следующих состояний часто встречается у новорожденных девочек и обычно не требует лечения?

1. -слизистые выделения из влагалища;
2. сращение половых губ;
3. выпадение уретры;
4. эктопия ануса.

131. Наименьшая масса тела жизнеспособного плода составляет:

1. -500 г;
2. 600 г;
3. 800 г;
4. 1000 г.

132. В нашей стране за критерий жизнеспособности плода (новорожденного) принимается срок беременности с:

1. 20 недель;
2. -22 недели;
3. 26 недель;
4. 28 недель.

133. Оценка состояния новорожденного не включает:

1. сердцебиение;
2. -дыхание;
3. состояние зрачков;
4. тонус;
5. цвет кожи.

134. Продолжительность перинатального периода?

1. от зачатия до родоразрешения;
2. первые 7 дней после родов;
3. -с 22-ой недели внутриутробного развития и включая 7 дней после родов;
4. с 22-ой недели внутриутробного развития и включая 10 дней после родов;
5. с 24-ой недели беременности до 7 дня после родов

135. Для определения переношенности в первую очередь необходимо:

1. провести УЗИ для уточнения положения плода;
2. -установить истинный срок беременности;
3. определить ЧСС плода;
4. определить объем амниотической жидкости;
5. провести сократительный стрессовый тест.

136. Основными признаками «перезрелости» плода являются:

1. -сухая кожа;
2. -отсутствие сыровидной смазки;
3. -узкие швы и роднички;
4. -плотные кости черепа.

137.Для определения перенашивания беременности не информативно:

1. УЗИ;
2. установление истинного срока беременности;
- 3. -определение ЧСС плода;**
4. определение объема амниотической жидкости.

138.Родоразрешение при переношенной беременности проводят с учетом:

1. наличия гипоксии плода;
2. исключения пороков развития плода;
3. степени готовности организма беременной к родам;
4. соразмерности головки плода и таза матери;
- 5. -все ответы правильные.**

139.К показаниям к кесареву сечению при переношенной беременности относятся:

1. тазовое предлежание;
2. крупные размеры плода;
3. поздний возраст женщины;
4. узкий таз;
- 5. -все ответы правильные.**

140.В диагностике переношенной беременности помогают следующие методы исследования:

1. амниоскопия;
2. ЭКГ и ФКГ плода;
3. динамика измерения окружности живота и высоты дна матки;
4. кольпоцитология;
- 5. -все перечисленное.**

141.При нормально развивающейся беременности в крови матери:

1. увеличивается количество тромбоцитов;
2. возрастает содержание фибриногена;
3. повышается вязкость крови;
- 4. -происходит все перечисленное;**
5. ничего из перечисленного не происходит.

142.Какие функции выполняет амниотическая оболочка у млекопитающих?

1. трофическую;
2. дыхательную;
3. выделительную;
4. кроветворную;
- 5. -создание водной среды для зародыша.**

143.Какой из приведенных ниже гормонов не синтезируется плацентой?

1. эстриол;
2. прогестерон;
3. человеческий хорионический гонадотропин;
4. человеческий плацентарный лактоген;
- 5. -пролактин.**

144.Какой из указанных гормонов во время беременности секретруется передней долей гипофиза матери и плода?

1. прогестерон;
- 2. -пролактин;**
3. эстриол;
4. человеческий хорионический гонадотропин;
5. человеческий плацентарный лактоген.

145.Синтез какого гормона возрастает в 1000 раз во время беременности?

1. эстрадиол;
2. прогестерон;
3. кортизол;
- 4. -эстриол;**
5. тироксин.

146.Какие из положений неверны:

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;**

147.При развивающейся беременности происходит все, кроме:

1. увеличения размеров матки;
2. размягчения ее;
3. изменения реакции на пальпацию;
- 4. -уплотнения матки;**
5. изменения ее формы.

148.К вероятному признаку при диагностике беременности относят:

1. изменение настроения;
2. изменение обоняния;
3. выслушивание сердцебиения плода;
- 4. -увеличение матки.**

149.А., 21 год, обратилась в женскую консультацию в связи с задержкой менструации на 2 недели. При осмотре: цианоз слизистой влагалища, матка размягчена, слегка увеличена, выделения обычные. Какой совет Вы дадите женщине?

- 1. -наблюдение в женской консультации;**

2. консультация хирурга;
3. анализ мочи на 17 кетостероиды;
4. пункция брюшной полости через задний свод.

150. При нормально развивающейся беременности в крови матери:

1. увеличивается количество тромбоцитов;
2. возрастает содержание фибриногена;
3. повышается вязкость крови;
4. **-происходит все перечисленное;**
5. ничего из перечисленного не происходит.

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО ГИНЕКОЛОГИИ
4МПФ**

151. Большие 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.**

152. Передняя стенка влагалища в ее верхнем отделе граничит:

1. с мочеточником;
2. **-с мочевым пузырем;**
3. с мочеиспускательным каналом;
4. ни с чем из перечисленного.

153. Гестагены обладают следующим действием:

1. снижают содержание холестерина в крови;
2. определяют развитие первичных и вторичных половых признаков;
3. повышают тонус матки;
4. верно все перечисленное;
5. **- все перечисленное неверно.**

154. Андрогены образуются:

1. в яичнике (интерстициальных клетках, строме, внутренней теке);
2. в сетчатой зоне коры надпочечников;
3. **-верно и то, и другое;**
4. и то, и другое неверно.

