

Тесты для квалификационного экзамена врачей интернов по специальности акушерство и гинекология на 2019 год

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. правильно 1,3;
5. верно все перечисленное.

Под акушерской промежностью подразумевается участок тканей:

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

Физиологические изменения, происходящие в лонном сочленении во время беременности, приводят к расхождению лонных костей в стороны не более:

1. 0,1 – 0,3 см;
2. 0,4 – 0,6 см;
3. -0,7 – 0,9 см;
4. 1,0 – 1,2 см;
5. 1,3 –1,5 см.

Основные особенности строения влагалища:

1. стенка покрыта многослойным плоским эпителием;
2. в слизистой оболочке нет желез и нет подслизистого слоя;

3. содержимое влагалища – это только результат сокращения шейных желез, маточных труб, клетки слущенного эпителия влагалища;

4. -правильно 1,2;

5. верно все перечисленное.

В связи с беременностью во влагалище происходят следующие физиологические изменения:

1. -резко возрастает кровоснабжение стенок влагалища;

2. -происходит разрыхление стенок влагалища;

3. -происходит гиперплазия и гипертрофия мышечных элементов влагалища;

4. реакция влагалища становится щелочной;

5. все ответы правильны.

К наружным половым органам относятся:

1. большие половые губы;

2. малые половые губы;

3. большие железы преддверия;

4. клитор;

5. -все ответы правильны.

К внутренним половым органам относятся:

1. матка;

2. маточные трубы;

3. яичники;

4. влагалище;

5. -все ответы правильны.

Брюшина покрывает матку, как правило:

1. -по ее передней поверхности – с уровня перешейка;

2. -по ее задней поверхности – почти до уровня наружного зева;
3. -дно матки и ее задний отдел – полностью;
4. только дно матки;
5. все ответы правильны.

Преимущественный ход мышечных волокон в теле матки:

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

Преимущественный ход мышечных волокон в шейке матки:

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

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 неправильны;
5. -верно все перечисленное.

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;
5. все ответы правильны.

Яичник поддерживается в брюшной полости, благодаря:

1. -собственной связке яичника;
2. -широкой маточной связке;
3. -воронко-тазовой связке;
4. крестцово-маточным связкам;
5. круглой связке.

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

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

Что не характерно для желтого тела беременности?

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

Дайте название процессу, при помощи которого зародыш устанавливает связь с телом матери (матки):

1. гаструляция;

2. имплантация;
3. гистогенез;
4. оплодотворение;
5. -плацентация.

Какие структуры (органы) зародыша обеспечивают внешнюю среду при внутриутробном развитии человека?

1. хорион;
2. тело матери;
3. желточный мешок;
4. аллантоис;
5. -амнион.

Когда заканчивается зародышевый и начинается плодовый период внутриутробного развития человека?

1. в конце первого месяца;
2. в середине второго месяца;
3. -в начале третьего месяца;
4. в конце третьего месяца;
5. в начале четвертого месяца.

Первый триместр беременности называется периодом:

1. -органогенеза;
2. -плацентации;
3. плодовым;
4. оплодотворения;
5. имплантации.

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.

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.

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.

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.

Какие функции выполняет амниотическая оболочка у млекопитающих?

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

Какой из приведенных ниже гормонов не синтезируется плацентой?

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

Какой из указанных гормонов во время беременности секретируется передней долей гипофиза матери и плода?

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

Синтез какого гормона возрастает в 1000 раз во время беременности?

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

Взаимоотношение отдельных частей плода – это:

1. положение;
2. позиция;
3. вид;
4. -членорасположение;
5. вставление.

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.

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.

К вероятному признаку при диагностике беременности относят:

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

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. Женщине будет рекомендовано:

1. -наблюдение в женской консультации;
2. консультация хирурга;
3. -анализ крови на хорионический гонадотропин;
4. пункция брюшной полости через задний свод.

Достоверным признаком беременности является:

1. отсутствие менструации;
2. увеличение размеров матки;
3. диспептические нарушения;
4. -наличие плода в матке;
5. увеличение живота.

Нижний маточный сегмент начинает формироваться, как правило, со следующих сроков беременности:

1. -16 недель;
2. 18 недель;
3. 20 недель;
4. 22 недель;
5. 24 недель.

Ранняя диагностика беременности предполагает:

1. изменение базальной температуры;
2. определение уровня ХГЧ в плазме крови;
3. УЗИ;
4. динамическое наблюдение;
5. -все перечисленное.

Причиной появления небольших кровянистых выделений у женщины с нормальным менструальным циклом после задержки менструации на 20 дней, может быть:

1. -начавшийся аборт;
2. нарушение функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы;
3. нарушенная внематочная беременность;
4. пузырьный занос;
5. все перечисленное.

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.

Беременная женщина чаще всего жалуется на:

1. желудочно-кишечные расстройства;
2. на боли внизу живота;
3. -на задержку месячных;
4. на кровянистые выделения из влагалища;
5. все перечисленное.

В женскую консультацию обратилась женщина 26 лет с жалобами на задержку месячных в течении 2-х месяцев, небольшие тянущие боли внизу живота. При влагалищном обследовании определяется матка, увеличенная до 8 недель беременности, цервикальный канал закрыт, придатки без особенностей. Ваш диагноз?

1. неразвивающаяся беременность;
2. -беременность 8 недель, угрожающий аборт;
3. внематочная беременность;

4. миома матки;
5. неполный аборт.

Наиболее частыми осложнениями в первом триместре беременности является все перечисленное, кроме:

1. угрозы выкидыша;
2. раннего токсикоза;
3. анемии;
4. гипотонии;
5. -кроме отеков, гипертензии и протеинурии.

Возраст матери менее 18 лет увеличивает риск:

1. преэклампсии;
2. гибели плода;
3. аномалий родовой деятельности;
4. -генетической патологии плода;
5. преждевременных родов.

Склонность к отекам нижних конечностей во время беременности обусловлена:

1. снижением осмотического давления в плазме крови;
2. сдавлением нижней полой вены беременной маткой и повышением венозного давления в нижних конечностях;
3. задержкой натрия в организме;
4. увеличением секреции альдостерона;
5. -всеми перечисленными факторами.

Срок беременности 32 недели, масса плода ниже нормы. Единственный выявленный у беременной фактор риска – курение. Ее беспокоит низкая двигательная активность плода. Содержание какого гормона необходимо определить?

1. прогестерона;

2. -эстриола;
3. пролактина;
4. хорионического гонадотропина.

Наиболее частыми осложнениями беременности в третьем триместре являются:

1. преждевременное созревание плаценты;
2. запоздалое созревание плаценты;
3. -вторичная плацентарная недостаточность;
4. -гипертензия, отеки, протеинурия;
5. все перечисленное.

Причиной развития позднего выкидыша может быть:

1. истмико-цервикальная недостаточность;
2. гипоплазия матки;
3. гиперандрогения;
4. антифосфолипидный синдром;
5. -все перечисленное.

Наиболее выраженный фактор риска невынашивания беременности среди перечисленных:

1. возраст;
2. -наличие в анамнезе 3 самопроизвольных выкидышей в сроке 8-14 недель;
3. курение;
4. тазовое предлежание плода;
5. рост женщины.

Причиной аборта может быть:

1. инфекция;
2. цервикальная недостаточность;

3. травма;
4. ионизирующее облучение;
5. -все перечисленное верно.

Привычный аборт может быть следствием всех перечисленных состояний, кроме:

1. недостаточности шейки матки;
2. гормональных расстройств;
3. хромосомных нарушений;
4. двурогой матки;
5. -кисты влагалища.

В каком сроке прерывается беременность при хромосомных аномалиях плода?

1. 16 – 18 недель;
2. -5 – 6 недель;
3. 8 – 10 недель;
4. 28 – 30 недель;
5. 36 – 38 недель.

Наиболее частой причиной самопроизвольного аборта в ранние сроки является:

1. несовместимость по резус-фактору;
2. поднятие тяжести, травма;
3. -хромосомные аномалии;
4. -инфекции;
5. -истмико-цервикальная недостаточность.

К., 25 лет, обратилась в женскую консультацию в связи с задержкой менструации и жалобами на ноющие боли внизу живота и в пояснице. Первые две беременности закончились самопроизвольными выкидышами при сроке 8-10 недель. Базальная температура 37,10С. Каков предположительный диагноз?

1. острый пиелонефрит;
2. -угрожающий привычный выкидыш;
3. -АФС;
4. острый аппендицит.

Начавшийся аборт характеризуется:

1. -кровянистыми выделениями и болями внизу живота;
2. признаками размягчения и укорочения шейки матки;
3. отхождение элементов плодного яйца;
4. изменением размеров матки.

При начавшемся аборте показано:

1. инструментальное удаление плодного яйца;
2. применение антибиотиков;
3. -госпитализация;
4. лечение в амбулаторных условиях.

Е., 32 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей, тянущие боли внизу живота. При осмотре: шейка укорочена, канал свободно проходим для одного пальца, матка увеличена до 10 недель беременности. Кровянистые выделения обильные. Каков диагноз?

1. нарушенная внематочная беременность;
2. пузырный занос;
3. -беременность 9-10 недель, выкидыш в ходу;
4. апоплексия яичника.

Характерные признаки пузырного заноса:

1. кровотечения в I триместре беременности;
2. чрезмерное увеличение размеров матки, не соответствующее сроку предполагаемой беременности;

3. преэклампсия в сроке до 22 недель;
4. тошнота и рвота;
5. -все перечисленное.

Найдите гистологический признак, не характерный для пузырного заноса:

1. -наличие кровеносных сосудов в ворсинах;
2. отсутствие тканей плода;
3. пролиферация трофобласта;
4. увеличение ворсин;
5. отек ворсин.

Частота какой патологии увеличивается у возрастных первородящих?

1. тазовые предлежаия;
2. -слабость родовых сил;
3. отслойка нормально расположенной плаценты;
4. предлежание плаценты;
5. поперечное положение плода.

Наиболее благоприятным для прогноза настоящей беременности является завершение предыдущих беременностей:

1. патологическими родами с оперативным родоразрешением;
2. искусственными абортами;
3. привычными выкидышами;
4. -нормальными родами;
5. все перечисленное.

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.

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.

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.

Причиной преждевременных родов может быть:

1. резус-конфликт;
2. преэклампсия;
3. многоплодная беременность;
4. гестационный пиелонефрит;
5. -все перечисленное.

Что из приведенного не является причиной преждевременных родов?

1. многоводие;
2. многоплодие;

3. -токсикоз первой половины беременности в анамнезе;
4. истмико-цервикальная недостаточность;
5. инфекции.

Какой признак не характерен для преждевременных родов:

1. -излитие околоплодных вод;
2. усиление сокращения миометрия;
3. боли в пояснице;
4. раскрытие шейки матки более 4 см.

При установлении предполагаемой даты родов учитывают следующие данные:

1. регулярность менструального цикла;
2. срок овуляции на 14 день цикла;
3. продолжительность беременности 280 дней;
4. первый день последней менструации;
5. - всё перечисленное верно.

Основными клиническими симптомами многоплодной беременности являются:

1. несоответствие величины матки сроку беременности;
2. указания беременной на частые шевеления плода;
3. выявление при наружном акушерском исследовании трех и более крупных частей плода;
4. все перечисленное неверно;
5. - все перечисленное правильно.

УЗИ в акушерстве позволяет определить:

1. расположение плаценты и ее патологию;
2. состояние плода;
3. неразвивающуюся беременность;

4. аномалии развития плода;
5. гемолитическую болезнь плода;
6. -все перечисленное верно.

Какие показания для ультразвукового исследования беременных?

1. установление срока беременности;
2. диагностика многоплодной беременности;
3. оценка развития плода;
4. получение информации о расположении плаценты;
5. -правильно все.

Амниоскопия позволяет оценить:

1. количество околоплодных вод;
2. окрашивание околоплодных вод;
3. наличие хлопьев сыровидной смазки;
4. -все перечисленное;
5. ничего из перечисленного.

При правильном членорасположении плода головка находится в состоянии:

1. максимального сгибания;
2. -умеренного сгибания;
3. умеренного разгибания;
4. максимального разгибания.

Положение плода - это:

1. отношение спинки плода к сагиттальной плоскости;
2. отношение спинки к фронтальной плоскости;
3. -отношение оси плода к длиннику матки;

4. взаимоотношения различных частей плода.

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.

Правильным положением плода считается:

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

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.

Головное предлежание плода при физиологических родах:

1. переднеголовное;
2. -затылочное;
3. лобное;
4. лицевое.

Наиболее частым предлежанием плода является:

1. чисто ягодичное;

2. ягодичное-ножное;
3. ножное;
4. -головное;
5. поперечное.

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.

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.

При первой позиции спинка плода обращена:

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

При второй позиции спинка плода обращена:

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

Позиция плода при поперечном положении определяется по расположению:

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

Какие тесты относятся к скрининговым в сроке 12-13 недель?

1. -определение альфа-фетопротеина;
2. группа крови и резус-фактор;
3. -определение человеческого хорионического гонадотропина;
4. определение уровня гемоглобина;
5. исследование мазков на цитологию;
6. -УЗИ плода.

Объективное исследование беременной или роженицы начинается:

1. с пальпации живота;
2. с аускультации живота;
3. с измерения таза;
4. -все перечисленное верно.

Первым приемом наружного акушерского исследования определяется:

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

Вторым приемом наружного акушерского исследования определяется:

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

Третьим приемом наружного акушерского исследования определяется:

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

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.

Наружное акушерское исследование во 2-й половине беременности предполагает все нижеперечисленное, кроме:

1. определения положения, позиции, размеров плода;
2. анатомической оценки таза;
3. определения срока беременности;
4. -функциональной оценки таза;
5. оценки частоты и ритма сердцебиения плода.

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.

У правильно сложенной женщины поясничный ромб имеет форму:

1. треугольника;
2. -геометрически правильного ромба;
3. правильного четырехугольника;
4. треугольника, вытянутого в вертикальном направлении;
5. квадрата.

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

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

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.

Диагональная конъюгата может быть определена:

1. по форме поясничного ромба;
2. по высоте лобкового симфиза;
3. по боковой конъюгате;
4. -при влагалищном исследовании;
5. все перечисленное верно.

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.

Диагональная конъюгата равна:

1. 31-32 см;
2. -12-13 см;
3. 14-15 см;
4. 28-29 см;
5. 9-12 см.

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.

Истинная конъюгата равна:

1. 15 см;
2. -11 см;
3. 10 см;
4. 20 см;
5. 9 см.

Нестрессовый тест это:

1. наличие децелерации на КТГ;
2. STV более 4-х;
3. монотонный ритм;
4. многовершинные акцелерации;
5. -появление акцелерации после шевеления плода.

Лучше всего прослушивается сердцебиение при первой позиции переднем виде затылочного предлежания:

1. справа ниже пупка;
2. -слева ниже пупка;
3. слева выше пупка;
4. слева на уровне пупка;
5. в любой точке.

Родоразрешение через естественные родовые пути допустимо при:

1. -эклампсии легкой и средней степени тяжести;
2. тазовом предлежании плода;
3. эклампсии в случае наличия условий для немедленного извлечения плода;
4. наличие 2-х рубцов на матке;
5. поперечном положении плода.

Течение беременности при наличии рубца на матке осложняется:

1. фетоплацентарной недостаточностью;
2. аномалиями прикрепления плаценты;
3. неправильным положением плода;
4. угрозой прерывания беременности;
5. -все перечисленное выше верно.

Что следует предпринять при однократном повышении содержания глюкозы в крови беременной?

1. диета с энергетической ценностью 200 ккал;
2. -стандартная проба на толерантность к глюкозе;
3. определение глюкозы в моче;
4. определение сахара крови через 2 часа после обеда;
5. все перечисленное верно.

Миома матки может быть причиной всех перечисленных состояний, кроме:

1. повторных выкидышей;
2. -пузырного заноса;
3. преждевременных родов;
4. угрожающего аборта;
5. плацентарной недостаточности.

Все перечисленные признаки и симптомы потенциально опасны для здоровья беременной, кроме:

1. кровотечения из влагалища;
2. сильной головной боли;
3. -легкого отека лодыжек и стоп;
4. выделения жидкости из влагалища.

У беременной с наличием варикозной болезни повышается риск возникновения всего перечисленного:

1. -тромбоэмболии;
2. перинатальной заболеваемости;
3. перинатальной смертности;
4. рождения ребенка с малой массой тела;
5. преждевременных родов.

Какие мероприятия следует провести в первую очередь, если у пациентки в 37 недель беременности возникло кровотечение из влагалища, не сопровождающееся болями?

1. родоразрешение путем операции кесарева сечения;
2. -УЗИ плода и плаценты;
3. исследование системы гемостаза;
4. вскрытие плодного пузыря;
5. -осмотр шейки матки в зеркалах.

Какая из причин может вести к маловодию у беременной?

1. микроцефалия;
2. -аномалии мочеполового тракта у плода;
3. тератома копчико-крестцовой области;
4. -вирусная и бактериальная инфекция;
5. все перечисленные.

В каких случаях уровень человеческого хорионического гонадотропина не будет повышен:

1. при многоплодной беременности;
2. у больных хориокарциномой;
3. -при воспалении придатков матки;
4. -при раке шейки матки;

5. все правильно.

Осложнения беременности при использовании ВМС включают все перечисленное, кроме:

1. -врожденных аномалий развития плода;
2. внематочной беременности;
3. неразвивающейся беременности;
4. недоношенности;
5. самопроизвольного аборта.

Госпитализация беременных женщин, страдающих экстрагенитальными заболеваниями и нуждающихся в стационарном обследовании и лечении, осуществляется, как правило:

1. -в отделения по профилю патологии;
2. -в отделения больниц патологии беременных родильных домов (специализированных);
3. -в отделения патологии беременных неспециализированных родильных домов;
4. в санатории-профилактории;
5. все ответы неправильны.

Госпитализация беременной с вирусным гепатитом осуществляется:

1. в родильный дом;
2. -в специальные боксы соответствующих отделений инфекционной больницы;
3. в неспециализированный родильный дом;
4. в наблюдательное акушерское отделение родильного дома.

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

1. умеренная преэклампсия;
2. ангиопатия сетчатки;
3. активация хронической инфекции в мочевыводящих путях;
4. многоводие;

5. -правильно все перечисленное.

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.

Выберите неверное утверждение, касающееся инфекции мочевых путей во время беременности:

1. во время беременности необходимо провести лечение бессимптомной бактериурии;
2. -беременность увеличивает риск возникновения бессимптомной бактериурии;
3. острый пиелонефрит часто приводит к преждевременным родам;
4. если у беременной при первом посещении врача не выявлена бессимптомная бактериурия, в дальнейшем она развивается редко.

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

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

Для лечения острого пиелонефрита у беременной применяются все перечисленные антибиотики, кроме:

1. цефтриаксона;
2. ампициллина;

3. -гентамицина;
4. -тетрациклина.