155. Обмен эстрогенов протекает по схеме:

1. **-эстрадиол – эстрон – эстриол – нестероидные продукты;**
2. эстрадиол – эстриол – эстрон – нестероидные продукты;
3. эстрон – эстрадиол – эстриол – нестероидные продукты;
4. эстриол – эстрадиол – эстрон – нестероидные продукты;
5. все перечисленное неверно.

156.Механизм действия гормонов на клетку обусловлен наличием:

1. простагландинов;
- 2. -рецепторов;**
3. специфических ферментов;
4. всего перечисленного;
5. ничего из перечисленного.

157.Малые дозы эстрогенов:

- 1. -стимулируют продукцию ФСГ;**
2. подавляют продукцию ФСГ;
3. усиливают продукцию ЛГ;
4. подавляют продукцию ЛТГ.

158.Действие больших доз экзогенных эстрогенов на яичник:

1. увеличивается выработка яичником эстрогенов;
2. увеличивается выработка яичником прогестерона;
- 3. -происходит атрофия яичниковой ткани;**
4. все перечисленное неверно.

159.Фаза секреции в эндометрии может быть полноценной только в том случае, если:

1. полноценная фаза пролиферации;
2. произошла овуляция;
3. функционирует полноценное желтое тело;
- 4. -верно все перечисленное.**

160.Десквамация функционального слоя эндометрия происходит вследствие:

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

161.К тестам функциональной диагностики относится:

1. исследование шеечной слизи;
2. измерение базальной температуры;
3. кольпоцитология;
- 4. -все ответы правильные;**
5. все ответы неправильные.

162.К тестам функциональной диагностики относятся все нижеперечисленные, кроме:

1. кариопикнотический индекс (КПИ);

2. симптом «зрачка»;
3. измерение базальной температуры;
- 4. -проба с гестагенами;**
5. симптом папоротника.

163. Тесты функциональной диагностики позволяют определить:

1. двухфазность менструального цикла;
2. уровень эстрогенной насыщенности организма;
3. наличие овуляции;
4. полноценность лютеиновой фазы цикла;
- 5. -все перечисленное.**

164. 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. ничто из перечисленного.

165. Тест базальной температуры основан:

1. на воздействии эстрогенов на гипоталамус;
2. на влиянии простагландинов на гипоталамус;
- 3. -на влиянии прогестерона на терморегулирующий центр гипоталамуса;**
4. ни на чем из перечисленного.

166. Монотонная кривая базальной температуры характерна:

1. для двухфазного менструального цикла;
2. для двухфазного менструального цикла с укорочением лютеиновой фазы до 5 дней;
3. для ановуляторного менструального цикла;
- 4. -ни для чего из перечисленного;**
5. для всего перечисленного.

167. Показателем недостаточности функции желтого тела на графике базальной температуры (при 28-дневном менструальном цикле) является продолжительность второй фазы менее:

1. 4-6 дней;
2. 6-8 дней;
- 3. -8-10 дней;**
4. 10-12 дней.

168. Положительный симптом «зрачка» в течение всего менструального цикла свидетельствует:

1. о наличии гиперандрогении;
- 2. -об укорочении II фазы цикла;**
3. о наличии ановуляторного цикла;
4. обо всем перечисленном;
5. ни о чем из перечисленного.

169. Для ановуляторного менструального цикла характерно:

- 1. -циклические изменения в организме;**
2. длительная персистенция фолликула;
3. преобладание гестагенов во второй фазе цикла; 4. преобладание гестагенов в первой фазе цикла.

170. Ювенильные маточные кровотечения чаще всего обусловлены:

1. нарушением ритмической продукции гормонов яичника;
2. органическими заболеваниями половой системы;
3. заболеванием различных систем организма;
- 4. -всем перечисленным;**
5. ничем из перечисленного.

171. Основным методом остановки дисфункционального маточного кровотечения в пременопаузальном периоде является:

1. применение синтетических эстроген-гестагенных препаратов;
2. введение кровоостанавливающих и сокращающих матку средств;
3. использование андрогенов;
4. применение 17-оксипрогестерона капроната (17-ОПК) в непрерывном режиме;
- 5. -раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки полости матки и шейного канала.**

172. Для ановуляторного менструального цикла с персистенцией зрелого фолликула характерно:

1. симптом «зрачка» (+ + +);
2. однофазная базальная температура;
3. в соскобе эндометрия во вторую фазу цикла – поздняя фаза пролиферации;
- 4. -все перечисленное;**
5. ничего из перечисленного.

173. Пройоменорея – это:

1. скудные менструации;
2. короткие менструации (1-2 дня);
- 3. -короткий менструальный цикл, частые менструации;**
4. все перечисленное;

5. ничего из перечисленного.

174. Опсоменорея – это:

1. скудные менструации;
2. короткие менструации;
3. отсутствие менструации;
4. **-редкие менструации.**

175. Олигоменорея – это:

1. скудные менструации;
2. **-короткие менструации;**
3. отсутствие менструации;
4. редкие менструации.

176. Гипоменорея – это:

1. **-скудные менструации;**
2. короткие менструации;
3. отсутствие менструации;
4. редкие менструации.

177. Меноррагия – это:

1. дисфункциональное маточное кровотечение;
2. менструация;
3. **-кровотечение, связанное с менструальным циклом;**
4. ациклическое кровотечение, не связанное с менструальным циклом.

178. Метроррагия – это:

1. дисфункциональное маточное кровотечение;
2. менструация;
3. кровотечение, связанное с менструальным циклом;
4. **-ациклическое кровотечение, не связанное с менструальным циклом.**

179. 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. **-верно все перечисленное.**

180. Причиной ложной аменореи у девочек пубертатного возраста может быть все перечисленное, кроме:

1. атрезии гимена;
2. атрезии влагалища;
3. **-аплазии матки;**
4. атрезии цервикального канала.

181. Ложная аменорея может быть обусловлена:

- 1. -атрезией канала шейки матки;**
2. аплазией тела матки;
3. дисгенезией гонад;
4. всеми перечисленными выше заболеваниями.

182. Положительная прогестероновая проба при аменорее (появление через 2-3 дня после отмены препарата менструальноподобного кровотечения) свидетельствует:

1. о наличии атрофии эндометрия;
- 2. -о достаточной эстрогенной насыщенности организма;**
3. гиперандрогении;
4. о гипоэстрогении.

183. При проведении у больной с аменореей гормональной пробы с эстрогенами и гестагенами отрицательный результат ее (отсутствие менструальной реакции) свидетельствует:

1. о наличии аменореи центрального генеза;
2. о яичниковой форме аменореи;
- 3. -о маточной форме аменореи;**
4. о наличии синдрома склерокистозных яичников;
5. ни о чем из перечисленного.

184. Отсутствие полового развития обусловлено:

1. перенесенными инфекционными заболеваниями в раннем детстве;
2. перенесенными воспалительными процессами органов малого таза вирусной этиологии;
- 3. -хромосомными аномалиями;**
4. всем перечисленным;
5. ничем из перечисленного.

185. Задержка полового развития – это отсутствие:

- 1. -вторичных половых признаков к 14 годам, а менструации к 16 годам;**
2. вторичных половых признаков к 12 годам, а менструации к 16 годам;
3. вторичных половых признаков к 14 годам, а менструации к 18 годам;
4. вторичных половых признаков к 12 годам, а менструации к 18 годам.

186. Параметрит – это:

1. воспаление яичника;
2. воспаление слепой кишки;
3. воспаление маточной трубы;
- 4. -воспаление околоматочной клетчатки;**
5. воспаление сальника.

187. Факторы устойчивости слизистой влагалища к инфекции?

- 1. -высокий уровень эстрогенов;**
2. низкий уровень эстрогенов;
- 3. -кислая среда;**
4. отсутствие бактерий Дедерлейна;
5. высокий уровень прогестерона.

188. Лечение острого эндометрита, кроме:

1. десенсибилизирующих средств;
- 2. -хирургического лечения;**
3. антибактериальных средств;
4. антиоксидантного комплекса витаминов;
- 5. -спазмолитиков.**

189. Какие заболевания следует дифференцировать при остром воспалении органов малого таза?

- 1. -острый аппендицит;**
2. миому матки;
- 3. -острую инфекцию мочевыводящих путей;**
4. нижнедолевую пневмонию;
- 5. -перекрут ножки опухоли.**

190. Какие утверждения относительно острого цервицита являются верными?

- 1. -он может быть гонорейной этиологии;**
- 2. -сопровождается слизисто-гнойными выделениями из цервикального канала;**
3. отмечается увеличение размеров шейки матки;
4. для лечения применяется криодеструкция жидким азотом;
- 5. -у больных может быть сопутствующая эрозия шейки матки (эктопия).**

191. Для начала острого воспаления придатков матки характерны следующие жалобы:

- 1. -повышение температуры тела;**
- 2. -боли внизу живота;**
3. диспепсические расстройства;
- 4. -нарушение менструального цикла;**
5. рвота.

192. Наиболее важным фактором риска возникновения эндометрита после родов является:

1. частая половая жизнь;
- 2. -кесарево сечение;**
3. роды через естественные родовые пути;

4. предшествующая инфекция мочевых путей;
5. соответствующая инфекция верхних дыхательных путей.

193. Выберите методы исследования, необходимые для постановки диагноза острого сальпингоофорита:

1. -анализ крови в динамике;
2. -ректовагинальное исследование;
3. рентгеноскопия органов брюшной полости;
4. анализ мочи;
5. гистероскопия;

194. Назовите основной клинический симптом бактериального вагиноза:

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

195. Укажите диагностические тесты, свидетельствующие о наличии бактериального вагиноза:

1. -обнаружение ключевых клеток;
2. -повышение рН влагалищного секрета;
3. положительный аминотест белей;
4. все перечисленное выше;
5. ничего из перечисленного выше.

196. Какие факторы способствуют кандидозному вульвовагиниту?

1. -ожирение;
2. -спринцевание содовым раствором;
3. -сахарный диабет;
4. редкие половые сношения;
5. -частый прием антибактериальных препаратов.