Что из перечисленного ниже не может быть причиной кровотечения из влагалища при сроке беременности 36 недель?

1. беременность двойней;
2. предлежание плаценты;
3. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
4. -артериальная гипертензия;
5. разрыв варикозного узла влагалища.

В отличие от преэклампсии, при гипертонической болезни характерно наличие:

1. отеков;
2. протеинурии;
3. олигурии;
4. всего перечисленного;
5. -ничего из перечисленного.

В качестве достоверных признаков заболевания сердца у беременной следует рассматривать:

1. одышку;
2. выраженное увеличение размеров сердца;
3. систолический и диастолический шум в области сердца;
4. нарушение сердечного ритма;
5. -все перечисленное.

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

1. выраженный митральный стеноз;

2. выраженный аортальный стеноз;
3. синдром Эйзенменгера;
4. -все перечисленное;
5. ничего из перечисленного.

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

1. в 1 триместре беременности;
2. во 2 триместре беременности;
3. накануне родов;
4. -в родах;
5. -в послеродовом периоде.

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

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

Акушерская тактика при осложненном аппендиците при доношенной беременности предусматривает:

1. -консервативное ведение родов;
2. кесарево сечение с последующей надвлагалищной ампутацией матки;
3. кесарево сечение;
4. кесарево сечение с последующей экстирпацией матки без придатков;
5. кесарево сечение с последующей экстирпацией матки с маточными трубами.

При предоставлении повторнородящей женщине дородового отпуска диагностировано тазовое предлежание плода. Какова дальнейшая тактика ведения беременной?

1. произвести изменение тазового предлежания плода на головное путем наружного поворота;
2. наблюдение в женской консультации с применением корригирующей гимнастики до 40 недель беременности;
3. госпитализация беременной в 34 недели беременности;
4. -госпитализация беременной в 38 недель беременности для подготовки к родам и выбора метода родоразрешения.

Нижеприведенное свидетельствует о патологическом течении беременности, кроме:

1. наличия скудных кровянистых выделений из половых путей;
2. зрелости плаценты третьей степени по данным ультразвукового обследования в 20 недель;
3. ухудшения зрения и появления головных болей в третьем триместре беременности;
4. резкого усиления двигательной активности плода;
5. -ощущения шевеления плода в 20 недель беременности.

На развитие гестационного пиелонефрита не влияет:

1. инфицирование организма;
2. изменение гормонального баланса;
3. давление матки на мочеточник;
4. -ранний токсикоз.

Функциональное состояние почек при хроническом пиелонефрите определяется по результатам:

1. пробы Зимницкого;
2. количества мочевины в крови;
3. количества креатинина в крови;
4. наличия гидронефроза по данным УЗИ;

5. -всего перечисленного;
6. ничего из перечисленного.

При избыточном увеличении массы тела женщины во второй половине беременности, следует заподозрить:

1. крупный плод;
2. преэклампсию;
3. многоводие;
4. многоплодие;
5. -все перечисленное.

Кордоцентез –это:

1. взятие пробы крови из маточных артерий беременной;
2. -взятие пробы крови из вены пуповины;
3. получение околоплодных вод трансвагинальным доступом;
4. получение аспирата ворсин хориона;
5. ничего из перечисленного.

При заднем асинклитизме стреловидный шов расположен:

1. -ближе к лону;
2. ближе к мысу;
3. строго по оси таза;
4. ничего из перечисленного.

При выборе метода обезболивания в родах учитывают все перечисленное, кроме:

1. -времени суток;
2. ожирения;
3. многоплодия;
4. преждевременных родов;

5. наличия у роженицы преэклампсии.

Родовая боль возникает вследствие:

1. раздражения нервных окончаний матки и родовых путей;
2. снижения порога болевой чувствительности мозга;
3. снижения продукции эндорфинов;
4. -всего перечисленного;
5. ничего из перечисленного.

В первом периоде родов для обезболивания применяют все перечисленные препараты, кроме:

1. перидуральной анестезии;
2. наркотических;
3. -окситоцина;
4. анальгетиков.

Показанием для назначения обезболивающих препаратов в первом периоде родов является:

1. раскрытие шейки матки до 4 см;
2. слабость родовой деятельности;
3. -дискоординация родовой деятельности;
4. отсутствие плодного пузыря;
5. -желание женщины;
6. все перечисленное.

Проницаемость медикаментозных препаратов через плацентарный барьер обусловлена:

1. высокой растворимостью препарата в жирах;
2. высокой концентрацией в крови;
3. низкой молекулярной массой;

4. -всем перечисленным;
5. ничем из перечисленного.

При применении промедола в родах возможными осложнениями могут быть:

1. анурия;
2. гипертензия;
3. -угнетение дыхания у матери и плода;
4. все перечисленные;
5. никакие из перечисленных.

При ручном обследовании послеродовой матки обычно применяют следующее обезболивание:

1. нейролептаналгезию;
2. -внутривенное введение анестетика;
3. пудендальную анестезию;
4. -перидуральная анестезия;
5. парацервикальную анестезию.

При угрозе разрыва матки применяют следующее обезболивание:

1. промедол;
2. электроанальгезию;
3. пудендальную анестезию;
4. парацервикальную анестезию;
5. -ничего из перечисленного.

Расстояние между передним углом большого родничка головки плода и подзатылочной ямкой – это:

1. прямой размер;
2. вертикальный размер;

3. -малый косой размер;
4. средний косой размер;
5. большой поперечный размер.

В конце беременности у первородящей женщины в норме шейка матки:

1. удлинена;
2. -укорочена;
3. сглажена частично;
4. сглажена полностью;
5. сохранена.

Для зрелой шейки матки характерно:

1. расположение ее по проводной оси таза;
2. размягчение на всем протяжении;
3. проходимость цервикального канала для 1-1,5 пальцев;
4. укорочение шейки до 1-1,5 сантиметров;
5. -все перечисленное.

К какому из способов родовозбуждения целесообразно прибегнуть при доношенной беременности и зрелой шейке матки:

1. внутривенное введение окситоцина;
2. -амниотомия;
3. введение простагландинов в шейку матки;
4. стимуляция сосков;
5. введение в цервикальный канал палочек ламинарии.

Какой из способов родовозбуждения целесообразно использовать в сроке 38 недель и незрелой шейке матки?

1. амниотомия;

2. -введение палочек ламинарии;
3. внутривенное введение окситоцина;
4. -внутривенное введение простагландинов;
5. ни одно из перечисленного.

Что из нижеперечисленного 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.

Признаками развивающейся нормальной родовой деятельности являются:

1. излитие вод;
2. нарастающие боли в животе;
3. -наличие регулярной родовой деятельности;
4. -укорочение и раскрытие шейки матки;
5. боли в надлобковой и поясничной области.

Какая из указанных причин преждевременного разрыва плодных оболочек неверна?

1. разрыв плодных оболочек происходит под влиянием механических факторов;
2. -это наследственная патология;
3. преждевременный разрыв плодных оболочек связан с инфицированием;
4. причины множественные;
5. ничего из перечисленного.

Выберите неверное предложение, характеризующее схватки в активной фазе родов:

1. во время схватки в полости матки повышается давление;

2. схватки вызывают раскрытие шейки матки;
3. -во время схваток нижний сегмент утолщается;
4. схватки возникают каждые 2-4 минуты;
5. схватки продолжаются 45 секунд.

Что характерно для схваток в активной фазе родов:

1. во время схватки в полости матки повышается давление;
2. схватки вызывают раскрытие шейки матки;
3. схватки возникают каждые 2-4 минуты;
4. схватки продолжаются 60 секунд;
5. -все перечисленное.

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.

Для схваток в активной фазе родов характерно:

1. схватки вызывают раскрытие шейки матки;
2. во время схваток давление в полости матки достигает 40 мм рт. ст.;
3. схватки возникают каждые 2-4 минуты;
4. схватка продолжается 50 секунд;
5. -все перечисленное верно.

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.

В родах при головном предлежании плода следующая базальная частота сердечных сокращений считается нормальной:

1. -120-160 ударов в минуту;
2. 110-150 в минуту;
3. 100-180 в минуту;
4. более 200 в минуту.

Назовите признаки начала второго периода родов:

1. появление потуг;
2. излитие околоплодных вод;
3. -полное открытие маточного зева;
4. врезывание головки плода.

В активной фазе родов (раскрытие шейки матки на 4-5 см) обеспечит адекватную анестезию:

1. парацервикальной блокады;
2. каудальной блокады;
3. блокады полового нерва;
4. -перидуральной анестезии.

Влагалищное исследование в родах производят с целью:

1. определения целостности плодного пузыря;
2. определения степени раскрытия шейки матки;
3. определения особенностей вставления головки плода;
4. оценки размеров и состояния костного таза;

5. -всего перечисленного выше.

В какой ситуации можно говорить о вставлении головки плода во вход в таз.

1. головка находится в полости таза;
2. -бипариетальный размер головки находится в плоскости входа в малый таз;
3. предлежащая часть находится на уровне седалищных остей;
4. стреловидный шов – в поперечном размере таза;
5. головка плода согнута.

В какой плоскости малого таза заканчивается внутренний поворот головки?

1. над входом в таз;
2. в плоскости входа в малый таз;
3. в плоскости широкой части полости таза;
4. в плоскости узкой части полости таза;
5. -в плоскости выхода таза.

Основные движения плода во время родов происходят в определенной последовательности. Какая из представленных последовательностей правильная?

1. продвижение, внутренний поворот, сгибание;
2. вставление, сгибание, продвижение;
3. вставление, внутренний поворот, продвижение;
4. -вставление, сгибание, внутренний поворот, разгибание;
5. продвижение, сгибание, вставление.

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.

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.

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.

Преждевременно начавшиеся потуги, как правило, свидетельствуют:

1. о наличии клинически узкого таза;
2. об ущемлении передней губы шейки матки;
3. о дискоординации родовой деятельности;
4. -о всем перечисленном;
5. ни о чем из перечисленного.

После рождения первого плода в матке второй плод в поперечном положении.

Сердцебиение плода ясное, 136 в минуту. Воды второго плода не изливались. Что делать?

1. уточнить позицию второго плода;
2. провести влагалищное исследование;
3. вскрыть плодный пузырь;
4. провести наружно-внутренний акушерский поворот;
5. -выполнить кесарево сечение;

6. все перечисленное верно.

Показанием к проведению влагалищного исследования в экстренном порядке является все перечисленные ниже ситуации, кроме:

1. излития околоплодных вод;
2. появления кровянистых выделений из половых путей;
3. изменения сердцебиения плода;
4. -хронической фетоплацентарной недостаточности;
5. выпадения петель пуповины.

Раннюю амниотомию производят при:

1. преждевременных родах;
2. анатомически узком тазе;
3. тазовом предлежании плода;
4. -плоском плодном пузыре;
5. многоплодной беременности.

Влагалищное исследование в родах производится:

1. перед назначением родостимуляции;
2. при поступлении в стационар;
3. при появлении кровянистых выделений;
4. при излитии вод;
5. -верно все перечисленное.

Ведение родов во втором их периоде включает в себя, главным образом, контроль:

1. -за состоянием роженицы и плода;
2. -за врезыванием и прорезыванием предлежащей части плода;
3. -за состоянием фетоплацентарного кровотока;
4. за давлением в межворсинчатом пространстве;

5. все ответы правильны.

Показанием к рассечению промежности в родах является:

1. угроза разрыва промежности;
2. крупный плод;
3. преждевременные роды (маленький плод);
4. тазовое предлежание плода;
5. -все ответы правильны.

Эпизиотомию проводят для предотвращения:

1. послеродовой язвы;
2. -разрыва мышц промежности;
3. развития ректоцеле и цистоцеле;
4. сокращения мышц, поднимающих анус.

Показания к перинеотомии:

1. высокая ригидная промежность;
2. угрожающий разрыв промежности;
3. преждевременные роды;
4. острая гипоксия плода;
5. -все перечисленное верно.

Для профилактики кровотечения в родах в момент прорезывания головки часто применяется:

1. промедол;
2. -окситоцин;
3. танексановая кислота;;
4. простин;
5. свежемороженая плазма.

Объем физиологической кровопотери в родах:

1. 100 – 150 мл;
2. -200 – 400 мл;
3. 400 – 500 мл;
4. менее 500 мл;
5. менее 1000 мл.

Тактика ведения третьего периода родов зависит от:

1. -степени кровопотери;
2. длительности родов;
3. -наличия признаков отделения последа;
4. состояния новорожденного;
5. длительности безводного промежутка.

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.

Попытка выделить неотделившуюся плаценту, как правило, приводит:

1. к ущемлению последа;
2. к кровотечению;
3. к вывороту матки;
4. -ко всему перечисленному;
5. ни к чему из перечисленного.

К способам выделения из матки неотделившегося последа относят:

1. метод Абуладзе;
2. потягивание за пуповину;
3. метод Креде-Лазаревича;
4. -ручное отделение плаценты и выделение последа;
5. все перечисленные.

Характерными проявлениями тотального плотного прикрепления плаценты являются:

1. боль в животе;
2. кровотечение;
3. высота стояния дна матки выше пупка после рождения плода;
4. -отсутствие признаков отделения плаценты;
5. все перечисленные.

Расстояние между гребнями подвздошных костей:

1. 11 см;
2. 20-21 см;
3. 25-26 см;
4. 30-32 см;
5. -28-29 см.

Расстояние между передневерхними осями подвздошных костей:

1. 24-25 см;
2. 27-32 см;
3. 30-32 см;
4. -25-26 см;
5. 23-24 см.

Показания для ручного обследования матки по клиническим протоколам МЗ РБ 2018:

1. применение в родах простагландинов;
2. длительные роды;
3. роды при тазовом предлежании;
4. роды при наличии рубца на матке после кесарева сечения;
5. -ни одно из перечисленных.

Показания для ручного обследования матки по клиническим протоколам МЗ РБ 2018:

1. роды через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения;
2. после поворота плода на ножку и извлечение за тазовый конец;
3. при родах в тазовом предлежании;
4. -при задержке в матке частей плаценты;
5. -при кровотечении в раннем послеродовом периоде.

Что показано при истинном приращении плаценты?

1. ручное отделение последа;
2. введение сокращающих средств;
3. выскабливание полости матки;
4. холод на живот;
5. -экстирпация или ампутация матки.

Расстояние между большими вертелами бедренных костей:

1. -31-32 см;
2. 28-29 см;
3. 20-21 см;
4. 23-25 см;
5. 26-27 см.

К наиболее ранним признакам преждевременных родов можно отнести все, кроме:

1. регулярных сокращений матки;
2. боли в пояснице;
3. раскрытия шейки матки на 8 см;
4. -нарастающего чувства давления внизу живота.

Для переношенной беременности характерно:

1. маловодие;
2. повышение базального тонуса матки;
3. снижение возбудимости миометрия;
4. уменьшение окружности живота;
5. -все ответы правильны.

Для перенашивания беременности характерно все перечисленное, кроме:

1. отсутствия родовой деятельности;
2. ухудшения сердечной деятельности плода;
3. уменьшения окружности живота при целом плодном пузыре (за счет всасывания околоплодных вод);
4. окрашивания околоплодных вод меконием;
5. -повышения артериального давления.

Какой признак не характерен для переношенной беременности?

1. большая масса плода;
2. узкие швы и роднички;
3. -анемия беременной;
4. кальцификация плаценты;
5. все перечисленные.

Основными признаками «перезрелости» плода являются:

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

Для определения перенашивания беременности не информативно:

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

К обоснованным показаниям к кесареву сечению при перенесенной беременности относятся:

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

Термином «послеродовой период» обычно обозначают:

1. -первые два месяца после родов;
2. период грудного вскармливания новорожденного;
3. период послеродовой аменореи;
4. все перечисленное.

Лохии – это:

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

Ведение родильниц в раннем послеродовом периоде заключается в контроле:

1. -артериального давления, пульса, дыхания;
2. -сократительной функции матки;
3. -кровопотери;
4. кольпоцитологического исследования;
5. все ответы правильны.

В раннем послеродовом периоде происходят следующие изменения в половой системе родильницы:

1. инволюция матки;
2. формирование шейного канала шейки матки;
3. восстановление тонуса мышц тазового дна;
4. ретракция, контракция матки и тромбообразование в сосудах плацентарной площадки;
5. -все ответы правильны.

Основное значение в нормальной инволюции послеродовой матки имеет:

1. естественное вскармливание новорожденного;
2. нормальное функционирование кишечника и мочевого пузыря родильницы;
3. гигиена родильницы;
4. диета родильницы;
5. -все ответы правильны.

Инволюция матки замедляется:

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

Контроль за сокращением матки после родов можно осуществить:

1. путем измерения высоты стояния дна матки над лоном сантиметровой лентой;
2. с помощью ультразвукового исследования;
3. при влагалищном исследовании;
4. -с помощью всех перечисленных выше методов;
5. не может быть использован ни один из перечисленных выше методов.

Субинволюция матки после родов может быть обусловлена:

1. развитием воспалительного процесса;
2. невозможностью грудного вскармливания;
3. задержкой частей плаценты в матке;
4. слабостью родовой деятельности;
5. -все перечисленное выше верно.

Совместное пребывание матери и ребенка в послеродовом отделении способствует:

1. снижению частоты гнойно-септических заболеваний;
2. становлению лактации;
3. формированию психоэмоциональной связи матери и ее ребенка;
4. -всему перечисленному выше;
5. ничему из перечисленного выше.

Для уменьшения нагрубания молочных желез используют:

1. ограничение приема жидкости;

2. введение но-шпы и окситоцина;
3. сцеживание;
4. физические методы воздействия (масляные компрессы, ультразвук, коротковолновая УФ – облучение);
5. -все перечисленное выше.

Для профилактики и лечения трещин сосков используют все перечисленные ниже средства, кроме:

1. мазевых аппликаций;
2. физических методов воздействия;
3. воздушных ванн;
4. -гормональных средств;
5. антисептических препаратов.

Раннее прикладывание ребенка к груди нецелесообразно:

1. после преждевременных родов;
2. после оперативного родоразрешения;
3. -при травме новорожденного;
4. -при тяжелой гемолитической болезни плода;
5. при всех перечисленных выше клинических случаях.

Гипогалактия может быть обусловлена всеми перечисленными ниже факторами, кроме:

1. переутомления и стресса в родах;
2. патологической кровопотери в родах;
3. осложненного течения беременности и родов;
4. -небольшой величины молочных желез;
5. неправильного кормления ребенка и сцеживания.

Основными причинами гипогалактии являются:

1. экстрагенитальные заболевания;
2. эндокринная патология;
3. большая кровопотеря в родах;
4. снижение секреции пролактина;
5. -все ответы правильны.

Третьи сутки послеродового периода. Температура тела 38.2 С. Родильница жалуется на боли в молочных железах. Пульс 86 ударов в минуту, молочные железы значительно и равномерно увеличены, чувствительные при пальпации. Что делать?