197. К развитию кандидозных вагинозов не предрасполагают:

1. беременность и сахарный диабет;
2. прием антидепрессантов;
3. -гипотензивные препараты.

198. Какое заболевание следует заподозрить, если влагалищная дрожжевая инфекция часто повторяется?

1. анемию;
2. -сахарный диабет;
3. системную красную волчанку;
4. эндометриоз гениталий;
5. врожденную гиперплазию надпочечников.

199.Для бактериального вагиноза характерно, кроме:

1. повышения рН влагалищного секрета;
2. **-низкого рН влагалищного секрета;**
3. наличия белей с резким запахом;
4. наличия «ключевых» клеток в мазках;
5. **-обнаружения влагалищных палочек.**

200.Бактериальный вагиноз характеризуется всеми следующими проявлениями, кроме:

1. **-рН 4,5;**
2. ключевых клеток;
3. положительного теста с едким калием;
4. хорошего эффекта от лечения метронидазолом.

201.Укажите критерии излеченности гонореи:

1. отсутствие жалоб;
2. отсутствие в мазках гонококков после окончания курса специфической терапии;
3. отсутствие анатомических изменений в придатках матки;
4. **-отсутствие в мазках гонококков, взятых в дни менструации в течение 3 менструальных циклов после окончания курса лечения и проведения провокаций.**

202.Какие жалобы предъявляет больная, страдающая обострением хронического сальпингоофорита?

1. **-постоянные боли внизу живота и в крестце;**
2. **-общее недомогание;**
3. **-бесплодие;**
4. шум в ушах;
5. **-появление температуры;**
6. нагрубание молочных желез.

203.Какая инфекция передается половым путем?

1. **-микоплазмы;**
2. клостридии;
3. **-трихомонады;**
4. **-гонококки.**

204.Какие из перечисленных инфекций могут передаваться половым путем?

1. **-трихомониаз;**
2. **-микоплазмоз;**
3. **-кандидомикоз;**
4. **-кандиломатоз;**

5. герпетическая, вызванная вирусом простого герпеса типа I.

205. Для трихомонадного кольпита наиболее типичны выделения из влагалища:

1. белые, творожные;
2. серые, с аминным запахом;
3. прозрачные, слизистые;
4. **-желто-зеленые, пенистые;**
5. серозные с прожилками крови.

206. Лечение половых партнеров требуется при инфицировании:

1. **-трихомонадами;**
2. **-кандидами;**
3. стрептококками;
4. **-гонококками;**
5. **-гарднереллами.**

207. Какие из перечисленных антибиотиков эффективны в лечении хламидиоза?

1. **-сумамед;**
2. **-эритромицин;**
3. ампициллин;
4. **-клиндамицин;**
5. **-доксциклин.**

208. Какие поражения может вызывать диссеминированная гонококковая инфекция?

1. **-дерматит;**
2. **-лихорадку;**
3. **-эндокардит;**
4. **-септицемию;**
5. **-менингит.**

209. Возбудителем хламидийной инфекции являются:

1. вирусы;
2. грамотрицательные диплококки;
3. грамположительные бактерии;
4. **-микроорганизмы, занимающие промежуточное положение между бактериями и вирусами;**
5. пептострептококки.

210. У пациентки 30 лет, имеющей небольшие изъязвления на малых половых губах, будет диагностирован:

1. псориаз;
2. **-герпес генитальный;**

3. пиогенная гранулема;
4. рак вульвы;
5. первичный сифилис.

211. У женщины 32 лет в толще нижней трети большой половой губы определяется безболезненное образование тугоэластичной консистенции диаметром до 6 см. Какая из патологий наиболее вероятна?

1. **-киста бартолиновой железы;**
2. гемангиома;
3. парауретральная киста;
4. нейрофиброма;
5. увеличенная сальная железа.

212. Для этиотропной терапии урогенитального хламидиоза применяют:

1. антибиотики пенициллинового ряда;
2. **-макролиды;**
3. нитрофураны;
4. **-рифампицины;**
5. **-сульфаниламидные препараты;**
6. **-тетрациклины.**

213. Наиболее частой причиной непроходимости маточных труб является:

1. сифилис;
2. **-хламидиоз;**
3. **-гонорея;**
4. токсоплазмоз;
5. грибковый кольпит.

214. Объем хирургического лечения при доброкачественных опухолях яичников у молодых женщин:

1. удаление придатков;
2. **-резекция яичника с возможно большим сохранением здоровой ткани органа;**
3. надвлагалищная ампутация матки с придатками на стороне поражения;
4. удаление яичника на стороне поражения.

215. Показанием к хирургическому лечению при фибромиоме матки являются:

1. большие размеры опухоли;
2. сдавление опухолью соседних органов;
3. маточные кровотечения с анемизацией женщины;
4. некроз и нагноение миоматозного узла;
5. **-все перечисленное.**

216.Радикальным оперативным вмешательством при миоме матки является:

1. -надвлагалищная ампутация матки;
2. -экстирпация матки;
3. миомэктомия;
4. все перечисленное.

217.Что не характерно для миомы матки?

1. это доброкачественная опухоль, исходящая из мышечной оболочки матки;
2. -склонность к малигнизации;
3. -наиболее часто встречается в молодом возрасте;
4. -дает метастазы.

218.Назовите наиболее частый признак, характерный для миомы матки:

1. -гиперполименорея;
2. бесплодие;
3. нарушение функции мочевого пузыря и прямой кишки;
4. боль в нижних отделах живота.

219.Все следующие утверждения относительно миом матки справедливы, кроме:

1. злокачественное перерождение происходит менее чем в 1 % случаев миомы;
2. миомы можно обнаружить в фаллопиевых трубах и влагалище;
3. миомы редко возникают и растут после менопаузы;
4. -миома перерождается в рак;
5. миома не имеет реальной капсулы, хотя кажется инкапсулированной.

220.Наиболее информативный метод диагностики субмукозного миоматозного узла:

1. осмотр шейки матки в зеркалах с последующим бимануальным исследованием;
2. лапароскопия;
3. -гистероскопия;
4. кольпоскопия;
5. рентгенопельвиография.

221.Консервативная миомэктомия проводится обычно:

1. у больных молодого возраста;
2. при подбрюшинном расположении узла миомы на ножке;
3. для сохранения менструальной функции;
4. для сохранения генеративной функции;
5. -во всем перечисленном.

222.Показания к экстирпации матки при миоме:

1. -низкое расположение узлов;
2. -предраковые заболевания шейки матки;
3. вторичные изменения в подслизистом миоматозном узле;
4. сочетание миомы с кистой яичника.

223.Метод медикаментозного лечения миомы матки в репродуктивном возрасте:

1. -гестагены;
2. эстрогены;
3. андрогены;
4. прогестины с низким содержанием гормонов.

224.Показания к хирургическому лечению миомы матки включает все перечисленное, кроме:

1. гиперменореи с анемией;
2. -бесплодия в течение одного года;
3. увеличения матки до 18-недельного срока беременности;
4. быстрого роста миомы.

225.Метод хирургического лечения миомы матки в репродуктивном возрасте:

1. экстирпация матки с придатками;
2. -ампутация или экстирпация матки без придатков;
3. -миомэктомия;
4. соскоб эндометрия;
5. удаление яичников.

226.Оптимальный объем хирургического лечения при наличии миомы матки с расположением узла в шейке:

1. надвлагалищная ампутация матки;
2. консервативная миомэктомия с использованием влагалищного доступа;
3. -экстирпация матки;
4. хирургического лечения миомы матки такой локализации не проводят.

227.Варианты осложнений при доброкачественных опухолях яичника (дающие острую клиническую картину):

1. перекручивание ножки опухоли;
2. разрыв капсулы;
3. кровоизлияние внутрь капсулы;
4. нагноение опухоли;
5. -все перечисленные осложнения.

228.Лечение больных с доброкачественными опухолями яичников:

1. лучевое;
2. -гормональное;

3. **-антибактериальное;**
4. **-возможно наблюдение;**
5. все перечисленное;
6. ничего из перечисленного.

229.Какой метод исследования не обязателен для подтверждения диагноза миомы матки?

1. ультразвуковое обследование органов малого таза;
2. **-пельвиография;**
3. раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки и шейки;
4. гистероскопия;
5. **-лапароскопия.**

230.Характер менструального цикла при миоме матки?

1. **-двухфазный;**
2. **-ановуляторный;**
3. **-лютеиновая недостаточность;**
4. аменорея;
5. **-монофазный.**

231.Что не относится к эпителиальным серозным опухолям яичников?

1. цистаденома;
2. **-зрелая тератома;**
3. аденофиброма;
4. папиллярная цистаденофиброма;
5. поверхностная папиллома.

232.Какие гормональные препараты не используются в лечении миомы матки и эндометриоза гениталий?

1. **-дексаметазон;**
2. депо-провера;
3. **-микрофоллин;**
4. менопаузальный гонадотропин;
5. **-золадекс.**

233.Что несвойственно для синдрома поликистозных яичников?

1. аменорея;
2. гирсутизм;
3. **-овуляторные менструальные циклы;**
4. ожирение;
5. бесплодие.

234.Какие методы исследования помогают диагностировать субмукозную миому?

1. **-зондирование матки;**

2. лапароскопия;
- 3. -гистеросальпингография;**
4. пельвиография;
- 5. -гистероскопия.**

235.Для функциональных кист яичника (фолликулярных, лютеиновых) характерны осложнения, кроме:

1. перекрута;
2. кровоизлияния в кисту;
- 3. -развития псевдомиксомы брюшной полости;**
4. разрыва с кровотечением в брюшную полость;
- 5. -малигнизации.**

236.Наиболее частым доброкачественным образованием матки является:

1. эндометриоз;
2. цервикальный стеноз;
- 3. -фибромиома;**
4. полипы шейки матки;
5. папиллома.

237.Какое нарушение менструального цикла характерно для лейомиомы?

- 1. -обильное кровотечение в ожидаемое время менструации (гиперменорея);**
2. кровотечение в середине цикла;
3. нерегулярное кровотечение в межменструальном периоде (метроррагия);
4. частые менструации (пройоменорея);
5. задержка менструации после обильного кровотечения.