1. ограничить питье;
2. иммобилизовать грудь;
3. -опорожнить грудь путем сцеживания;
4. назначить родильнице слабительное;
5. компресс на молочные железы.

К кровотечению в раннем послеродовом периоде предрасполагает:

1. слабость родовой деятельности;
2. многоводие;
3. многоплодие;
4. крупный плод;
5. -все перечисленное.

Послеродовые кровотечения возможны во всех перечисленных ситуациях, кроме:

1. -поперечного положения плода;
2. многоплодной беременности;
3. длительных родов;
4. многоводия;
5. тромбоцитопении.

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. -истинное приращение плаценты.

При начавшемся кровотечении в послеродовом периоде необходимо, прежде всего:

1. провести ручное отделение плаценты;
2. ввести сокращающие матку средства;
3. осмотреть родовые пути;
4. -определить признаки отделения плаценты;
5. лед на низ живота.

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.

Ранний послеродовой период. Кровопотеря 250 мл. Кровотечение продолжается. Матка на уровне пупка, мягкая. После наружного массажа и введения сокращающих препаратов матка сократилась, но затем вновь расслабилась. Кровопотеря 400 мл. Женщина побледнела. Появилось головокружение. АД 90/50 мм рт. ст. Пульс 100 уд. в мин. Что следует предпринять в первую очередь?

1. приступить к переливанию крови;
2. -ручное обследование полости матки;
3. наложить клеммы по Бакшееву;
4. экстирпация матки;

5. гемостатическая терапия.

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.

При кровотечении в 3 периоде родов и наличии признаков отделения плаценты необходимо:

1. выделить послед наружными приемами;
2. ввести сокращающие матку средства;
3. положить лед на низ живота;
4. -все перечисленное верно.

При кровотечении в 3 периоде родов и наличии признаков отделения плаценты не показано:

1. лед на низ живота;
2. -ручное отделение плаценты;
3. выделение последа наружными приемами;
4. введение сокращающих матку средств.

Показанием к ручному обследованию послеродовой матки является все, кроме:

1. кровопотери, превышающей физиологическую;
2. наличия рубцов на матке;
3. -разрыва шейки матки 1-2 степени;
4. сомнения целостности последа;

5. подозрения на разрыв матки.

В группу риска развития гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде относятся родильницы:

1. больные с миомой матки;
2. те, у кого роды осложнились слабостью родовой деятельности;
3. родившие ребенка с массой тела более 4000г;
4. многорожавшие женщины;
5. -все ответы правильны.

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

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

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;
5. все перечисленное.

Тактика врача при возникновении кровотечения в третьем периоде родов при отсутствии признаков отделения плаценты:

1. ввести средства, вызывающие сокращение матки;
2. применить метод Креде-Лазаревича;

3. применить метод Абуладзе;
4. -произвести ручное отделение плаценты и выделение последа;
5. ввести спазмолитические средства.

Наиболее частая причина кровотечения в раннем послеродовом периоде:

1. -гипотония матки;
2. -задержка частей последа в матке;
3. нарушение свертывающей системы крови;
4. длительный безводный период.

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.

Роженица находится в родах около 10 часов. Воды не изливались. Внезапно роженица побледнела, появились рвота, сильные распирающие боли в животе, матка приняла асимметричную форму, плотная, сердцебиение плода глухое. При влагалищном исследовании установлено: открытие шейки матки полное, плодный пузырь цел, напряжен. Предлежащая часть - головка в полости малого таза. Диагноз?

1. разрыв матки;
2. центральное предлежание плаценты;
3. -преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
4. перитонит.

Роженица находится в родах около 10 часов. Воды не изливались. Внезапно роженица побледнела, появились рвота, сильные распирающие боли в животе, матка приняла асимметричную форму, плотная, сердцебиение плода глухое. При влагалищном

исследовании установлено: открытие шейки матки полное, плодный пузырь цел, напряжен. Предлежащая часть - головка в полости малого таза. Что делать?

1. срочная операция кесарева сечения;
2. -вскрыть пузырь и наложить щипцы;
3. вскрыть плодный пузырь;
4. провести лечение острой гипоксии плода;
5. провести стимуляцию родовой деятельности.

Что необходимо провести в первую очередь, если у пациентки в 37 недель беременности возникло кровотечение из влагалища, не сопровождающееся болями?

1. родоразрешение путем кесарева сечения;
2. родовозбуждение;
3. -УЗИ;
4. -осмотр влагалища в зеркалах;
5. вскрытие плодного пузыря.

Показанием к удалению матки при отслойке нормально расположенной плаценты является:

1. перерастяжение матки;
2. -имбибиция стенки матки кровью;
3. наличие миоматозного узла;
4. наличие добавочного рога матки.

Какие нижеперечисленные признаки и симптомы характерны для тяжелой формы центральной отслойки нормально расположенной плаценты?

1. внутриутробная гибель плода;
2. судорожные схватки;
3. ретроплацентарная гематома;
4. сильные боли в животе;
5. -все перечисленные.

Тяжелая форма отслойки нормально расположенной плаценты вызывает все нижеперечисленные состояния, кроме:

1. внутриутробной гибели плода;
2. бледности кожных покровов;
3. анемии;
4. -Rh – сенсбилизации;
5. всего перечисленного.

В случае преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты удаление матки показано при:

1. гипотонии матки;
2. -имбибиции тканей матки кровью;
3. наличия в области плацентарной площадки узлов миомы;
4. развития ДВС - синдрома;
5. - при кровопотере более 1500 мл.

Роженица находится в 3 периоде родов. 8 минут назад родился плод массой 3500 г. Внезапно усилились кровянистые выделения из половых путей, кровопотеря 200 мл. Что делать?

1. ввести сокращающие матку средства;
2. произвести ручное отделение плаценты и выделение последа;
3. -определить признаки отделения плаценты;
4. приступить к выделению последа наружными приемами;
5. катетеризировать мочевой пузырь.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты осложняется:

1. возникновением матки Кювелера;
2. интранатальной гибелью плода;
3. развитием ДВС-синдрома;

4. геморрагическим шоком;
5. -все перечисленное верно.

Наиболее частой причиной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты является:

1. травма живота;
2. -преэклампсия беременных;
3. перенашивание беременности;
4. многоводие, многоплодие;
5. короткая пуповина.

Для клинической картины преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты не характерно:

1. боли в животе;
2. -отсутствие болей в животе;
3. геморрагический шок;
4. изменение сердцебиения плода;
5. изменение формы матки.

Чаще всего причиной отслойки нормально расположенной плаценты является:

1. -сильный удар в живот;
2. сильные схватки;
3. -преэклампсия;
4. короткая пуповина;
5. преждевременное излитие вод.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты наиболее часто происходит при:

1. -преэклампсия;

2. воспалительных изменениях эндометрия;
3. инфекционно-аллергическом васкулите;
4. иммунологическом конфликте между матерью и плодам;
5. многоплодной беременности.

Что из нижеперечисленного не является причиной преждевременной отслойки плаценты?

1. преэклампсия;
2. сахарный диабет;
3. артериальная гипертензия;
4. -резус-сенсбилизация;
5. нарушение свертывания крови.

Клинические признаки выраженной формы преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты:

1. геморрагический синдром;
2. болевой синдром;
3. острая гипоксия плода;
4. ДВС-синдром;
5. -все перечисленное выше.

При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты роженице показано:

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

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

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

Какой признак не характерен для предлежания плаценты?

1. кровотечение в третьем триместре;
2. анемия;
3. повторяемость кровотечения;
4. -сильные боли в животе.

Расстояние между подбородком и затылочным бугром головки плода – это:

1. прямой размер;
2. вертикальный размер;
3. малый косой размер;
4. средний косой размер;
5. -большой косой размер.

Состояние внутриутробного плода при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты зависит от:

1. площади отслоившейся части плаценты;
2. вида отслойки;
3. быстроты отслойки;
4. морфофункционального состояния плаценты;
5. -всего перечисленного выше.

На фоне интенсивной терапии преэклампсии у женщины при сроке 35 недель появились распирающие боли в животе, исчезло сердцебиение плода. матка напряжена. Наружный зев закрыт. Каков диагноз?

1. разрыв матки;
2. предлежание плаценты;
3. -преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
4. эклампсия.

В родильный дом доставлена беременная женщина при сроке беременности 42 недели. Матка напряжена, части плода не прощупываются. Сердцебиение не выслушивается. Выделений из половых путей нет. Шейка сформирована, наружный зев закрыт. Что делать?

1. назначить родовозбуждение;
2. -родоразрешить путем операции кесарева сечения;
3. назначить кровеостанавливающие препараты;
4. проводить дальнейшее наблюдение;
5. -УЗИ плода.

Во время одной из потуг первородящая женщина с преэклампсией средней тяжести пожаловалась на резкие боли в животе. Матка напряжена, не расслабляется, сердцебиение глухое, аритмичное. Головка находится в узкой части полости малого таза. Открытие шейки матки полное. Из влагалища появились кровянистые выделения в умеренном количестве. Что делать?

1. продолжать дальнейшее наблюдение за течением родов;
2. -закончить роды наложением акушерских щипцов;
3. назначить родостимуляцию;
4. родоразрешить путем операции кесарева сечения.

Первый период 2 срочных родов. Из влагалища появились кровянистые выделения, воды не изливались. Сердцебиение плода ритмичное, 130 ударов в минуту. Что делать?

1. назначить родовозбуждение;
2. -произвести исследование в зеркалах с целью выяснения акушерской ситуации;

3. применить сон-отдых;
4. родоразрешить путем операции кесарева сечения;
5. -УЗИ плода.

Роды двойней. Через 10 минут после рождения первого плода из половых путей женщины появились значительные кровянистые выделения. Второй плод в тазовом предлежании. Что делать?

1. назначить родостимуляцию;
2. -закончить роды путем операции кесарева сечения;
3. произвести экстракцию плода за тазовый конец;
4. предоставить роды естественному течению.

Во время операции кесарева сечения по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты после удаления плода и последа обнаружена имбибиция задней стенки и дна матки кровью на большом протяжении. Каков диагноз?

1. неполный разрыв матки;
2. истинное приращение плаценты;
3. гипотония матки;
4. -матка Кювелера.

Принципы борьбы с геморрагическим шоком в акушерстве включают:

1. местный гемостаз;
2. борьбу с нарушением свертывания крови;
3. инфузионно-трансфузионную терапию;
4. профилактику почечной недостаточности;
5. -все перечисленное верно.

Предлежанию плаценты способствуют:

1. воспалительные процессы в эндометрии;
2. аборты;

3. генитальный инфантилизм;
4. паритет родов;
5. -все перечисленное верно.

Для предлежания плаценты характерно следующее ее расположение:

1. на передней стенке у дна;
2. на дне матки;
3. по задней стенке матки;
4. -частично или полностью перекрывая внутренний зев;
5. в нижнем сегменте матки.

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.

Предлежание плаценты можно предполагать в случае:

1. дородового излития вод;
2. если при пальпации ясно определяется предлежащая часть плода;
3. несоответствие высоты стояния дна сроку беременности;
4. -кровянистых выделений из половых путей без видимой причины;
5. острой боли в животе.

Прямой размер плоскости выхода малого таза:

1. 11 см;
2. -9,5-11,5 см;

3. 12 см;
4. 12,2 см;
5. 10,5 см.

Поперечный размер плоскости выхода малого таза:

1. -11 см;
2. 11,5 см;
3. 12 см;
4. 12,5 см;
5. 10,5 см.

При подозрении на предлежание плаценты влагалищное исследование можно проводить:

1. в женской консультации;
2. в приемном покое родильного отделения;
3. -в родильном отделении и только при развернутой операционной;
4. в любых условиях;
5. все ответы правильны.

Бипариетальный размер головки плода:

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

Предлежание плаценты следует дифференцировать:

1. с перекрутом ножки кистомы яичника;
2. с разрывом матки;

3. с некрозом миоматозного узла;
4. с ущемлением миоматозно измененной матки в малом тазу;
5. -ни с чем из перечисленного.

Клиническая картина при предлежании плаценты обычно зависит:

1. от вида предлежания;
2. от величины кровотечения;
3. от сопутствующей патологии;
4. от длительности кровотечения;
5. -от всего перечисленного.

Характерной особенностью кровотечений при предлежании плаценты является:

1. внезапность их появления;
2. их повторяемость;
3. анемизация беременной;
4. отсутствие болей в животе;
5. -все перечисленное верно.

Для кровотечения при предлежании плаценты характерно:

1. внезапное возникновение;
2. повторяемость;
3. безболезненность;
4. различная интенсивность;
5. -все перечисленное.

Что не характерно для предлежания плаценты:

1. кровотечение из влагалища;
2. -повышенный тонус матки;

3. отсутствие болей в животе;
4. кровотечение в начале III триместра.

Клинический симптом предлежания плаценты:

1. боли внизу живота;
2. изменение сердцебиения плода;
3. изменение формы матки;
4. -кровотечение различной интенсивности без видимой причины;
5. излитие вод.

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

1. предлежание плода (головное, тазовое);
2. состояние шейки матки;
3. состояние плода (живой, мертвый);
4. -выраженность кровотечения;
5. возраст роженицы.

При УЗ-исследовании в сроке 38 недель у женщины с неосложненной беременностью обнаружена плацента, перекрывающая область внутреннего зева. Какова акушерская тактика?

1. амбулаторное наблюдение в женской консультации;
2. проведение влагалищного исследования в женской консультации с целью уточнения диагноза;
3. -госпитализация в отделение патологии беременности родильного дома;
4. рекомендовать явиться в акушерский стационар для госпитализации через 10 дней до родов.

У повторнородящей женщины, находящейся в дородовом отделении по поводу подозрения на предлежание плаценты при сроке 35 недель, одновременно с началом

регулярных схваток появились яркие кровянистые выделения из половых путей. Какова тактика дежурного врача?

1. назначить стимуляцию родовой деятельности;
2. назначить препараты, снимающие родовую деятельность;
3. произвести влагалищное исследование;
4. перевести в предродовую родильного блока;
5. -УЗИ плода и плаценты.

В женскую консультацию обратилась повторнородящая женщина при сроке беременности 33-34 недели по поводу кровянистых выделений из половых путей, появившихся утром после сна. Головка плода над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту. Матка в состоянии обычного тонуса. Какова тактика врача?

1. произвести влагалищное исследование;
2. -срочно госпитализировать в родовое отделение родильного дома;
3. назначить кровоостанавливающие средства;
4. рекомендовать повторный осмотр в женской консультации через 3 дня.

В родильный дом поступила женщина с кровянистыми выделениями из половых путей. Роды 2, своевременные. Воды не изливались. Во влагалище незначительное количество крови в сгустках. Что делать?

1. дать медикаментозный сон-отдых;
2. перевести в операционную для родоразрешения путем операции кесарева сечения;
3. вскрыть плодный пузырь;
4. проводить наблюдение за родовой деятельностью, не предпринимая ничего;
5. -УЗИ плода и плаценты.

В родильный дом доставлена женщина с беременностью 38 недель в состоянии средней тяжести. Кожные покровы бледные. Пульс 100 ударов в минуту. АД 100/60 мм рт. ст., родовой деятельности нет. Матка безболезненная. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное, 160 ударов в минуту. Головка плода над входом в малый таз. Шейка сформирована. Цервикальный канал закрыт. Во влагалище сгустки крови. Что делать?

1. начать гемотранфузию;

2. проводить родовозбуждение;
3. -родоразрешить путем кесарева сечения;
4. проводить наблюдение за беременной.

На протяжении последних двух недель беременная К. страдала преэклампсией. Она доставлена в родильный дом в состоянии средней тяжести. Пульс 100 ударов в минуту, АД 90/60 мм рт. ст. Сердцебиение плода не выслушивается, части плода определяются с трудом. Открытие шейки матки полное, головка прижата ко входу в малый таз. Выделения кровянистые, обильные. Что случилось?

1. разрыв матки;
2. предлежание плаценты;
3. -преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
4. частичное истинное приращение плаценты.

Коагулопатическое кровотечение в раннем послеродовом периоде может быть обусловлено:

1. массивной кровопотерей и геморрагическим шоком;
2. наличием исходной патологии системы гемостаза;
3. преждевременной отслойкой плаценты;
4. длительной задержкой мертвого плода в полости матки;
5. -всеми перечисленными факторами.

Факторами, предрасполагающими к преэклампсии, являются:

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

Фактором, не предрасполагающим к преэклампсии, является:

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

Тяжесть рвоты беременных 1 половины беременности характеризуется:

1. потерей массы тела;
2. -ацетонурией;
3. субфебрилитетом;
4. головной болью;
5. болью внизу живота.

В лечении рвоты беременных не используют:

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

При какой степени тяжести рвоты беременных возможно амбулаторное лечение?

1. -легкой;
2. средней;
3. тяжелой;
4. все перечисленное выше верно.

Ранним признаком преэклампсии является:

1. патологическое и неравномерное увеличение массы тела во второй половине беременности;

2. асимметрия артериального давления;
3. никтурия;
4. тромбоцитопения;
5. -все перечисленное верно.

Развитие преэклампсии у повторнородящей беременной может быть вызвано всеми перечисленными состояниями, кроме:

1. многоплодной беременности;
2. диабета;
3. -гиперплазии щитовидной железы;
4. хронической гипертензии;
5. гломерулонефрита.

Что отличает преэклампсию легкой степени от тяжелой степени?

1. уровень гипертензии;
2. выраженность отечного синдрома;
3. степень протеинурии;
4. -появление общемозговой симптоматики;
5. олигурия.

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.

Критерием тяжести преэклампсии не является:

1. длительность заболевания;

2. наличие сопутствующих соматических заболеваний;
3. -количество околоплодных вод;
4. неэффективность проводимой терапии;
5. синдром задержки развития плода.

Наиболее грозными симптомами преэклампсии являются:

1. альбуминурия 1 г/л;
2. значительная прибавка в весе;
3. никтурия;
4. -высокое артериальное давление;
5. повышенная возбудимость.

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.

В связи с наличием сильных головных болей беременной в конце III триместра произведена спинномозговая пункция и обнаружена кровь. Какой диагноз?

1. энцефалит;
2. -субарахноидальное кровоизлияние;
3. менингит;
4. преэклампсия;
5. эклампсия.

При неосложненном течении беременности, в сроке 39 недель в положении лежа на спине у беременной внезапно упало АД. Появилась бледность кожных покровов. Липкий пот.

Причина указанного состояния:

1. -синдром сдавления нижней поллой вены;
2. отслойка нормально расположенной плаценты;
3. гипогликемическая кома;
4. эмболия околоплодными водами;
5. разрыв матки.

Инфузионная терапия при тяжелых формах преэклампсии предполагает:

1. уменьшение гиповолемии;
2. улучшение реологических свойств крови;
3. стабилизация показателей гемодинамики;
4. лечение гипоксии плода;
5. -все перечисленное верно.

Инфузионная терапия при тяжелой форме преэклампсии не предполагает:

1. увеличение ОЦК;
2. -гемотрансфузию;
3. улучшение реологических свойств крови;
4. стабилизация АД;
5. лечение гипоксии плода.

Комплексное лечение беременных с преэклампсией второй половины беременности предусматривает:

1. коррекцию ОЦК;
2. спазмолитические препараты;
3. стабилизация АД;
4. седативные препараты;

5. -все перечисленное.

Первобеременная, 23 лет. Срок беременности 32 недели, прибавка в весе за неделю составила 1,5 кг. Видимых отеков нет. Что делать?

1. консультация терапевта;
2. осмотр гастроэнтеролога;
3. -госпитализация в отделение патологии беременности родильного дома и обследование по поводу отеков вызванных беременностью;
4. консультация эндокринолога.

Беременная, 33 лет. В течение 3 недель находится в стационаре в связи с сочетанным длительно текущей преэклампсией. Срок беременности 38 недель. Отмечается пастозность лица, отеки ног. АД 140/100 – 160/110 мм рт. ст., в моче следы белка. Установлена задержка внутриутробного развития плода. Каков план ведения беременной?

1. проводить лечение задержки внутриутробного развития плода;
2. продолжать лечение преэклампсии;
3. -родоразрешение;
4. консультация эндокринолога.

Наиболее характерным для преэклампсии является:

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

Родильница, находящаяся в родблоке, пожаловалась на головную боль и ухудшение зрения. Беременность протекала с явлениями преэклампсии. На ногах выраженные отеки. АД 180/120 мм рт. ст. Что делать?

1. назначение диуретиков;
2. назначение гипотензивных средств;
3. консультация окулиста;

4. -срочное оперативное родоразрешение;
5. амниотомия.

В родильный дом поступила беременная женщина при сроке 38 недель; отеки ног, АД 170/110 мм рт. ст., в моче – белок. В момент санитарной обработки в приемном отделении возник приступ судорог с потерей сознания. Каков диагноз?

1. эпилепсия;
2. сердечный приступ;
3. -эклампсия;
4. коллапс.

В приемное отделение родильного дома доставлена повторнородящая женщина после приступа эклампсии. Схватки редкие. Излились светлые околоплодные воды. Сердцебиение плода прослушивается 180 ударов в минуту.

1. назначить лечение слабости родовой деятельности;
2. проводить лечение начавшейся внутриутробной гипоксии плода;
3. -родоразрешение путем операции кесарева сечения;
4. назначить медикаментозный сон – отдых.

У первобеременной, 20 лет, роды осложнились преэклампсией. Схватки по 20-30 секунд через 5 минут. Околоплодные воды не изливались. Сердцебиение плода ритмичное 140 уд. в минуту. Открытие шейки матки на 3 см, артериальное давление 160/100 мм рт. ст. Головная боль. Нарушение зрения. Что делать?

1. проводить лечение преэклампсии;
2. вскрыть плодный пузырь;
3. проводить родостимуляцию;
4. дать медикаментозный сон-отдых;
5. -закончить роды операцией кесарева сечения.

Эклампсию необходимо дифференцировать:

1. с эпилепсией;

2. с гипертонической болезнью;
3. с опухолью мозга;
4. с субарахноидальным кровоизлиянием;
5. -со всем перечисленным.

К преэклампсии беременных, как правило, относится:

1. -отеки;
2. -протеинурия;
3. гипергликемия;
4. гиперинсулинемия;
5. все ответы правильны.

Признаком эклампсии является:

1. гипертензия;
2. -судороги и кома;
3. диарея;
4. альбуминурия и отеки.

Осложнением эклампсии надо считать:

1. неврологические осложнения;
2. гибель плода;
3. отек легких;
4. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
5. -все перечисленное.

Первобеременная, 36 лет, находится на лечении в отделении патологии. Беременность 34 недели, преэклампсия средней степени. АД 160/100 мм рт. ст. При УЗИ выявлен синдром задержки развития плода. Назовите возможные осложнения в данной ситуации:

1. декомпенсированная фетоплацентарная недостаточность;

2. преждевременная отслойка плаценты;
3. внутриутробная гибель плода;
4. приступ эклампсии;
5. -все перечисленное верно.

Что из перечисленного может быть причиной смерти женщины при эклампсии?

1. тонические судороги;
2. клонические судороги;
3. подъем АД;
4. -кровоизлияние в мозг;
5. кровоизлияние в печень.

Возможной причиной смерти при эклампсии является:

1. остановка сердца во время судорог;
2. отек легких;
3. кровоизлияние в мозг, кома;
4. -все перечисленное.

Самой частой причиной материнской смертности при эклампсии является:

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

Признаки преэклампсии включают все нижеследующее, кроме:

1. снижения клубочковой фильтрации;
2. повышения уровня мочевины в плазме;
3. -повышения ОЦК;

4. олигурии;
5. снижения плацентарного кровотока.

Первородящая, 23-х лет, доставлена в роддом после приступа эклампсии. Беременность 37-38 недель, состояние тяжелое. АД 150/100 мм рт. ст. Пульс 98 ударов в минуту. Выраженные отеки на ногах. Сознание заторможенное. Определить тактику ведения беременной:

1. пролонгировать беременность на фоне лечения;
2. проведение интенсивной терапии;
3. -срочное родоразрешение путем операции кесарева сечения;
4. родовозбуждение с наложением акушерских щипцов;
5. ничего из перечисленного.

Оптимальным вариантом родоразрешения при тяжелых формах преэклампсии является:

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

Запущенное поперечное положение плода – это такая акушерская ситуация, при которой имеет место:

1. выпадение ручки плода;
2. вколачивание в таз плечика плода;
3. отхождение вод;
4. правильно 2 и 3;
5. -все перечисленное верно.

При запущенном поперечном положении живого доношенного плода, хорошем его состоянии и отсутствии признаков инфекции у матери наиболее правильным будет проведение:

1. комбинированного акушерского поворота плода на головку с последующей его экстракцией;
2. наружного акушерского поворота плода на головку;
3. родостимуляции окситоцином в надежде на самоизворот;
4. -операции кесарева сечения.

Роды через естественные родовые пути при лобном вставлении доношенного плода:

1. возможны;
2. -невозможны;
3. требуют индивидуального подхода;
4. зависят от массы плода.

Пособие по Цовьянову I применяют при следующем предлежании плода:

1. -чистом ягодичном;
2. смешанном ягодичном;
3. полном ножном;
4. неполном ножном;
5. при всех перечисленных.

Осложнением в родах при тазовом предлежании не является:

1. несвоевременное излитие вод;
2. слабость родовой деятельности;
3. выпадение пуповины;
4. выпадение ножки.
5. -все перечисленное верно

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.

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.

Таз может считаться анатомически узким, если величина наружной конъюгаты менее:

1. -20 см;
2. 19,5 см;
3. 18,5 см;
4. 18 см.

Для общеравномерносуженного таза характерно:

1. уменьшение только прямого размера входа в малый таз;
2. -одинаковое уменьшение всех размеров малого таза;
3. удлинение крестца;
4. правильно все перечисленное.

Характерным для биомеханизма родов при общеравномерносуженном тазе является:

1. асинклитическое вставление;

2. расположение стреловидного шва в поперечном размере;
3. разгибание головки во входе в малый таз;
4. -максимальное сгибание головки.

Простой плоский таз характеризуется:

1. -уменьшением всех прямых размеров полости малого таза;
2. увеличением высоты таза;
3. уменьшением поперечного размера пояснично-крестцового ромба;
4. всем перечисленным;
5. ничем из перечисленного.

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;
4. все перечисленное;
5. ничего из перечисленного.

Возникновению клинически узкого таза способствует:

1. крупный плод;
2. переношенная беременность;
3. неправильное вставление головки;
4. гидроцефалия у плода;
5. -все перечисленное верно.

Признаком клинического несоответствия между головкой плода и тазом матери является:

1. -положительный симптом Цангемейстера;
2. признак Горвица-Гегара;

3. отрицательный симптом Вастена;
4. признак Шредера;
5. все перечисленные.

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.

Размеры таза 24 – 26 – 29 – 18 см. Какой это таз?

1. нормальные размеры таза;
2. -общеравномерносуженный таз;
3. простой плоский таз;
4. общесуженный плоский таз;
5. плоскорихитический таз.

При размерах таза 25 – 27 – 32 – 18 см таз следует отнести к :

1. -простому плоскому;
2. плоскорихитическому;
3. косому;
4. общеравномерносуженному;
5. поперечносуженному.

Для равномерно суженного таза характерно:

1. правильная форма;
2. тонкие кости;

3. равномерное уменьшение всех размеров;
4. острый подлобковый угол;
5. -характерно все перечисленное.

Для клинически узкого таза не характерно:

1. отсутствие продвижения предлежащей части;
2. отек шейки матки;
3. затрудненное мочеиспускание;
4. -отрицательный признак Вастена;
5. слабость родовой деятельности.

Укажите размеры нормального большого таза:

1. 22-25-29-18-9 см;
2. -25-28-31-20-11 см;
3. 27-27-32-18-9 см;
4. 23-25-28-17-8 см;
5. 25-25-28-20-11 см.

Для клинически узкого таза характерно:

1. отсутствие продвижения предлежащей части;
2. затрудненное мочеиспускание;
3. положительный признак Вастена;
4. слабость родовой деятельности;
5. -все перечисленное верно.

Классическое ручное пособие применяется при следующем варианте тазового предлежания плода:

1. смешанном ягодичном;
2. полном ножном;

3. неполном ножном;
4. -при всех перечисленных;
5. ни при каком из перечисленных.

Дистоция шейки матки – это:

1. ригидность тканей шейки из-за рубцовых изменений травматического характера;
2. ригидность тканей шейки из-за рубцовых изменений воспалительного характера;
3. -нарушение крово- и лимфообращения из-за дискоординированного характера сокращений матки;
4. все перечисленное;
5. ничего из перечисленного.

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.

Для слабости родовой деятельности наиболее характерно:

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

Прямой размер головки плода:

1. 9,5 см;

2. 10,5 см;
3. 11 см;
4. -12 см;
5. 13,5 см.

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.

Для первичной слабости родовой деятельности не характерно:

1. наличие регулярных схваток;
2. болезненные схватки;
3. недостаточное продвижение предлежащей части;
4. запоздалое излитие околоплодных вод;
5. -все перечисленное верно.

Лечение первичной слабости родовой деятельности включает:

1. внутривенное капельное введение окситоцина;
2. внутривенное введение простагландинов;
3. применение спазмолитических средств;
4. обезболивающие средства;
5. -все перечисленное верно.

Слабость родовой деятельности характеризуется:

1. нарушением ритма сокращений матки;

2. ослаблением или чрезмерным усилением схваток;
3. наличием судорожных сокращений матки;
4. отсутствием координированности сокращений между правой и левой половиной матки;
5. -ничем из перечисленного.

При вторичной слабости родовой деятельности может быть использовано все нижеперечисленное, кроме:

1. акушерских щипцов;
2. введения окситоцина;
3. введения простагландинов;
4. акушерского сна-отдыха;
5. -введения новокаина в шейку матки.

Для лечения дискоординации родовой деятельности легкой степени, как правило, применяют:

1. промедол;
2. бускопан;
3. токолитики;
4. спазмолитики;
5. -все перечисленное.

Дискоординированная родовая деятельность характеризуется:

1. нерегулярными схватками;
2. различной интенсивностью схваток;
3. болезненными схватками;
4. плохой динамикой раскрытия шейки матки;
5. -все перечисленное верно.

К основным клиническим симптомам дискоординации сократительной деятельности матки относятся:

1. резкая болезненность схваток;
2. повышение базального тонуса матки;
3. затруднения мочеиспускания;
4. симптом Шикеля;
5. -все перечисленные.

Для течения быстрых родов наиболее характерно:

1. повышение температуры тела;
2. тошнота, рвота;
3. сухой язык, тахикардия;
4. все перечисленное;
5. -ничего из перечисленного.

Женщина с сердечно-сосудистой недостаточностью Н0, поступает в клинику на сроке беременности 36 недель. Правильная тактика ведения включает все перечисленное, кроме:

1. назначения диуретиков;
2. назначения сердечных гликозидов;
3. оксигенотерапии;
4. -родоразрешения путем операции кесарева сечения.

Второй период родов. Размеры таза 24-26-29-18 см. головка плода прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода аритмичное, редкое (до 90-100 ударов в минуту). Открытие шейки матки на 6 см. околоплодные воды не изливались. Что делать?

1. проводить лечение начавшейся внутриутробной гипоксии плода;
2. проводить родостимуляцию;
3. вскрыть плодный пузырь;
4. -родоразрешить путем операции кесарева сечения.

Женщина переведена в родблок из отделения патологии беременных для родовозбуждения в связи с перенашиванием беременности. Произведена амниотомия, родовой деятельности нет. Как дальше вести роды?

1. ожидать естественного развития родовой деятельности;
2. -через 3 часа после излития вод начать медикаментозное родовозбуждение;
3. сразу выполнить операцию кесарева сечения;
4. дать медикаментозный сон-отдых.

Первородящая, 28 лет, в анамнезе 2 искусственных аборта, воды излились преждевременно, около 10 часов назад. Схватки в течение 4 часов слабые, нерегулярные, головка плода прижата ко входу в таз. Шейка длиной 2 см, канал проходим для одного пальца. Что делать?

1. проводить родостимуляцию медикаментозными средствами;
2. предоставить роды естественному течению;
3. дать медикаментозный сон-отдых;
4. -родоразрешить путем операции кесарева сечения.

Схватки через 8-10 минут по 20-25 секунд. Воды не изливались. Сердцебиение плода ритмичное, ясное, 136 ударов в минуту. Шейка сглажена, открытие на 3 см. плодный пузырь цел. Головка прижата ко входу в малый таз. Что делать?

1. назначить внутривенное введение окситоцина;
2. -произвести амниотомию;
3. продолжать наблюдение;
4. родоразрешить путем операции кесарева сечения.

Повторнородящая женщина находится в родах 10 часов. Схватки с самого начала через 5-7 минут по 35-40 секунд. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту. Открытие шейки матки на 4 см. Как оценить характер родовой деятельности?

1. дискоординированная родовая деятельность;
2. чрезмерно бурная родовая деятельность;
3. вторичная слабость родовой деятельности;

4. -первичная слабость родовой деятельности.

Второй период запоздалых родов. Головка плода врезывается. Промежность высокая, ригидная. Сердцебиение плода приглушено, 140 уд. в минуту. Что делать?

1. провести родостимуляцию;
2. проводить лечение гипоксии плода;
3. наложить акушерские щипцы;
4. -произвести перинеотомию или эпизиотомию.

Второй период родов. После потуги отмечается урежение сердцебиения плода до 100-110 уд. в минуту, глухое. Головка плода в вы=ходе из малого таза. Что делать?

1. проводить родостимуляцию;
2. наложить акушерские щипцы;
3. проводить лечение начавшейся внутриутробной гипоксии плода;
4. родоразрешить путем операции кесарева сечения;
5. -выполнить вакуум-экстракцию плода.

Роженица находится во втором периоде родов в течение 1 часа. Потуги слабые, короткие. Головка в узкой части полости малого таза, стреловидный шов в прямом размере. Сердцебиение плода 136 уд. в минуту, ясное. Что делать?

1. проводить лечение внутриутробной гипоксии плода;
2. родоразрешить путем операции кесарева сечения;
3. -наложить выходные акушерские щипцы;
4. проводить родостимуляцию.

Роды 3, своевременные. Десять минут тому назад излились околоплодные воды. При осмотре: открытие полное, во влагалище пульсирующая петля пуповины, головка плода слабо прижата ко входу в таз. Предполагаемая масса плода 3200. Что делать?

1. попытаться заправить петлю пуповины за головку и начать родостимуляцию;
2. усилить родовую деятельность;

3. наложить акушерские щипцы;
4. -родоразрешить путем срочного кесарева сечения.

Беременность доношенная, двойня. После рождения первого плода второй плод в матке занял поперечное положение. Предполагаемая масса плода 3000. Что делать?

1. -родоразрешить путем операции кесарева сечения;
2. проводить стимуляцию родовой деятельности;
3. произвести комбинированный наружно-внутренний поворот плода с последующей экстракцией;
4. произвести наружный поворот плода на головку.

Роды 3, преждевременные. Положение плода поперечное, II позиция. Открытие шейки матки неполное. Плодный пузырь цел. Что делать?

1. произвести наружный поворот плода на головку;
2. предоставить роды естественному течению;
3. проводить стимуляцию родовой деятельности;
4. произвести комбинированный наружно-внутренний поворот плода с последующей экстракцией;
5. -выполнить кесарево сечение.

Первородящая. 36 лет, поступила в отделение патологии беременных при сроке беременности 37 недель по поводу тазового предлежания плода. Предполагаемая масса плода 3800 г. Размеры таза нормальные. Какова акушерская тактика?

1. проводить родовозбуждение в 39 недель;
2. произвести наружный поворот на головку;
3. произвести амниотомию с последующим родовозбуждением;
4. -родоразрешить путем операции кесарева сечения при достижении доношенной беременности.

Первородящая женщина с тазовым предлежанием плода поступила в родильный дом в первом периоде родов. Размеры таза 24-27-29-19 см. Предположительная масса плода 3700. Через 3 часа излились околоплодные воды. Что делать?

1. проводить родостимуляцию;
2. наблюдать, предоставить роды естественному течению;
3. -родоразрешить путем операции кесарева сечения;
4. предоставить медикаментозный сон-отдых.

Второй период 1 своевременных родов в тазовом предлежании. Ягодицы в полости малого таза. Потуги короткие, малоэффективные. Сердцебиение плода 168 ударов в минуту, глухое. Что делать?

1. предоставить роды естественному течению;
2. начать родостимуляцию;
3. -закончить роды операцией кесарева сечения;
4. произвести экстракцию плода за тазовый конец.

Роды 4, своевременные, в чистом ягодичном предлежании, второй период родов. Одновременно с излитием околоплодных вод выпала петля пульсирующей пуповины. Тазовый конец плода над входом в малый таз. Сердцебиение плода 150 ударов в минуту. Предполагаемая масса плода 3500. Что делать?

1. предоставить роды естественному течению;
2. -закончить роды срочной операцией кесарева сечения;
3. заправить выпавшую петлю пуповины;
4. проводить ускорение второго периода родов медикаментозными средствами.

Роженица И., 29 лет, родила 20 минут тому назад девочку массой 2700 г. В матке второй плод в тазовом предлежании. Сердцебиение плода ясное, из влагалища скудные кровянистые выделения. Воды второго плода не изливались. Что делать?

1. предоставить роды естественному течению;
2. начать родостимуляцию;
3. -вскрыть плодный пузырь второго плода и роды вести по методу Цовьянова;
4. извлекать плод за тазовый конец.