238.В комплекс лечения миомы матки входят:

- 1. -консервативная миомэктомия;**
- 2. -терапия гестагенными препаратами;**
- 3. -электрофорез йодистым калием;**
4. физиотерапия ультразвуком;
- 5. -лечение андрогенами;**
6. сероводородные ванны.

239.Для подслизистой формы миомы характерно:

- 1. -боль схваткообразного характера;**
2. боль в соседних органах от сдавления их опухолью;
- 3. -гиперполименорея;**
- 4. -матка по форме шаровидная, как при беременности, но консистенция плотная;**
5. на матке отдельный, слегка подвижный узел.

240.Для множественной миомы матки характерно:

1. боль схваткообразного характера;
2. **-боль в соседних органах от сдавления их опухолью;**
3. **-гиперполименорея;**
4. гнойно-кровянистые выделения;
5. **-матка увеличена, деформирована, причудливой формы (форма картофельного клубня);**
6. матка не увеличена, шейка утолщена за счет узла, расположенного в толще шейки или в околошеечной клетчатке.

241. Какие осложнения характерны для субсерозной формы миомы матки?

1. злокачественное перерождение опухоли;
2. **-перекручивание ножки опухоли;**
3. выворот матки;
4. постгеморрагическая анемия.

242. К внутреннему генитальному эндометриозу относится следующая локализация:

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

243. Варианты локализации экстрагенитального эндометриоза:

1. прямая кишка;
2. мочевого пузыря;
3. послеоперационный рубец;
4. область пупка;
5. **-все перечисленные локализации.**

244. Термин аденомиоз применяется:

1. во всех случаях выявления эндометриоза, независимо от локализации;
2. только при очаговых разрастаниях эндометриоидной ткани во внутреннем слое матки;
3. при эндометриозе, который сопровождается образованием кист;
4. **-только в тех случаях, когда прорастание миометрия сопровождается гиперплазией мышечной ткани;**
5. только при ретроцервикальном эндометриозе.

245. Для аденомиоза характерно все перечисленное, кроме:

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

246. Все следующие методы могут быть использованы для исследования эндометрия, кроме:

- 1. -лапароскопии;**
2. биопсии эндометрия;
3. гистероскопии;
- 4. -кульдоцентеза;**
5. гистерографии.

247. Бесплодие при эндометриозе обусловлено всеми перечисленными причинами, кроме:

- 1. -незначительной распространенности процесса;**
2. локальной секреции простагландинов;
3. нарушения функции маточных труб;
4. нарушения синтеза стероидных гормонов;
5. низкого содержания прогестерона в лютеиновой фазе.

248. К наружному генитальному эндометриозу относятся все перечисленные ниже формы, кроме эндометриоза:

1. яичников;
- 2. -тела матки;**
3. шейки матки;
4. позадиматочного пространства;
5. интерстициального отдела маточных труб.

249. Назовите возможные причины нарушения репродуктивной функции при генитальном эндометриозе:

1. изменение функциональной активности маточных труб;
2. спаечный процесс в брюшной полости;
3. выраженные морфологические изменения миометрия;
4. изменение состава перитонеальной жидкости;
- 5. - все перечисленное.**

250. Клинические симптомы эндометриоза яичников, кроме:

1. ноющие боли внизу живота, усиливающиеся накануне и во время менструации;
2. диспареуния;
3. бесплодие;
- 4. -скудные месячные;**
5. раздражительность, плаксивость.

251. Методы диагностики эндометриоза гениталий, кроме:

1. ультразвуковое исследование гениталий;
2. лапароскопия, кольпоскопия, гистероскопия;
3. биопсия эндометрия;

4. метросальпингография;
5. **-бактериологическое исследование содержимого влагалища.**

252. В комплексном лечении больных эндометриозом применяют все, кроме:

1. седативных средств;
2. иммуномодуляторов;
3. ингибиторов протеаз;
4. **-тепловых процедур;**
5. противовоспалительных средств.

253. На основании каких данных можно судить о благоприятных результатах гормональной терапии эндометриоза?

1. **-уменьшение кровопотери во время менструации;**
2. **-двухфазная базальная температура;**
3. **-уменьшение матки в размерах;**
4. **-восстановление генеративной функции;**
5. бесплодие.

254. Операция экстирпации матки отличается от надвлагалищной ампутации матки удалением:

1. верхней трети влагалища;
2. **-шейки матки;**
3. параметральной клетчатки;
4. подвздошных лимфатических узлов;
5. большого сальника.

255. Методы исследования анатомо-функционального состояния яичников:

1. **-цитологическое исследование влагалищного мазка;**
2. зондирование матки;
3. **-симптом «зрачка»;**
4. определение степени чистоты влагалищного содержимого;
5. **-определение базальной температуры;**
6. гистероскопия.

256. 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.

257. 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.

258. Апоплексия яичника чаще наступает:

1. **-в период овуляции;**
2. в стадию васкуляризации желтого тела;
3. в период созревания граафова фолликула;
4. в период атрезии фолликулов.

259. Перечисленные симптомы сопровождают нарушенную трубную беременность:

1. **-односторонняя боль в нижней части живота;**
2. **-влагалищное кровотечение или мажущие выделения;**
3. ректальное кровотечение;
4. **-боли в подлопаточной области.**

260. Прерывание трубной беременности по типу трубного аборта происходит чаще в сроке беременности:

1. 11-12 недель;
2. 9-10 недель;
3. 7-8 недель;
4. **-4-6 недель;**
5. все перечисленное неверно.

261. Клинические симптомы перекрута ножки кистомы яичника, кроме:

1. резких болей в нижних отделах живота;
2. положительного симптома Щеткина-Блюмберга;
3. задержки стула;
4. **-повышения артериального давления;**
5. холодного пота.

262. Осложнения трубной беременности, кроме:

1. внутрибрюшного кровотечения;
2. инфицирования трубной беременности;
3. геморрагического шока;
4. **-апоплексии яичника;**
5. перитубарной гематомы и спаечного процесса в брюшной полости.

263.Причиной эктопической беременности могут быть:

1. -хламидиоз;
2. -генитальный инфантилизм;
3. -хирургические вмешательства на органах малого таза;
4. вагинит;
5. -использование ВМС.

264.Основная причина смерти при эктопической беременности:

1. эмболия легких элементами трофобласта;
2. кишечная непроходимость;
3. острая почечная недостаточность;
4. -внутрибрюшное кровотечение;
5. перитонит.

265.Диагноз перекрута ножки кистомы подтверждает:

1. внезапное резкое возникновение боли;
2. напряжение передней брюшной стенки;
3. положительный симптом Щеткина-Блюмберга;
4. -обнаружение резко болезненной опухоли в малом тазу;
5. лейкоцитоз, ускорение СОЭ.

266.Факторами риска развития внематочной беременности является все перечисленное, кроме:

1. воспалительные заболевания органов малого таза;
2. оперативные вмешательства на органах малого таза;
3. перевязка маточных труб;
4. самопроизвольные аборты;
5. -инфекций, вызванных вирусом простого герпеса.

267.Полученная путем кульдоцентеза кровь при прервавшейся внематочной беременности:

1. алого цвета с быстрым образованием сгустков;
2. -темного цвета;
3. -содержит мягкие сгустки и не свертывается.

268.Критерии излеченности больных гонореей устанавливаются после лечения в течение:

1. одного месяца;
2. двух месяцев;
3. -трех месяцев;
4. четырех месяцев;
5. пяти месяцев.

269.Причиной tuboовариального абсцесса бывают:

1. гепатит;
2. -эндометрит;
3. -сальпингит;
4. -цервицит;
5. плеврит.

270. Причиной тубоовариального абсцесса не бывают:

1. -гепатит;
2. эндометрит;
3. сальпингит;
4. цервицит;
5. -плеврит.

271. Этапом патогенеза тубоовариального абсцесса бывает:

1. перигепатит;
2. -эндометрит;
3. эндосальпингит;
4. цервицит;
5. миометрит.

272. Пельвиоперитонит – это:

1. -перитонит, локализованный в области малого таза;
2. -воспаление брюшины малого таза;
3. воспаление клетчатки малого таза;
4. воспаление серозного покрова матки.

273. Методы лечения гинекологических пельвиоперитонитов:

1. -инфузионная внутривенная терапия;
2. -антибактериальная терапия;
3. гормональная терапия;
4. -лапароскопия с местной санацией очага инфекции;
5. -лапаротомия с удалением первичного очага инфекции.

274. Клинические признаки перитонита:

1. -вздутие живота;
2. -парез кишечника;
3. -прогрессирующая тахикардия;
4. ничего из перечисленного.

275. Возникновению послеоперационного перитонита способствует:

1. недостаточность швов;
2. инфицирование брюшной полости во время операции;
3. некроз ткани культи дистальнее лигатуры;
4. недостаточный гемостаз;
5. -все ответы правильные.

276. Какие жалобы предъявляет больная, страдающая обострением хронического сальпингоофорита?

1. -постоянные боли внизу живота и в крестце;
2. -общее недомогание;
3. -бесплодие;
4. шум в ушах;
5. -появление температуры;
6. нагрубание молочных желез.

277. Какая инфекция передается половым путем?

1. -уреаплазмы;
2. -микоплазмы;
3. клостридии;
4. -трихомонады;
5. -гонококки.

278. Какие из перечисленных инфекций могут передаваться половым путем?

1. -трихомониаз;
2. -микоплазмоз;
3. -кандидомикоз;
4. -кандиломатоз;
5. герпетическая, вызванная вирусом простого герпеса типа I.

279. К развитию кандидозного вагинита предрасполагают:

1. химиотерапия рака;
2. -беременность;
3. -сахарный диабет;
4. -антибиотикотерапия;
5. пиелонефрит.

280. Для трихомонадного кольпита наиболее типичны выделения из влагалища:

1. белые, творожные;
2. серые, с аминным запахом;
3. прозрачные, слизистые;
4. -желто-зеленые, пенистые;
5. серозные с прожилками крови.

281. Какие группы антибиотиков эффективны при лечении хламидиоза?

1. пенициллины;
2. аминогликозиды;
3. -тетрациклины;
4. цефалоспорины;
5. -макролиды.

282. У больной с вульвовагинитом при микроскопии влагалищного мазка обнаружены лейкоциты, клетки слущенного эпителия, обильная кокковая флора, в одном из полей зрения обнаружена трихомонада. Диагноз?