В роддом доставлена роженица с запущенным поперечным положением плода и выпавшей ручкой. Сердцебиение плода не выслушивается, открытие шейки матки полное. Что делать?

1. произвести наружный поворот на головку;
2. родоразрешить путем операции кесарева сечения;
3. произвести комбинированный наружно-внутренний поворот с последующей экстракцией плода;
4. -произвести плодоразрушающую операцию.

Вертикальный размер головки плода – это расстояние между:

1. переносом и затылочным бугром;
2. -серединой большого родничка и подъязычной костью;
3. передним углом большого родничка и подзатылочной ямкой;
4. теменными буграми;
5. затылочным бугром и подбородком.

Роды шестые, своевременные, продолжаются 4 часа. Схватки интенсивные, положение плода поперечное, головка справа. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд. в минуту. Открытие шейки 4 см. Воды только что излились. Предположительная масса плода 3600. Что делать?

1. совершить наружный поворот плода на головку;
2. -родоразрешить путем операции кесарева сечения;
3. произвести комбинированный наружно-внутренний поворот плода с последующей экстракцией;
4. усилить родовую деятельность.

У роженицы К, 25 лет, сложилась следующая акушерская ситуация. Открытие шейки матки полное. Околоплодные воды излились 30 минут назад. Головка плода в узкой части полости малого таза. Сердцебиение плода не выслушивается. Как дальше вести роды?

1. проводить родовозбуждение;
2. наложить акушерские щипцы;
3. выполнить операцию кесарева сечения;

4. -произвести плодоразрушающую операцию.

Наиболее важный результат широкого применения кесарева сечения:

1. снижение материнской смертности;
2. снижение материнской заболеваемости;
3. -снижение перинатальной смертности;
4. снижение кровопотери.

Досрочное родоразрешение показано при наличии:

1. экламптической комы;
2. анурии;
3. преэклампсии;
4. -всего перечисленного;
5. ничего из перечисленного.

К абсолютным показаниям к кесареву сечению не относится:

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

Абсолютным показанием к операции кесарева сечения у беременной с преэклампсией является:

1. гипоксия плода;
2. гипотрофия плода;
3. внутриутробная гибель плода;
4. все перечисленное;
5. -ничего из перечисленного.

Показанием к операции кесарева сечения при живом плоде является:

1. тазовое предлежание плода;
2. -лицевое предлежание плода подбородок к крестцу;
3. -лобное предлежание плода;
4. -высокое прямое стояние стреловидного шва, задний вид;
5. все перечисленное.

Относительным показанием к операции кесарева сечения при преэклампсии является:

1. отсутствие должной готовности шейки матки к родам;
2. тазовое предлежание плода;
3. поздний возраст первородящей;
4. юный возраст первородящей;
5. -все перечисленное;
6. ничего из перечисленного.

К относительным показаниям к операции кесарева сечения относятся:

1. эндометрит;
2. хориоамнионит;
3. внутриутробная смерть плода;
4. все перечисленное;
5. -ничего из перечисленного.

Показанием к кесареву сечению при сахарном диабете является:

1. гигантский плод или тазовое предлежание;
2. лабильный диабет со склонностью к кетоацидозу;
3. прогрессирующая гипоксия плода;
4. тяжелый гестоз;

5. -все перечисленное

Для современных показаний к операции кесарева сечения характерно:

1. увеличение экстрагенитальной патологии;
2. увеличение числа перинатальных показаний;
3. беременность после ЭКО;
4. наличие рубца на матке;
5. -все перечисленное.

Родоразрешение при высокой степени близорукости с изменением на глазном дне производят путем:

1. самостоятельных родов;
2. использования вакуум-экстрактора;
3. -операции кесарева сечения;
4. все перечисленное верно.

Кесарево сечение показано во всех случаях, кроме:

1. кесарева сечения в анамнезе;
2. гипоксии плода;
3. выпадения пуповины;
4. преждевременной отслойки плаценты;
5. -наличия мертвого плода.

Показания к операции кесарева сечения определяют, как правило, с учетом следующих факторов:

1. возраст женщины;
2. срок беременности;
3. анатомические размеры таза;
4. акушерско-гинекологический анамнез;

5. -все ответы правильные.

Найдите неправильное утверждение:

1. если у женщины была внематочная беременность, риск развития повторной внематочной беременности у нее повышен;
2. у многократно рожавших женщин повышен риск возникновения послеродового кровотечения;
3. вероятность преждевременных родов увеличивается с каждым последующими преждевременными родами;
4. -если женщине один раз было произведено кесарево сечение, то все последующие беременности должны разрешаться путем кесарева сечения.

Наиболее частой методикой операции кесарева сечения является:

1. корпоральное кесарево сечение;
2. экстраперитонеальное кесарево сечение;
3. истмико-корпоральное кесарево сечение;
4. -кесарево сечение в нижнем сегменте (поперечным разрезом);
5. влагалищное кесарево сечение.

Прямой размер головки плода – это расстояние между:

1. -переносьем и затылочным бугром;
2. затылочным бугром и подбородком;
3. передним углом большого родничка и подзатылочной ямкой;
4. границей волосистой части лба и затылочным бугром;
5. серединой большого родничка и подъязычной костью.

Выберите основное осложнение классического разреза матки при кесаревом сечении:

1. -разрыв рубца при следующих беременностях и родах;
2. формирование послеоперационных спаек;
3. плохое заживление ран на матке;

4. более обширное повреждение сосудов матки.

Фактором риска несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения является:

1. выполнение кесарева сечения при преждевременных родах;
2. осложненное течение послеоперационного периода;
3. корпоральное кесарево сечение;
4. интервал между операциями кесарева сечения менее 2 лет;
5. -все перечисленное выше.

Качество послеоперационного рубца на матке после операции кесарева сечения в основном зависит:

1. от выбора методики операции;
2. от техники зашивания разреза на матке;
3. от степени чистоты влагалищного мазка до операции;
4. от ведения и течения послеоперационного периода;
5. -все ответы правильные.

Какое из условий не позволяет произвести операцию наложения акушерских щипцов?

1. живой плод;
2. -раскрытие шейки матки на 4 см;
3. отсутствие плодного пузыря;
4. головка в широкой части полости таза.

Правила введения ложек акушерских щипцов следующие:

1. левую ложку держат правой рукой и вводят в правую половину таза матери;
2. правую ложку держат левой рукой и вводят в левую половину таза матери;
3. все перечисленное правильно;
4. -все перечисленное неправильно.

Расстояние от середины большого родничка головки плода до подъязычной кости – это:

1. малый косо́й размер;
2. средний косо́й размер;
3. большой косо́й размер;
4. -вертикальный размер;
5. прямой размер.

При наложении выходных акушерских щипцов ложки должны лечь на головку плода:

1. в правом косо́м размере;
2. -в поперечном размере;
3. в прямом размере;
4. верно все перечисленное.

Во время влечения головки в акушерских щипцах трaкции должны быть:

1. периодически вращательными;
2. периодически качательными;
3. периодически в виде рывков;
4. верно все перечисленное;
5. -ничего из перечисленного.

Для наложения акушерских щипцов необходимы нижеперечисленные условия, кроме:

1. -внутриутробной гибели плода;
2. полного раскрытия шейки матки;
3. переднего вида затылочного предлежания;
4. отсутствия плодных оболочек;
5. определенного положения головки плода.

Наложение акушерских щипцов противопоказано при:

1. мертвом плоде;
2. анатомически и клинически узком тазе;
3. неполном раскрытии маточного зева;
4. угрожающем разрыве матки;
5. -все перечисленное верно.

Какой из размеров головки является определяющим для оценки степени зрелости плода при УЗИ?

1. фронто-окципитальный;
2. -бипариетальный;
3. субокципито-брегмальный;
4. окципито-ментальный;
5. ни один из перечисленных.

Кому из перечисленных лиц не обязательно проходить консультацию генетика?

1. 35-летняя женщина, планирующая рождение ребенка;
2. женщина, у которой было три самопроизвольных выкидыша;
3. 39-летняя женщина, первый ребенок у которой родился с дефектом нервной трубки;
4. супружеская пара; в генотипе их детей – несбалансированная транслокация;
5. -21-летняя беременная с неосложненным семейным анамнезом.

Какие вещества из плазмы матери проходят плацентарный барьер?

1. соединения, молекулы которых малы для диффузии;
2. соединения, молекулы которых не крепко связаны с белками крови;
3. соединения, в которых нет токсинов;
4. все соединения, молекулярный вес которых ниже 1000;
5. -все перечисленные.

Для оценки состояния плода не применяется:

1. аускультация;
2. кардиотохография;
3. УЗИ;
4. -наружное акушерское исследование.

Что не следует относить к факторам риска генетических нарушений у плода?

1. кровное родство родителей;
2. возраст родителей;
3. этническая принадлежность родителей;
4. -один самопроизвольный аборт в анамнезе.

Все нижеуказанные факторы связаны с высоким риском перинатальной заболеваемости, кроме:

1. низкого социально-экономического положения матери;
2. возраста матери менее 20 лет;
3. курения;
4. злоупотребления алкоголем;
5. -занятий спортом.

При тератогенном воздействии на плод возможны ниже перечисленные последствия, кроме:

1. смерти плода;
2. пороков развития;
3. задержки роста плода;
4. -рождения дизиготной двойни.

Что из перечисленного не оказывает тератогенного действия на плод:

1. ионизирующая радиация;
2. дефицит фолиевой кислоты;

3. токсоплазмоз;
4. -введение ампициллина во время беременности;
5. -прием во время беременности дексаметазона.

Курение во время беременности сопровождается всеми перечисленными эффектами, кроме:

1. функциональной инактивации гемоглобина угарным газом;
2. рождения ребенка с малой массой тела;
3. -повышения содержания кислорода в крови матери;
4. ухудшения кровоснабжения плаценты;
5. внутриутробной задержки роста плода.

При тератогенном воздействии на плод возможны:

1. смерть плода;
2. пороки развития;
3. задержка роста плода;
4. внутриутробная гипоксия плода;
5. -все перечисленное.

Причины снижения рождаемости:

1. -неблагоприятное экономическое состояние;
2. -ухудшение экологии;
3. -система планирования семьи;
4. образование;
5. снижение индекса здоровья населения.

Причины, приводящие к увеличению степени риска рождения ребенка с наследственной патологией:

1. вредные привычки родителей;

2. возраст матери моложе 18 и старше 35 лет;
3. воздействие химических, физических и биологических мутагенов;
4. эндокринные заболевания родителей;
5. -все перечисленные.

Какая болезнь поражает оба пола, передается по доминантному типу и вызывает кровоточивость?

1. гемофилия;
2. болезнь Кристмана;
3. -болезнь Виллебранда;
4. синдром Дауна;
5. ни одно из перечисленных заболеваний.

Какое из следующих заболеваний передается по рецессивному типу, связанному с X-хромосомой?

1. анэнцефалия;
2. расщепление неба;
3. кистозный фиброз;
4. -гемофилия;
5. ни одно из перечисленных выше.

Пороки развития в ранние сроки беременности чаще может вызывать:

1. туберкулез;
2. -краснуха;
3. ветряная оспа;
4. скарлатина;
5. инфекционный гепатит.

Какой из нижеперечисленных признаков, выявленных у плода, не имеет отношения к эритробластозу?

1. размер головки плода превышает ожидаемый при данном гестационном возрасте;
2. асцит у плода;
3. утолщение плаценты;
4. -искривление бедра у плода.

Для оценки состояния плода применяется:

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

Наиболее информативные методы определения функционального состояния плода при перенашивании беременности:

1. доплерометрия;
2. УЗИ;
3. амниоскопия;
4. определение эстриола в плазме крови;
5. -все перечисленное.

При оценке КТГ плода имеют значение следующие данные:

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

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.

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.

Причины изменений сердцебиения плода, кроме:

1. преждевременной отслойки плода;
2. нефропатии тяжелой степени;
3. обвития пуповины;
4. -тазового предлежания плода;
5. затяжных родов.

Появление поздних замедлений частоты сердечных сокращений возможно во всех перечисленных ситуациях, кроме:

1. внутриутробной задержки роста плода;
2. преэклампсии;
3. хронической плацентарной недостаточности;
4. хронической гипертензии;
5. -предлежания плаценты без кровотечения.

Основными функциями плаценты являются:

1. дыхательная;
2. питательная;
3. выделительная;
4. гормональная;
5. -все перечисленные.

Становление фетоплацентарной системы, как правило, заканчивается:

1. -к 16 неделе беременности;
2. к 20 неделе беременности;
3. к 24 неделе беременности;
4. к 28 неделе беременности;
5. к 32 неделе беременности.

Назовите правильные характеристики пуповины:

1. -пуповина образуется из аллантаоиса;
2. -в толще пуповины проходят две артерии;
3. в толще пуповины проходят две вены;
4. в пуповине проходят лимфатические сосуды;
5. диаметр пуповины 12 см.

Назовите правильные характеристики околоплодных вод:

1. нормальное количество 4 литра;
2. -околоплодные воды безцветные;
3. -по цвету околоплодных вод можно судить о состоянии плода;
4. околоплодные воды оказывают грубое давление на плод;
5. -к концу беременности происходит относительное уменьшение количества околоплодных вод.

Назовите правильные характеристики плаценты:

1. нормальный вес плаценты 1200 грамм;
2. -основную массу плаценты составляет ветвистый хорион;
3. -в плаценте вырабатывается хориальный гонадотропин;
4. плацента в норме прикрепляется в области внутреннего зева шейки матки;
5. в плаценте вырабатываются эритроциты.

Укажите правильный ответ:

1. -встреча сперматозоида с яйцеклеткой происходит в ампулярном отделе маточной трубы;
2. яйцеклетка оплодотворяется несколькими сперматозоидами;
3. имплантация происходит на третьей неделе беременности;
4. -имплантация происходит на 6-7 день беременности;
5. -имплантация ограничивается пределами компактного слоя эндометрия.

Какие объективные исследования являются обязательными для беременных:

1. -измерение АД;
2. -определение размеров таза;
3. измерение окружности грудной клетки;
4. -состояние молочных желез (сосков);
5. осмотр глазного дна;
6. проба мочи по Зимницкому.

Какие анамнестические данные дают информацию о состоянии костного таза:

1. возраст начала половой жизни;
2. -травматические повреждения конечностей;
3. аппендэктомия;
4. -перенесенный в детстве рахит;
5. -исход предыдущих беременностей.

Необходимый объем лабораторных обследований беременных в женской консультации:

1. общий анализ крови;
2. УЗИ плода в сроке 11-13 недель;
3. осмотр молочных желез;
4. определение уровня глюкозы;
5. общий анализ мочи;
6. -все перечисленное верно.

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.

Какие из перечисленных методов исследования позволяют оценить внутриутробное состояние плода:

1. -выслушивание сердцебиения плода;
2. степень чистоты содержимого влагалища;
3. -содержание эстриола в крови матери;
4. рентгенография органов грудной клетки матери;
5. -кардиотокография плода.

Какие данные можно получить при влагалищном исследовании роженицы, если шейка матки сформирована?

1. предполагаемый вес плода;
2. срок беременности;
3. -состояние зева шейки матки и степень его раскрытия;

4. -наличие экзостозов;
5. размеры окружности головки плода;
6. -размеры диагональной конъюгаты.

Показания к влагалищному исследованию женщины в родах:

1. -изменения ЧСС плода;
2. преэклампсия;
3. -кровянистые выделения из половых путей;
4. альбуминурия;
5. -начало или конец стимуляции родовой деятельности;
6. начало послеродового периода.

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.

Сведения о муже беременной, которые могут отрицательно влиять на течение внутриутробного развития плода:

1. рост значительно выше среднего;
2. -алкогольные напитки применяет часто;
3. -выявлены аутоантисперматозоидные антитела;
4. страдает ревмокардитом;
5. -резус-принадлежность супругов разная (отец резус-положительный).

Какие изменения характерны для нормально развивающейся беременности?

1. уплотнение крестцово-подвздошных сочленений;
2. -увеличение веса на 300г в неделю со второй половины беременности;
3. выраженные отеки на нижних конечностях;
4. -расхождение лонных ветвей в стороны на 0,3 – 0,5 см;
5. депигментация белой линии живота.

Какие изменения могут происходить при нормально развивающейся беременности?

1. -неустойчивость артериального давления;
2. лейкопения;
3. -ускорение СОЭ до 20-25 мм в час;
4. уменьшение количества эритроцитов;
5. тромбоцитопения;
6. -повышение насыщенности крови кислородом.

При нормальной беременности:

1. -экскреция хорионического гонадотропина свидетельствует о функциональном состоянии плаценты;
2. уровень тиреоидных гормонов понижен;
3. -уровень эстрогенных гормонов перед родами повышен;
4. экскреция хорионического гонадотропина максимальна перед родами;
5. все перечисленное верно.

Изменения, характерные для сердечно-сосудистой системы при нормально протекающей беременности:

1. -увеличение объема циркулирующей крови;
2. лейкопения;
3. отек нижних конечностей;
4. -увеличение сосудистой сети матки;

5. повышенное количество фибриногена;
6. -повышение оксигенации крови.

Какие изменения в организме женщины, вызванные беременностью, являются обратимыми?

1. -появление хорионического гонадотропина;
2. стрии беременности;
3. -горизонтальное положение сердца за счет высокого стояния диафрагмы;
4. акромегалия;
5. -пигментация.

Какие данные характеризуют 40-недельную беременность?

1. -окружность живота 100 см;
2. альбуминурия;
3. -высота стояния матки над лоном 36 см;
4. пупок выпячен;
5. -прямой размер головки плода 12 см;
6. кровянистые выделения из половых путей.

Задержка месячных 5 дней. Как установить наличие беременности?

1. осмотр в зеркалах;
2. бимануальное влагалищное исследование;
3. -УЗИ абдоминальным датчиком повторно через 10 дней;
4. -ХГЧ в динамике;
5. измерение АД;
6. общий анализ мочи.

В каком размере прорезывается плечевой пояс плода:

1. -прямом;

2. правом косом;
3. поперечном;
4. прямом и поперечном;
5. левом косом.

Указать правильную характеристику переднего вида затылочного предлежания (первая позиция):

1. сердцебиение плода выслушивается справа;
2. -малый родничок слева, спереди;
3. малый родничок определяется слева, сзади;
4. -спинка плода обращена спереди и влево;
5. спинка плода обращена ко дну матки.

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.

Назовите ведущую точку и точку фиксации при родах в переднем виде затылочного предлежания:

1. подбородок;
2. середина лобного шва;
3. -малый родничок;
4. большой родничок;
5. -подзатылочная ямка;
6. верхняя челюсть.

Какие из перечисленных признаков свидетельствуют о зрелости шейки матки:

1. -положение шейки в тазу центральное;
2. положение шейки в тазу асимметричное;
3. шейка матки сохранена;
4. -влагалищная часть шейки матки укорочена;
5. шейка матки плотная;
6. -шейка матки размягчена.

Какие показатели следует изучать в динамике нормальных родов?

1. -артериальное давление;
2. толерантность к глюкозе;
3. -характер сердцебиения плода;
4. белковые фракции крови;
5. -характер схваток;
6. -степень раскрытия зева шейки матки.

Какие из перечисленных факторов благоприятствуют гладкому течению родов при тазовом предлежании плода:

1. первородящая в возрасте 30-35 лет;
2. -первородящая в возрасте 20-23 лет;
3. крупный плод;
4. -предполагаемый вес плода 3000 г;
5. преждевременное излитие околоплодных вод;
6. -излитие околоплодных вод при полном раскрытии шейки матки.

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 и околососковых кружков;
5. -выделение из сосков молозива;
6. наличие трещин на сосках.

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

1. -первичная плацентарная недостаточность;
2. ранний токсикоз беременных;
3. гипертония беременных;
4. все перечисленное.

Наиболее значимой причиной развития фетоплацентарной недостаточности является все, кроме:

1. -токсикоза первой половины беременности;
2. преэклампсия беременных;
3. преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты;
4. воспалительных заболеваний гениталий;
5. артериальной гипертензии.

К развитию фетоплацентарной недостаточности приводит:

1. преэклампсия;
2. гипертоническая болезнь;
3. анемия беременных;
4. метаболический синдром;
5. -все перечисленное.

К развитию фетоплацентарной недостаточности не приводит:

1. анемия беременных;

2. преэклампсия;
3. гипертоническая болезнь;
4. -возраст беременной до 30 лет;
5. ожирение.

Наиболее частая причина плацентарной недостаточности:

1. анемия беременных;
2. -преэклампсия беременных;
3. многоводие;
4. предлежание плаценты;
5. многоплодие.

Основной причиной острой плацентарной недостаточности является:

1. угрожающие преждевременные роды;
2. профессиональные вредности;
3. генитальный инфантилизм;
4. -отслойка плаценты;
5. все перечисленное.

Первобеременная сообщает, что она выкуривает одну пачку сигарет в день. Какой наиболее важный показатель следует определить на УЗИ?

1. объем околоплодных вод;
2. -размеры плода;
3. аномалии развития плода;
4. двигательную активность плода.

Медикаментозная профилактика плацентарной недостаточности заключается в использовании всех перечисленных препаратов, кроме:

1. спазмолитиков;

2. токолитиков;
3. антиагрегантов;
4. -диуретиков;
5. сосудорасширяющих.

Острая плацентарная недостаточность есть следствие:

1. длительной угрозы преждевременного прерывания беременности;
2. изосерологической несовместимости крови матери и плода;
3. перенашивания беременности;
4. экстрагенитальной патологии;
5. -все ответы неверны.

Хроническая плацентарная недостаточность возникает:

1. при обширных инфарктах в плаценте;
2. при преждевременной отслойке плаценты;
3. при эклампсии;
4. -при длительно текущей преэклампсии.

К факторам риска формирования хронической плацентарной недостаточности относят:

1. юный возраст беременной (15 – 17 лет);
2. курение и алкоголизм беременной;
3. хронические специфические и неспецифические инфекции;
4. привычное невынашивание;
5. -все перечисленные выше факторы.

При внутриутробной гипоксии плода по данным кардиомониторного наблюдения регистрируется:

1. тахикардия;
2. брадикардия;

3. децелерация;
4. аритмия;
5. -все перечисленное.

Клиническим признаком тяжелой острой гипоксии плода не является:

1. сердцебиение плода 90-100 в минуту;
2. -сердцебиение плода 120-140 в минуту;
3. глухость тонов сердца плода;
4. сердцебиение плода 160-190 в минуту;
5. аритмия.

Зеленый цвет околоплодных вод свидетельствует:

1. -о хронической гипоксии плода;
2. об острой гипоксии плода;
3. об антенатальной гибели плода;
4. о гемолитической болезни плода;
5. о нарушении обмена амниотической жидкости.

Коричневый цвет околоплодных вод свидетельствует:

1. о хронической гипоксии плода;
2. об острой гипоксии плода;
3. -об антенатальной гибели плода;
4. о гемолитической болезни плода;
5. о нарушении обмена амниотической жидкости.

Плацента проницаема для:

1. алкоголя;
2. морфина;

3. пенициллина, стрептомицина;
4. эфира;
5. -всего перечисленного.

Скорость проникновения лекарственных веществ через плаценту зависит от всего перечисленного, кроме:

1. молекулярной массы препарата;
2. растворимости лекарственного вещества в липидах;
3. прочности связывания лекарственного вещества с белками крови;
4. величины молекулы препарата;
5. -массы плода.

Какая из перечисленных структур ответственна за выработку плацентарного лактогена?

1. печень плода;
2. гипофиз плода;
3. -трофобласт;
4. почки плода;
5. все перечисленное.

Какие факторы больше всего определяют массу плода при рождении?

1. рост матери;
2. -генетические;
3. климат;
4. преобладание в пище белка;
5. ни одно из выше перечисленного.

Наименьший рост жизнеспособного плода составляет:

1. 30 см;
2. -32 см;

3. 35 см;
4. 50 см.

Наименьшая масса тела жизнеспособного плода составляет:

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

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

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

Оценка состояния новорожденного не включает:

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

Признаком зрелости новорожденного является:

1. коэффициент масса/рост;
2. расположение пупочного кольца;
3. состояние наружных половых органов;
4. количество сыровидной смазки;
5. -все перечисленное верно.

Продолжительность перинатального периода?

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

Наиболее частая причина смертности недоношенных новорожденных:

1. пороки развития;
2. гемолитическая болезнь новорожденных;
3. -респираторный дистресс-синдром;
4. желтуха новорожденных;
5. инфекции.

Роженица, 28 лет, родила живого доношенного мальчика весом 3900 г. При рождении ребенка частота сердечных сокращений 120 в минуту. Кожные покровы розовые, рефлексы живые, гипертонус. Какую оценку по шкале Апгар можно дать новорожденному?

1. 2-3 балла;
2. 4-5 баллов;
3. 5-7 баллов;
4. -8-9 баллов;
5. 9-10 баллов.

К легкой степени асфиксии относится оценка по шкале Апгар:

1. 8 баллов;
2. -7 баллов;
3. 6-5 баллов;

4. 4 и менее балла.

Низкая оценка по шкале Апгар (3 и 5 баллов на 1 и 5 минутах, соответственно) возможна во всех перечисленных клинических ситуациях, кроме:

1. недоношенности;
2. отслойки плаценты;
3. чрезмерно бурной родовой деятельности;
4. инфекции у плода;
5. -артериальной гипертензии у матери.

Частота развития синдрома дыхательных расстройств у новорожденного главным образом обусловлена:

1. его массой;
2. его ростом;
3. гестационным возрастом новорожденного;
4. -степенью незрелости новорожденного;
5. ничем из перечисленного.

Причинами синдрома дыхательных расстройств у плода являются:

1. родовая травма ЦНС;
2. пороки развития сердца;
3. пороки развития диафрагмы;
4. внутриутробное инфицирование;
5. -все перечисленное;
6. ничего из перечисленного.

Основными задачами первичной реанимации новорожденных являются:

1. восстановление функции внешнего дыхания;
2. погашение кислородной задолженности;

3. коррекция метаболических нарушений;
4. -все перечисленные;
5. ничего из перечисленного.

Шкала Сильвермана применяется для оценки новорожденного:

1. доношенного;
2. -недоношенного;
3. переношенного;
4. зрелого;
5. с внутриутробной задержкой роста.

При реанимации новорожденного оксигенацию осуществляют:

1. чистым кислородом;
2. -смесью 80-60% кислорода и воздуха;
3. гемо-кислородной смесью;
4. только воздухом.

К развитию РДС у плода предрасполагают:

1. аномалии развития плода;
2. преэклампсия беременных;
3. -преждевременные роды;
4. многократные роды;
5. перенашивание беременности.

Ребенок от матери, больной сахарным диабетом, не подвергается риску:

1. повышенной перинатальной смертности;
2. -развития гипергликемии;
3. развития дефектов нервной трубки;

4. макросомии.

Факторы, способные привести к перинатальной гибели плода, включает все, кроме:

1. -анемии у беременной;
2. врожденных аномалий плода;
3. акушерской травмы;
4. диабета беременных;
5. преждевременных родов.

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.

К внутриутробному инфицированию плода может привести:

1. ОРВИ во время беременности;
2. обострение хронического пиелонефрита во время беременности;
3. угроза прерывания беременности;
4. кольпит во время беременности;
5. -все ответы правильны.

Укажите возможные патогенетические механизмы антенатального инфицирования плода:

1. трансплацентарный;
2. восходящий;
3. трандецидуальный;
4. нисходящий;
5. -все перечисленное выше.

Клинические проявления внутриутробной инфекции зависят от:

1. срока беременности, при котором произошло инфицирование;
2. вирулентности возбудителей;
3. пути инфицирования;
4. вида возбудителя;
5. -всех перечисленных выше факторов.

Основной источник заражения людей токсоплазмозом:

1. кровь больного человека;
2. птичий помет;
3. -кошки;
4. продукты моря.

Какое акушерское осложнение не может быть вызвано действием кокаина?

1. -внутриутробное инфицирование;
2. внутриутробная задержка роста плода;
3. внутриутробная гибель плода;
4. врожденные аномалии плода;
5. преждевременные роды.

Наиболее частая причина желтухи новорожденных на 2 - 3 день:

1. несовместимость групп крови;
2. -физиологическая желтуха;
3. септицемия;
4. сифилис;
5. лекарственные препараты.

Для диагностики гемолитической болезни у новорожденного определяют в крови:

1. гемоглобин и количество эритроцитов;
2. почасовой прирост билирубина;
3. группу крови;
4. резус-принадлежность крови;
5. -все перечисленное.

Для клинической картины АВО-несовместимости не характерна:

1. желтуха;
2. анемия;
3. -гепатомегалия;
4. спленомегалия;
5. все перечисленное.

Условиями возникновения резус-конфликта являются:

1. наличие резус-положительного плода у резус-отрицательной матери;
2. сенсибилизация матери к резус-фактору;
3. переливание несовместимой крови в анамнезе;
4. аборты в анамнезе;
5. -все перечисленное.

Что из нижеперечисленного не увеличивает риск резус-сенсибилизации при беременности?

1. способ родоразрешения;
2. кровотечение из влагалища;
3. преэклампсия;
4. -возраст матери.

Возможно ли развитие резус-отрицательного плода у резус-положительных родителей?

1. -да;
2. нет.

Возможно ли развитие резус-положительного плода у резус-отрицательных родителей?

1. да;
2. -нет.

Возможен ли резус-конфликт у резус-положительной матери при развитии резус-отрицательного плода в случаях, если отец резус-отрицательный?

1. да;
2. -нет.

Возможен ли резус-конфликт у резус-положительной матери при развитии резус-отрицательного плода в случаях, если отец резус-положительный?

1. да;
2. -нет.

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

1. -да;
2. нет.

В каком из перечисленных случаев необходимо оставить длинный (до 7 см) пуповинный остаток при перевязке пуповины?

1. роды в тазовом предлежании;
2. рождение плода путем операции кесарева сечения;
3. -резус-конфликтная беременность;
4. крупный плод.

После первой беременности частота иммунизации у резус-отрицательных женщин составляет:

1. -10%;
2. 30%;
3. 50%;
4. 100%.

Неблагоприятным признаком изоиммунизации во время беременности является:

1. нарастание титра антител;
2. «скачущий» титр антител;
3. наличие «неполных» антител;
4. признаки отека плаценты и плода;
5. высокая пиковая скорость кровотока в СМА;
6. -все перечисленное.

Наиболее частым гнойно-септическим осложнением, развивающимся в послеродовом периоде, являются:

1. мастит;
2. -эндометрит;
3. раневая инфекция;
4. пиелонефрит;
5. тромбоз.

В группу риска развития инфекционных осложнений, возникающих после родов, относятся все родильницы, кроме тех, у кого:

1. имеются очаги хронической инфекции;
2. произошло преждевременное излитие околоплодных вод;
3. имеется бактериальный вагиноз;
4. -масса тела новорожденного более 4000 г;
5. произошли преждевременные роды.

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.

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.

Что соответствует II этапу инфицирования, согласно классификации послеродовых гнойно-септических инфекций Сазонова-Бартельса?

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

Что соответствует III этапу инфицирования, согласно классификации послеродовых гнойно-септических инфекций Сазонова-Бартельса?

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

Что соответствует IV этапу инфицирования, согласно классификации послеродовых гнойно-септических инфекций Сазонова-Бартельса?

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

Какому этапу инфицирования, согласно классификации Сазонова-Бартельса, соответствует эндометрит?

1. -I этапу;
2. II этапу;
3. III этапу;
4. IV этапу.

Какому этапу инфицирования, согласно классификации Сазонова-Бартельса, соответствует послеродовая язва?

1. -I этапу;
2. II этапу;
3. III этапу;
4. IV этапу.

Какому этапу инфицирования, согласно классификации Сазонова-Бартельса, соответствует метроэндометрит?

1. I этапу;
2. -II этапу;
3. III этапу;
4. IV этапу.

Какому этапу инфицирования согласно классификации Сазонова-Бартельса соответствует флебит вен таза и нижних конечностей?

1. I этапу;
2. -II этапу;
3. III этапу;
4. IV этапу.

Какому этапу инфицирования, согласно классификации Сазонова-Бартельса, соответствует аднексит?

1. I этапу;
2. -II этапу;
3. III этапу;
4. IV этапу.

Какому этапу инфицирования, согласно классификации Сазонова-Бартельса, соответствует прогрессирующий тромбофлебит?

1. I этапу;
2. II этапу;
3. -III этапу;
4. IV этапу.

Какому этапу инфицирования, согласно классификации Сазонова-Бартельса, соответствует инфекционно-токсический шок?

1. I этапу;
2. II этапу;
3. -III этапу;
4. IV этапу.

Какому этапу инфицирования, согласно классификации Сазонова-Бартельса, соответствует сепсис?

1. этапу;
2. II этапу;
3. III этапу;
4. -IV этапу.

Является ли нагноение швов на промежности и их расхождение послеродовой язвой?

1. да;
2. -нет.

Возможна ли локализация послеродовой язвы на промежности, влагалище, шейке матки при отсутствии разрывов?

1. -да;
2. нет.

Факторы риска развития перитонита после операции кесарева сечения:

1. большая длительность операции;
2. большая травматичность операции;
3. экстренность операции;
4. волеические нарушения, имеющиеся в первые дни после операции;
5. -все ответы правильны.

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.

Для лактостаза характерно:

1. высокая температура тела, озноб;
2. умеренное нагрубание молочных желез;
3. -значительное равномерное нагрубание молочных желез;
4. свободное отделение молока;
5. повышение артериального давления.

Относится ли мастит к послеродовым инфекциям, согласно классификации Сазонова-Бартельса?

1. да;
2. -нет.

Для подавления лактации используют:

1. -ограничение приема жидкости;
2. -тугое бинтование молочных желез после сцеживания;
3. тугое бинтование молочных желез без сцеживания;
4. -ингибиторы пролактина;
5. гестагены.

Подавление лактации при мастите показано при:

1. серозном мастите;
2. инфильтративном мастите;
3. -гнойном мастите;
4. -сочетании мастита с тяжелой экстрагенитальной патологией.

Предрасполагающими факторами для развития лактационного мастита являются следующие, кроме:

1. трещин сосков;
2. застоя молока;
3. гнойных заболеваний кожи молочной железы;

4. -частого прикладывания ребенка к груди;
5. неправильного ухода за железой, нарушения личной гигиены.

Для послеродового мастита не характерно:

1. повышение температуры тела с ознобом;
2. нагрубание молочных желез;
3. болезненный ограниченный инфильтрат в молочной железе;
4. -свободное отделение молока;
5. гиперемия молочной железы.

Развитию лактационного мастита способствуют:

1. лактостаз;
2. трещины сосков;
3. снижение иммунологической защиты организма;
4. послеродовое кровотечение;
5. -все перечисленное верно.

Родильница, 32 года. На 4 сутки послеродового периода отмечено повышение температуры до 38 градусов, с ознобом. Молочные железы нагрубшие. Матка на 2 пальца выше пупка, болезненная при пальпации, лохии кровянисто-серозные, умеренные, без запаха. Наиболее вероятный диагноз.

1. лактостаз;
2. лохиометра;
3. -эндометрит;
4. начинающийся мастит;
5. ничего из перечисленного.

Наиболее частой формой послеродовой инфекции является:

1. мастит;

2. тромбоз;
3. -эндометрит;
4. септический шок;
5. перитонит.

В лечении послеродового эндометрита не применяются:

1. антибиотики;
2. аспирация содержимого полости матки;
3. инфузионная терапия;
4. -эстроген-гестагенные препараты;
5. экстракорпоральные методы детоксикации.

Наиболее частая причина лихорадки на 3-4 день после родов:

1. инфекция мочевого тракта;
2. -эндометрит;
3. мастит;
4. тромбоз;
5. ничего из перечисленного.

К факторам риска возникновения гнойно-септических осложнений кесарева сечения следует отнести:

1. бактериальный вагиноз;
2. инфекцию мочеполовых путей;
3. преждевременный разрыв плодных оболочек;
4. большую кровопотерю во время операции;
5. -все перечисленные факторы.

Новорожденного ребенка при возникновении у него гнойно-воспалительного заболевания переводят из родильного дома в детскую больницу:

1. после стихания острых симптомов заболевания;
2. -в день постановки диагноза;
3. после выздоровления, для реабилитации;
4. после выписки матери из родильного дома.

Аппендицит у беременной необходимо дифференцировать от:

1. внематочной беременности;
2. апоплексии яичника;
3. острого и подострого аднексита;
4. -пиелита, холецистита, мочекаменной болезни;
5. всего перечисленного.

Причиной послеродовых воспалительных заболеваний матки являются:

1. микоплазмы;
2. хламидии;
3. стафилококки;
4. анаэробы;
5. -все перечисленное верно.

Тяжесть клинических проявлений послеродового эндометрита зависит от:

1. степени микробной обсемененности матки;
2. вирулентности бактериальной флоры;
3. реактивности организма;
4. особенностей течения родов;
5. -все перечисленное верно.

Риск развития послеродовой септической инфекции определяется наличием у роженицы:

1. урогенитальной инфекции;

2. невосполненной кровопотери;
3. экстрагенитальной патологии;
4. длительного безводного периода;
5. -все перечисленное верно.

В диагностике послеродового мастита не имеет значения:

1. -длительность безводного промежутка;
2. данные осмотра и пальпации молочной железы;
3. наличие предрасполагающих факторов к его развитию;
4. характерные жалобы больной.