1. неспецифический вульвовагинит;
2. гонорея нижнего отдела;
- 3. -трихомонадный кольпит;**
4. генитальный герпес в сочетании с трихомониазом;
5. кандидомикоз.

283. Лечение половых партнеров требуется при инфицировании:

- 1. -трихомонадами;**
- 2. -кандидами;**
3. стрептококками;
- 4. -гонококками;**
- 5. -гарднереллами.**

284. Какие из перечисленных антибиотиков эффективны в лечении хламидиоза?

- 1. -сумамед;**
- 2. -эритромицин;**
3. ампицилин;
- 4. -клиндамицин;**
- 5. -доксциклин.**

285. Какие поражения может вызывать диссеминированная гонококковая инфекция?

- 1. -дерматит;**
- 2. -лихорадку;**
- 3. -эндокардит;**
- 4. -септицемию;**
- 5. -менингит.**

286. Когда чаще происходит активизация генитального туберкулеза?

1. в 5-6 лет;
2. с началом половой жизни;
- 3. -в период становления менструальной функции;**
4. в 20-25 лет;
5. после 40 лет.

287. Возбудителем хламидийной инфекции являются:

1. вирусы;
2. грамотрицательные диплококки;
3. грамположительные бактерии;
- 4. -микроорганизмы, занимающие промежуточное положение между бактериями и вирусами;**

5. пептострептококки.

288. У молодой женщины, живущей половой жизнью вне брака, после очередных месячных повысилась температура тела до 38°C, появились боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей, при пальпации живота - перитонеальные симптомы. Диагноз?

1. хламидийный сальпингоофорит;
2. острый пельвиоперитонит неспецифической этиологии;
- 3. -восходящая гонорея;**
4. обострение хронического неспецифического сальпингоофорита;
5. гнойный сальпингит.

289. Противопоказанием к зондированию матки, как правило, является:

- 1. -острый воспалительный процесс половых органов;**
2. подозрение на наличие подслизистого миоматозного узла;
3. полип шейки матки;
4. подозрение на атрезию цервикального канала.

290. В каких случаях с диагностической целью показана пункция брюшной полости через задний свод?

- 1. -подозрение на внематочную беременность;**
2. дисфункциональное маточное кровотечение;
3. миома матки;
- 4. -подозрение на апоплексию яичника;**
5. эндометриоз шейки матки.

291. Показания к применению метода кольпоскопии:

- 1. -подозрение на рак шейки матки;**
2. внематочная беременность;
- 3. -эрозия шейки матки;**
- 4. -перед биопсией шейки матки;**

292. Показания к применению зондирования полости матки:

- 1. -подозрение на перфорацию матки при выскабливании;**
2. острый эндометрит;
- 3. -подозрение на наличие подслизистой миомы матки;**
4. рак шейки матки;
5. внематочная беременность;
- 6. -пороки развития матки (перегородка, двурогость).**

293. В каких случаях применяется метод диагностического выскабливания слизистой полости матки?

- 1. -подозрение на рак слизистой матки;**
2. острый эндометрит;
- 3. -кровотечение после менопаузы;**
4. пельвиоперитонит;

5. -подозрение на плацентарный полип;
6. -кистома яичника.

294. Показания к применению метода биопсии:

1. -эрозия шейки матки;
2. интерстициальная миома матки;
3. -контактные кровотечения;
4. -подозрение на лейкоплакию;
5. болезненные месячные;
6. -подозрение на рак шейки матки.

295. Какие из приведенных положений относительно яичника верны?

1. размеры яичника 4,5 см – 4 см – 3 см;
2. яичники покрыты брюшиной;
3. яичники расположены на переднем листке широкой связки;
4. -яичники расположены на заднем листке широкой связки;
5. -размеры яичников 3,5 см – 2 см – 1,5 см.

296. Длина маточной трубы у женщины в репродуктивном возрасте составляет:

1. 7-8 см;
2. 9-10 см;
3. -10-12 см;
4. 15-18 см;
5. 19-20 см.

297. Использование 3% раствора уксусной кислоты при расширенной кольпоскопии позволяет все нижеперечисленное, кроме:

1. отличить патологический участок от неизменной слизистой оболочки шейки матки;
2. дифференцировать доброкачественные изменения слизистой оболочки шейки матки от атипичных;
3. -диагностировать рак шейки матки;
4. отказаться от ненужной биопсии;
5. все ответы неправильные.

298. При кольпоскопии определяют:

1. рельеф поверхности слизистой оболочки влагалищной части шейки матки;
2. границу плоского и цилиндрического эпителия шейки матки;
3. особенности сосудистого рисунка на шейке матки;
4. -все перечисленное;
5. ничего из перечисленного.

299. Показаниями к гистероскопии являются все перечисленные, кроме:

1. дисфункциональных маточных кровотечений;

2. кровотечения в постменопаузе;
- 3. -подозрения на внематочную беременность;**
4. бесплодия.

300. Внутриматочные синехии диагностируются:

1. ультразвуковым исследованием органов малого таза;
- 2. -метросальпингографией;**
3. лапароскопией;
4. кольпоскопией;
- 5. -гистероскопией.**