Причины возникновения послеродового эндометрита:

1. бактериальный вагиноз;
2. длительный безводный период;
3. большое число влагалищных исследований в родах;
4. нарушение правил асептики и антисептики;
5. -все перечисленное верно.

Отношение спинки плода к боковым стенкам матки:

1. вид;
2. вставление;
3. членорасположение;
4. предлежание;
5. -позиция.

Причины возникновения разрывов влагалища в родах:

1. инфантилизм;
2. стремительное течение родов;

3. крупная головка плода;
4. неправильные предлежания головки плода;
5. -все ответы правильны.

Разрыв промежности 2 степени не сопровождается разрывом:

1. поверхностных мышц промежности;
2. кожи промежности;
3. мышц, поднимающих задний проход;
4. -шейки матки;
5. стенки влагалища.

Женщина родила ребенка массой 4300 г. Эпизиотомия осложнилась разрывом 2 степени. Какие ткани при этом остались неповрежденными:

1. кожа;
2. мышцы промежности;
3. фасция;
4. -сфинктер и слизистая оболочка прямой кишки;
5. слизистая влагалища.

С целью профилактики нагноения и расхождения швов на промежности при разрыве I и II степени следует использовать:

1. перманганат калия (местно);
2. лазерное облучение в области швов;
3. ультрафиолетовое облучение области швов;
4. -все перечисленное выше.

При угрожающем разрыве матки противопоказаны все операции, кроме:

1. наложения акушерских щипцов;
2. краниотомии;

3. -кесарева сечения;
4. классического акушерского поворота;
5. экстракции плода за тазовый конец.

Роженица находится во втором периоде родов. АД 130/90 мм рт. ст., головка плода малым сегментом во входе малого таза. Сердцебиение плода глухое, замедленное. Матка напряжена, не расслабляется между схватками. Высокое расположение контракционного кольца. Каков диагноз?

1. тетания матки;
2. -угрожающий разрыв матки;
3. вторичная слабость родовой деятельности;
4. дискоординация родовой деятельности.

Для диагностики начинающегося разрыва матки в родах наиболее информативно:

1. боли в области нижнего сегмента матки;
2. кровянистые выделения из родовых путей;
3. бурная родовая деятельность;
4. высокое стояние контракционного кольца;
5. -все перечисленное верно.

Для диагностики начинающегося разрыва матки в родах не характерно:

1. боли в области нижнего сегмента матки;
2. высокое стояние контракционного кольца;
3. -слабость родовой деятельности;
4. кровянистые выделения из родовых путей;
5. бурная родовая деятельность.

Причиной разрыва матки в родах может быть:

1. крупный плод;

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

Роды своевременные, вторые. Размеры таза 25-26-29-19 см. Родовая деятельность бурная, женщина мечется, кричит, живот напряжен, болезненный в нижних отделах. Дно матки на уровне подреберья, контракционное кольцо на уровне пупка. Головка плода прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода ясное, 146 уд. в минуту. Каков диагноз?

1. дискоординированная родовая деятельность;
2. тетания матки;
3. -угрожающий разрыв матки;
4. вторичная слабость родовой деятельности.

Беременность 6, роды 3, своевременные. Внезапно женщина почувствовала себя плохо, побледнела. Пульс стал нитевидным. Из влагалища появились кровянистые выделения. Сердцебиение плода не выслушивается. Схватки прекратились. Под брюшной стенкой легко определяются мелкие части плода. Каков диагноз?

1. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
2. -совершившийся разрыв матки;
3. кровотечение при предлежании плаценты.

Принципы лечения совершившегося разрыва матки:

1. адекватное анестезиологическое пособие;
2. оперативное вмешательство;
3. инфузионно-трансфузионная терапия, адекватная кровопотере;
4. коррекция нарушений гемокоагуляции;
5. -все ответы правильны.

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 правильны.

Что неверно в клинической картине совершившегося полного разрыва матки?

1. полностью прекращается родовая деятельность;
2. плод полностью или частично выходит в брюшную полость;
3. -родовая деятельность приобретает дискоординированный характер;
4. наружное кровотечение незначительное;
5. развивается шок на фоне кровопотери.

Клиническая картина совершившегося разрыва матки?

1. шок;
2. кровопотеря;
3. боль в животе;
4. прекращение родовой деятельности;
5. -все перечисленное верно.

Перевод беременной женщины на более легкую работу обычно проводится на основании:

1. индивидуальной карты беременной;
2. обменной карты;
3. справки, выданной юристом;
4. -справки, выданной акушером-гинекологом женской консультации.

Расположение сагиттального шва относительно лобкового симфиза и мыса во входе в малый таз:

1. членорасположение;
2. предлежание;
3. -вставление;
4. положение;
5. позиция.

Организация специализированного акушерского стационара, как правило, целесообразна для беременных с заболеваниями:

1. сердечно-сосудистой системы;
2. почек;
3. сахарным диабетом;
4. -со всеми перечисленными;
5. ни с одним из перечисленных.

Документ, по которому можно проконтролировать работу женской консультации по госпитализации беременных женщин:

1. статистический талон уточнения диагноза;
2. выписка из стационара;
3. индивидуальная карта беременной;
4. -журнал госпитализации.

Понятие «планирование семьи» означает виды деятельности, которые помогают семьям:

1. избежать нежелательной беременности;
2. регулировать интервалы между беременностями;
3. производить на свет желанных детей;
4. -все перечисленное верно.

Младенческая смертность – это:

1. смертность детей на первой неделе жизни;

2. смертность детей на первом месяце жизни;
3. смертность детей в возрасте до 2 лет;
4. -смертность детей на первом году жизни.

К материнской смертности относится смертность женщин:

1. от медицинского аборта;
2. от внематочной беременности;
3. от деструктирующего пузырного заноса;
4. -от всего перечисленного;
5. ничего из перечисленного.

Понятие перинатальная смертность означает:

1. смерть ребенка в родах;
2. -потеря плода «вокруг родов» – в антенатальном, интранатальном и раннем неонатальном периоде;
3. мертворождаемость;
4. антенатальная гибель плода.

Ранняя неонатальная смертность – это:

1. -смертность детей на первой неделе жизни;
2. смертность детей на первом месяце жизни;
3. смертность детей в возрасте до 2 лет;
4. смертность детей на первом году жизни.

Основным критерием живорождения является:

1. масса плода 1000 г и более;
2. рост плода 35 см и более;
3. -наличие сердцебиения;
4. -наличие самостоятельного дыхания;

5. срок беременности 28 недель и более.

Основным критерием мертворожденности является:

1. отсутствие мышечного тонуса у новорожденного;
2. бледный цвет кожных покровов;
3. отсутствие сердцебиения;
4. отсутствие самостоятельного вдоха;
5. -все ответы правильны.

Основные показатели, характеризующие работу женской консультации с беременными:

1. ранний охват беременных врачебным наблюдением;
2. доля беременных, взятых на учет до 12 недель беременности;
3. своевременная выдача дородовых отпусков;
4. число женщин, умерших при беременности, в родах, в послеродовом периоде;
5. -все ответы правильны.

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.

На это чаще всего обращается внимание при разборе материнской смертности, например, от разрыва матки:

1. где произошел разрыв матки (в лечебном учреждении или вне его);
2. разрыв матки произошел во время беременности или в родах;
3. своевременность госпитализации беременной в стационар при наличии предполагающих факторов;
4. имелись ли факторы, способствующие разрыву матки;

5. -на все перечисленное.

Выделение групп повышенного риска среди беременных женщин не проводится путем:

1. лабораторного обследования;
2. -патронажа;
3. сбора анамнеза;
4. оценки пренатальных факторов риска (в баллах).

Для HELLP- синдрома характерно:

1. гемолиз;
2. повышение уровня печеночных ферментов;
3. тромбоцитопения;
4. -все перечисленное;
5. ничего из перечисленного.

Для острого жирового гепатоза характерно все перечисленное, кроме:

1. -резкого повышения содержания трансаминаз крови (АЛТ, АСТ);
2. гипопроотеинемии;
3. гипербилирубинемии;
4. выраженной изжоги;
5. желтухи.

Какие из приведенных данных соответствуют 5 суткам нормального послеродового периода?

1. -дно матки посередине между лоном и пупком;
2. дно матки на уровне пупка;
3. дно матки на уровне симфиза;
4. -лохии сукровичные;
5. лохии ярко красные;

6. субфебрильная температура.

Какие из перечисленных исследований необходимо проводить у рожениц с нормальным течением послеродового периода?

1. -термометрия;
2. ЭКГ;
3. -клинический анализ крови;
4. -определение высоты стояния дна матки;
5. -определение характера лохий;
6. определение состояния свертывающей системы крови.

Какие из перечисленных мероприятий необходимы для создания условий, обеспечивающих нормальное течение послеродового периода?

1. -активное поведение роженицы;
2. переливание крови;
3. -витаминация;
4. выскабливание полости матки;
5. тепло на низ живота;
6. -уход за молочными железами.

В каких случаях роженицу необходимо изолировать?

1. однократное повышение температуры до $37,5^{\circ}\text{C}$ в первые сутки после родов;
2. -трехкратное повышение температуры до $37,5^{\circ}\text{C}$ на 4, 5, 6 сутки после родов;
3. брадикардия;
4. застой в молочных железах;
5. -зловонные лохии с повышением температуры;
6. тромбофлебит нижних конечностей.

Значение клинического анализа крови, мочи, определение АД и взвешивание женщин во второй половине беременности.

1. -для профилактики эклампсии;
2. для обезболивания последующих родов;
3. -для своевременного выявления скрытых отеков;
4. для обнаружения и лечения резус-иммунизации;
5. для профилактики предлежания плаценты;
6. -для своевременного обнаружения анемии.

В функцию женской консультации входит:

1. -лечебно-профилактическая помощь женщинам во время беременности;
2. лечение эклампсии;
3. лечение прогрессирующей внематочной беременности;
4. -профилактические осмотры женского населения;
5. лечение предлежания плаценты;
6. -борьба с абортами.

При каких из перечисленных состояний беременная нуждается в госпитализации до родов?

1. -заболевания сердечно-сосудистой системы;
2. задний вид затылочного предлежания;
3. -поперечное положение плода;
4. -узкий таз;
5. передний вид затылочного предлежания;
6. -тазовое предлежание.

Какие осложнения беременности можно лечить в условиях женской консультации?

1. -легкая форма рвоты беременной;
2. кровотечения в первой половине беременности;

3. неправильные положения плода;
4. преэклампсия;
5. начавшийся поздний выкидыш;
6. -трихомонадный кольпит.

Какие признаки характерны для раннего токсикоза?

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

Какие из приведенных объективных исследований дают сведения, позволяющие ставить диагноз преэклампсия беременных?

1. -измерение артериального давления;
2. определение пульса;
3. -определение наличия отеков;
4. -состояние глазного дна;
5. влагалищное исследование;
6. измерение размеров таза.

В терапии фетоплацентарной недостаточности не используется:

1. курантил;
2. актовегин;
3. -антибиотики;
4. эуфиллин;
5. пентоксифиллин.

В терапии угрожающего самопроизвольного выкидыша используются:

1. -гестагены;
2. -спазмолитики;
3. окситоцин;
4. -сульфат магнезии.

В классификации фетоплацентарной недостаточности выделяют следующие стадии:

1. -компенсации;
2. начальная;
3. -субкомпенсации;
4. терминальная;
5. -декомпенсации.

Причиной внутриутробной гипоксии плода не может быть:

1. патология плаценты;
2. -аспирация околоплодных вод;
3. порок сердца у матери с декомпенсацией;
4. пороки развития плода.

К наружным половым органам относятся:

1. большие половые губы;
2. малые половые губы;
3. большие железы преддверия;
4. клитор;
5. -все ответы правильные.

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.

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.

4. Передняя стенка в ее нижнем отделе граничит:

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

Задняя стенка влагалища в ее верхнем отделе соприкасается:

1. с прямой кишкой;
2. -с прямокишечно-маточным углублением (дугласовым карманом);
3. с шейкой мочевого пузыря;
4. с мочеточниками;
5. ни с чем из перечисленного.

Границей между наружными и внутренними половыми органами обычно является:

1. наружный маточный зев;
2. внутренний маточный зев;
3. -девственная плева (вход во влагалище);
4. малые половые губы;

5. ничто из перечисленного.

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.

Длина тела небеременной матки у женщины, как правило, составляет:

1. 4-6 см;
2. -6-7 см;
3. 8-9 см;
4. 9-10 см;
5. 11-12 см.

Признаки, характерные для злокачественного перерождения доброкачественных новообразований женских гениталий:

1. -асцит;
2. -быстрый рост опухоли;
3. подвижность опухоли;
4. -уплотнение и появление бугристости опухоли;
5. аменорея;
6. увеличение региональных лимфатических узлов.

К внутренним половым органам относятся все нижеперечисленные, кроме:

1. матки;
2. маточных труб;
3. яичника;

4. -больших желез преддверия;
5. влагалища.

Какие из перечисленных связок имеют наибольшее значение в поддержании матки в нормальном положении?

1. связки яичника;
2. -широкие связки;
3. -круглые связки;
4. -крестцово-маточные связки;
5. кардинальные связки.

Матка располагается в малом тазу следующим образом:

1. -тело и шейка матки располагаются под углом друг к другу;
2. тело матки располагается в узкой части полости малого таза;
3. влагалищная часть шейки и наружный зев располагаются ниже уровня седалищных остей;
4. все ответы правильные.

Яичник поддерживается в брюшной полости, благодаря:

1. круглой связке;
2. кардинальной связке;
3. -воронко-тазовой связке;
4. крестцово-маточной связке.

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;

Околوماتочная клетчатка (параметрий):

1. расположена между листками широкой маточной связки;
2. расположена на уровне шейки матки;
3. расположена в основании широких маточных связок;
4. обеспечивает рыхлое соединение брюшины с маткой;
5. -все ответы правильные.

Кровоснабжение яичников осуществляется:

1. маточной артерией;
2. яичниковой артерией;
3. подвздошно-поясничной артерией;
4. -маточной и яичниковой артериями;
5. внутренней половой и яичниковой артериями.

Основной анатомической особенностью яичниковой артерии является то, что она:

1. анастомозирует с яичниковой ветвью маточной артерии;
2. отходит чуть ниже почечной артерии;
3. проходит между листками широкой маточной связки вдоль ее свободного края;
4. отходит от передней поверхности брюшной аорты;
5. -все ответы правильные.

Маточная артерия является ветвью:

1. аорты;
2. общей подвздошной артерии;
3. наружной подвздошной артерии;
4. -внутренней подвздошной артерии;

5. почечной артерии.

Топографическая анатомия маточной артерии имеет следующие характерные признаки, кроме:

1. делится на восходящую и нисходящую ветви;
2. на первом перекрестке с мочеточником располагается позади мочеточника;
3. -ее влагалищная ветвь анастомозирует с почечной артерией;
4. ее влагалищная ветвь идет по передне-боковой стенке влагалища с обеих сторон.

В подвешивающий аппарат матки и ее придатков не входят:

1. широкие маточные связки;
2. собственные связки яичников;
3. круглые связки матки;
4. -крестцово-маточные связки;
5. воронко-тазовые связки.

К фиксирующему аппарату внутренних половых органов не относят:

1. крестцово-маточные связки;
2. -фасции тазового дна;
3. кардинальные связки;
4. пузырно-маточные связки.

Особенностями нормального менструального цикла являются:

1. овуляция;
2. образование желтого тела в яичнике;
3. преобладание гестагенов во второй фазе цикла;
4. -все перечисленные;
5. ничего из перечисленного.

Особенностью нормального менструального цикла является:

1. -овуляция;
2. персистенция фолликула;
3. преобладание эстрогенов во второй фазе цикла;
4. ничего из перечисленного.

Установление и стабильность менструального цикла зависит от:

1. выделения пролактина передней долей гипофиза;
2. -периодического выброса гонадолиберина;
3. различной продолжительности фолликулярной фазы;
4. содержания прогестерона, синтезируемого желтым телом;
5. содержания эстрогенов, секретируемых яичниками.

Средняя продолжительность менструального цикла составляет:

1. 72 дня;
2. 75 дней;
3. -28 дней;
4. 35 дней;
5. 38 дней.

Среднее количество крови, которое теряет женщина во время менструации:

1. 150 – 200 мл;
2. -25 – 60 мл;
3. 60 – 100 мл;
4. 100 – 150 мл;
5. более 200 мл.

Маточное кровотечение длительное, обильное и их сочетание при регулярном цикле:

1. метроррагия;
2. олигоменорея;
3. полименорея;
4. гиперменорея;
5. -гиперполименорея.

Какие термины лучше характеризуют менструации с кровопотерей 200 мл каждые 28 дней?

1. менометроррагия;
2. метроррагия;
3. полименорея;
4. -меноррагия;
5. олигоменорея.

Наступление менструации не зависит от перечисленных факторов:

1. стероидных гормонов яичника;
2. чувствительности эндометрия к половым стероидам;
3. количество гонадотропинов;
4. -проходимости фаллопиевых труб.

Характеристика физиологической менструации:

1. нерегулярная;
2. -умеренная;
3. -безболезненная;
4. длительная;
5. скудная.

Пройоменорея – это:

1. скудные менструации;

2. короткие менструации (1-2 дня);
3. -короткий менструальный цикл, частые менструации;
4. все перечисленное;
5. ничего из перечисленного.

Основными методами остановки ювенильного маточного кровотечения являются:

1. -назначение комбинированных эстроген-гестагенных препаратов по гемостатической схеме;
2. применение антигонадотропинов;
3. использование больших доз эстрогенов;
4. раздельное диагностическое выскабливание;
5. назначение сокращающих препаратов.

Олигоменорея – это:

1. редкие и скудные менструации;
2. редкие и болезненные менструации;
3. -уменьшение кровопотери во время менструации;
4. межменструальные скудные кровянистые выделения;
5. ничего из перечисленного.

Меноррагия – это:

1. атипичные маточные кровотечения;
2. -циклические маточные кровотечения;
3. болезненные и обильные менструации;
4. пре- и постменструальные кровянистые выделения;
5. уменьшение продолжительности менструального цикла.

Метроррагия – это:

1. изменения ритма менструации;

2. увеличение кровопотери во время менструации;
3. увеличение продолжительности менструации;
4. -атипичные маточные кровотечения.

В фолликулярной фазе менструального цикла характерно:

1. десквамация функционального слоя эндометрия;
2. -регенерация функционального слоя эндометрия;
3. -повышение в крови содержания эстрогенов;
4. -рост фолликула в яичнике;
5. развитие желтого тела в яичнике.

Для первичного фолликула верно все, кроме:

1. -образуется с наступлением половой зрелости;
2. содержит овоцит первого порядка;
3. фолликулярные клетки имеют цилиндрическую форму;
4. вокруг фолликула формируется тека интерна;
5. в фолликулярных клетках синтезируются эстрогены.

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.

Наиболее частым механизмом развития АМК в ювенильном периоде является:

1. гиполютеинизм;
2. -персистенция фолликулов;
3. -атрезия фолликулов;

4. гиперпролактинемия;
5. нарушения в свертывающей системе.

Для лютеиновой фазы менструального цикла не характерно:

1. секреторная трансформация эндометрия;
2. продолжается около 13 дней;
3. -нарастает уровень эстрогенов в крови;
4. в яичнике желтое тело.

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.

Все следующие факторы говорят о произошедшей овуляции, кроме:

1. подъема базальной температуры;
2. беременности;
3. повышения уровня прогестерона;
4. эндометрия в секреторной фазе;
5. -наступления менструации.

Нарушение функции желтого тела может быть выявлено всеми следующими методами, кроме:

1. измерения базальной температуры тела;
2. биопсии эндометрия и гистологического исследования;
3. определения содержания прогестерона в сыворотке крови;
4. определения длительности лютеиновой фазы;

5. -определения содержания эстрогенов в сыворотке крови.

Гипоталамус вырабатывает следующие гормоны:

1. гонадотропинов;
2. эстрогены;
3. гестагены;
4. -рилизинг – гормоны.

Гипоталамус вырабатывает следующие гормоны, кроме:

1. -гонадотропины;
2. рилизинг-фактор ФСГ;
3. рилизинг-фактор ЛГ;
4. ничего из перечисленного;
5. все перечисленное.

Гипофиз вырабатывает следующие гормоны:

1. -гонадотропины;
2. эстрогены;
3. гестагены;
4. рилизинг – гормоны.

ФСГ стимулирует:

1. -рост фолликулов в яичнике;
2. продукцию кортикостероидов;
3. продукцию ТТГ в щитовидной железе;
4. все перечисленное.

Взаимодействие гипоталамуса, гипофиза и яичников в регуляции менструального цикла заключается в следующем:

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

Малые дозы эстрогенов:

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

Действие больших доз экзогенных эстрогенов на яичник:

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

В своем действии на организм эстрогены:

1. блокируют рецепторы матки;
2. ослабляют пролиферативные процессы эндометрия;
3. вызывают секреторные преобразования в эндометрии;
4. все перечисленное;
5. -ничего из перечисленного.

Какой эстроген секретируется в наибольших количествах у женщин репродуктивного возраста?

1. эстрон;
2. -эстрадиол;

3. диэтилстильбестрол;
4. эстриол;
5. ничего из вышеперечисленного.

Действие эстрогенов следующее:

1. -определяют развитие вторичных половых признаков;
2. снижают тонус матки;
3. -повышают сократимость маточных труб;
4. вызывают гипоплазию внутренних половых органов;
5. -вызывают слущивание влагалищного эпителия.

Что из нижеперечисленного влияет на секрецию эстрогенов:

1. надпочечники;
2. яичники;
3. щитовидная железа;
4. плацентарная ткань;
5. -все вышеперечисленное верно.

Гестагены:

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

Какие гормоны обеспечивают лактацию?

1. эстрогены;
2. кортизол;

3. инсулин;
4. -пролактин;
5. все вышеперечисленное.

Когда не увеличивается концентрация пролактина?

1. при беременности;
2. при применении фенотиазидов;
3. при опухолях гипофиза;
4. при гипотиреозидизме;
5. -при синдроме Шихана.

Какой из вышеперечисленных факторов не оказывает влияния на менструальный цикл?

1. гонадотропные гормоны;
2. эстрогены;
3. прогестерон;
4. эндометрий;
5. -маточные трубы.

Эстрогены обладают следующим действием:

1. способствуют перистальтике матки и труб;
2. усиливают процессы окостенения;
3. стимулируют активность клеточного иммунитета;
4. -верно все перечисленное;
5. все перечисленное неверно.

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.

Механизм действия гормонов на клетку обусловлен наличием:

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

Гестагены:

1. снижают содержание холестерина в крови;
2. определяют развитие первичных и вторичных половых признаков;
3. повышают тонус матки;
4. -повышают базальную температуру;
5. вызывают пролиферативные процессы в эндометрии.

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.

Где секретируется гонадотропин – рилизинг-гормон:

1. в передней доле гипофиза;
2. в задней доле гипофиза;
3. в коре головного мозга;

4. -в гипоталамусе.

Влияние высокого уровня андрогенов на характер менструального цикла:

1. -подавляет циклический центр гипоталамуса;
2. вызывает аменорею;
3. стимулирует овуляцию;
4. не оказывает никакого действия на циклическую выработку половых стероидов.

К тканям-мишеням для половых гормонов относятся:

1. матка;
2. яичники;
3. печень;
4. маточные трубы;
5. слизистая влагалища;
6. -верно все перечисленное.

При каких заболеваниях наблюдается гиперпролактинемия:

1. -аденома гипофиза;
2. симптом Шихана;
3. наружный эндометриоз гениталий;
4. миома матки;
5. предменструальный синдром.

Тесты функциональной диагностики позволяют определить:

1. двуфазность менструального цикла;
2. уровень эстрогенной насыщенности организма;
3. наличие овуляции;
4. полноценность лютеиновой фазы цикла;

5. -все перечисленное.

К тестам функциональной диагностики обычно относится:

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

К тестам функциональной диагностики относятся все нижеперечисленные, кроме:

1. кариопикнотического индекса (КПИ);
2. симптома «зрачка»;
3. измерения базальной температуры;
4. -пробы с гестагенами;
5. симптома папоротника.

Тест измерения базальной температуры основан на гипертермическом эффекте:

1. эстрадиола;
2. простагландинов;
3. -прогестерона;
4. лютеинизирующего гормона;
5. фолликулирующего гормона.

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.

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.

Значение кариопикнотического индекса в период овуляции:

1. 20 – 40 %;
2. -80 – 88 %;
3. 50 – 70 %;
4. 25 – 30 %;
5. 40 – 60 %.

Тест функциональной диагностики, указывающий на гиперэстрогению:

1. длина растяжения цервикальной слизи 2-3 см;
2. базальная температура тела 37°C;
3. -кариопикнотический индекс 50-60% и более;
4. атрофический эндометрий.

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.

Основным критерием двухфазного менструального цикла является:

1. правильный ритм менструации;
2. время наступления первой менструации;
3. особенность становления менструальной функции в период полового созревания;
4. -овуляция.

Монотонная гипотермичная 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.

Вторая степень чистоты влагалищного мазка характеризуется следующим:

1. в мазке много эпителиальных клеток;
2. реакция влагалищного содержимого кислая;
3. в мазке есть влагалищные бациллы;
4. лейкоцитов в мазке 5-6 в поле зрения;
5. -все ответы правильны.

Характерные признаки кисты яичника:

1. -большие размеры опухоли;
2. -чаще двустороннее поражение;
3. резкая болезненность образования при влагалищном исследовании;

4. ациклические кровотечения;
5. -бугристая поверхность образования.

О полноценности лютеиновой фазы менструального цикла свидетельствует:

1. повышение базальной температуры в первую фазу цикла;
2. -повышение базальной температуры во вторую фазу цикла;
3. пролиферативные процессы в эндометрии во вторую фазу цикла;
4. симптом «зрачка» (+ + +).

Методы гормонального исследования в гинекологии:

1. определение гормонов в крови;
2. тесты функциональной диагностики;
3. гормональные пробы;
4. -все перечисленное верно.

К морфологическим признакам атипичной гиперплазии эндометрия относят:

1. -хаотичное расположение желез;
2. -клеточную атипию;
3. разрушения базальной мембраны и цитогенной стромы между атипичными железами;
4. -изменения формы и размера желез.

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.

Признаки субмукозной миомы матки:

1. на гистерограмме отсутствие дефекта наполнения;
2. -деформация полости матки по данным УЗИ;
3. -обильные месячные;
4. -стенки полости матки бугристые;
5. маточные трубы непроходимые;
6. наружная поверхность матки бугристая.

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. о гиперандрогении;
4. о гипоэстрогении.

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.

Отрицательная дексаметазоновая проба (незначительное снижение экскреции 17-ОКС и 17-КС) свидетельствует о наличии:

1. -опухоли коркового слоя надпочечников;
2. адрено-генитального синдрома (АГС);
3. нейро-обменноэндокринного синдрома;
4. синдрома склерокистозных яичников.

Реже других причиной патологической секреции (белей) является:

1. -трубные бели (опорожняющийся гидросальпинкс);
2. маточные бели;
3. шеечные бели;
4. влагалищные бели.

Основные показания к кольпоскопии:

1. бесплодие;
2. подозрение на порок развития гениталий;
3. -подозрение на фоновые, предраковые заболевания и рак шейки матки;
4. невынашивание беременности;
5. маточное кровотечение.

При кольпоскопии определяют:

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

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.

При проведении морфологического исследования заподозрить рак шейки матки позволяют следующие данные:

1. полиморфизм клеток и их ядер;
2. гиперхроматоз ядер клеток;
3. нарушение слоистости эпителиального пласта;
4. ничего из перечисленного;
5. -все перечисленное.

Внутриматочные синехии диагностируются с помощью:

1. -ультразвукового исследования органов малого таза;
2. -метросальпингографии;
3. лапароскопии;
4. кольпоскопии;
5. -гистероскопии.

Наиболее точный метод диагностики патологии в случае маточного кровотечения:

1. кольпоскопия;
2. лапароскопия;
3. -УЗИ;
4. -гистероскопия;
5. цистоскопия.

Показанием для гистеросальпингографии является:

1. подозрение на трубное бесплодие;
2. подозрение на внутренний эндометриоз;
3. наличие внутриматочной патологии;
4. подозрение на аномалии развития матки;
5. -все ответы правильны.

Какой метод исследования не обязателен для подтверждения диагноза миомы матки?

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

При появлении атипических кровянистых выделений проводится:

1. гистеросальпингография;
2. определение ЛГ;
3. лапароскопия;
4. -диагностическое выскабливание;
5. -УЗИ органов малого таза.

Выберите наиболее точный метод для определения причины атипического маточного кровотечения у женщины в возрасте 30-40 лет.

1. изменение базальной температуры тела;
2. -диагностическое выскабливание слизистой матки;
3. -гистероскопия;
4. определение концентрации эстрогенов и прогестерона;
5. -УЗИ органов малого таза.

Показаниями к гистероскопии являются все перечисленные, кроме:

1. атипических маточных кровотечений;
2. кровотечения в постменопаузе;
3. -подозрения на внематочную беременность;
4. бесплодия.

Показания к диагностической гистероскопии:

1. рецидивирующие маточные кровотечения в репродуктивном периоде;
2. кровотечения в постменструальном периоде;
3. плацентарный полип;
4. аномалии развития матки;
5. -все перечисленное выше.

Показаниями к гистероскопии является все перечисленное, кроме:

1. атипических маточных кровотечений;
2. кровотечение в постменопаузе;
3. -подозрение на внематочную беременность;
4. полипоза эндометрия.

День менструального цикла для гистероскопии с целью диагностики аденомиоза:

1. -6 - 7-й;
2. 12 – 13-й;
3. 16 – 17-й;
4. 21 – 23-й;
5. 27 – 28-й.

День менструального цикла для гистероскопии с целью диагностики причины бесплодия:

1. 6 - 7-й;
2. 12 – 13-й;
3. 16 – 17-й;
4. 21 – 23-й;
5. -27 – 28-й.

Методы диагностики эндометриоза гениталий:

1. -УЗИ гениталий;

2. -лапароскопия, гистероскопия;
3. -кольпоскопия;
4. бактериологическое исследование влагалищного содержимого;
5. мазки на АК;
6. -определение антимюллера гормона.

Для диагностики аденомиоза, гистеросальпингографию либо гистероскопию следует проводить:

1. -на 7-8-й день менструального цикла;
2. на 1-5-й день менструального цикла;
3. на 20-25-й день менструального цикла;
4. на 26-28-й день менструального цикла.

Выбор схемы лечения пролиферативных процессов эндометрия зависит от:

1. -возраста пациентки;
2. наличия родов в анамнезе;
3. -вида патологии эндометрия;
4. -наличия сопутствующих обменно-эндокринных заболеваний;
5. -наличия сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы и гепатобилиарной системы.

Какие следующие методы могут быть использованы для исследования эндометрия:

1. лапароскопия;
2. -биопсии эндометрия;
3. -гистероскопия;
4. кульдоцентез;
5. -гистерография;
6. -УЗИ органов малого таза.

Наиболее точный метод диагностики патологии в случае маточного кровотечения:

1. кольпоскопия;
2. лапароскопия;
3. УЗИ;
4. -гистероскопия.

Женщины с атипичным маточным кровотечением составляют группу риска:

1. по невынашиванию;
2. по развитию аномалий родовой деятельности;
3. по развитию опухолей яичников;
4. по развитию опухолей молочных желез;
5. -все ответы правильны.

Молодая женщина обратилась впервые в женскую консультацию с жалобами на задержку менструации, тошноту, рвоту, потерю в весе до 2 кг. Что следует предпринять?

1. консультация гастроэнтеролога;
2. рентгенологическое исследование желудка;
3. -определение уровня ХГЧ;
4. определить содержание глюкозы в крови;
6. -УЗИ органов малого таза.

Диагностическая ценность лапароскопии в гинекологии особенно высока при всех перечисленных состояниях, кроме:

1. прогрессирующей внематочной беременности;
2. -маточной беременности;
3. опухоли яичника;
4. миомы матки;
5. всего перечисленного.

Женщина с трехдневной задержкой менструации обращается с жалобами на боли внизу живота. При осмотре матка болезненна, слева в области придатков определяется образование. С целью предохранения от беременности женщина использует ВМС. Ближайшая тактика ведения может включать все перечисленное, кроме:

1. пробы на беременность;
2. -лапароскопии;
3. УЗИ органов таза;
4. антибиотикотерапии;
5. удаления ВМС.

Методы диагностики рака эндометрия:

1. лапароскопия;
2. -раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки;
3. тесты функциональной диагностики;
4. -УЗИ;
5. -гистероскопия.

В диагностике причин маточного кровотечения не используется:

1. кольпоскопия;
2. -лапароскопия;
3. УЗИ;
4. раздельное выскабливание слизистой матки;
5. гистероскопия.

Методы диагностики рака эндометрия следующие, кроме:

1. -лапароскопии;
2. раздельного диагностического выскабливания слизистой шейки и тела матки;
3. -тестов функциональной диагностики;
4. УЗИ;

5. гистероскопии.

Основной метод диагностики рака тела матки:

1. -гистологическое исследование соскоба эндометрия;
2. цитологическое исследование аспирата из полости матки;
3. трансвагинальная эхография;
4. гистероскопия;
5. рентгенотелевизионная гистеросальпингография.

При подозрении на рак эндометрия гистероскопия позволяет установить все перечисленное, кроме:

1. наличия патологического процесса;
2. распространенности процесса по поверхности;
3. -глубины инвазии;
4. произвести прицельную биопсию.

Дополнительные методы диагностики степени распространения рака тела матки:

1. -цистоскопия;
2. бактериологическое исследование аспирата слизистой матки;
3. -ректоскопия;
4. -лимфография рентгеноконтрастная;
5. исследование органов желудочно-кишечного тракта.

Методы диагностики патологии шейки матки:

1. гормональное исследование;
2. -кольпоскопия;
3. -цервикогистеросальпингография;
4. измерение ректальной температуры;
5. -кюретаж цервикального канала.

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.

При ненарушенном двуфазном менструальном цикле симптом арборизации цервикальной слизи (+ - -) соответствует:

1. 4 дню менструального цикла;
2. -7 дню менструального цикла;
3. 10 дню менструального цикла;
4. 13 дню менструального цикла;
5. 16 дню менструального цикла.

Феномен зрачка (+++): раскрытие цервикального канала до 0,3 см в диаметре соответствует:

1. 5-6 дню менструального цикла;
2. 7-8 дню менструального цикла;
3. 9-10 дню менструального цикла;
4. 11-12 дню менструального цикла;
5. -13-14 дню менструального цикла.

Положительный симптом зрачка в течение всего менструального цикла свидетельствует:

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

Симптом растяжения цервикальной слизи на 8-10 см при нормальном менструальном цикле соответствует:

1. 1-5 дню менструального цикла;
2. 6-10 дню менструального цикла;
3. -12-14 дню менструального цикла;
4. 16-20 дню менструального цикла;
5. 22-24 дню менструального цикла.

Какая из перечисленных причин атипичических маточных кровотечений наиболее вероятна?

1. -ановуляция;
2. органические заболевания;
3. хронический эндометрит;
4. злокачественные заболевания шейки матки.

Аменорея – это отсутствие менструации в течение:

1. 4 месяцев;
2. 5 месяцев;
3. -6 месяцев;
4. 1 года;
5. все перечисленное неверно.

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.

Какая аменорея не является физиологической?

1. перед менархе;
2. после менопаузы;
3. во время беременности;
4. -в репродуктивном возрасте;
5. во время лактации.

Аменорея у 16-летней девочки может быть результатом всех перечисленных состояний, кроме:

1. заращения девственной плевы;
2. синдрома нечувствительности к андрогенам;
3. поликистоза яичников;
4. -гранулезоклеточной опухоли.

Ложная аменорея может быть обусловлена:

1. -атрезией канала шейки матки;
2. аплазией тела матки;
3. -атрезией влагалища;
4. дисгенезией гонад.

Истинная (патологическая) аменорея может быть следствием всех указанных ниже заболеваний, кроме:

1. гипотиреоза;
2. нейрогенной анорексии;
3. синдрома тестикулярной феминизации;
4. -атрезии девственной плевы;
5. микро- и макроаденомы гипофиза.

Физиологическая аменорея характерна для:

1. периода детства;
2. постменопаузы;
3. периода лактации;
4. беременности;
5. -все ответы правильны.

Вторичная аменорея может быть следствием:

1. психического стресса;
2. массивной кровопотери в родах;
3. выраженного дефицита массы тела;
4. туберкулеза половых органов;
5. -все перечисленное верно;
6. ничего из перечисленного неверно.

При лечении больной с любой формой дисгенезии гонад, как правило, исключается восстановление:

1. гормональной функции;
2. половой функции;
3. -репродуктивной функции;
4. всех перечисленных функций;
5. ничего из перечисленного.

Синдром Шерешевского-Тернера – это:

1. «чистая» форма дисгенезии гонад;
2. -типичная форма дисгенезии гонад;
3. «смешанная» форма дисгенезии гонад;
4. синдром тестикулярной феминизации;
5. ничего из перечисленного.

Дисгенетическое яичко у больной с аменореей яичникового генеза склонно:

1. к вирилизации;
2. -к малигнизации;
3. к феминизации;
4. ко всему перечисленному;
5. ни к чему из перечисленного.

Какие дополнительные методы исследования необходимо использовать для уточнения генеза аменореи?

1. ультразвуковое исследование внутренних половых органов;
2. обследование по тестам функциональной диагностики;
3. гистероскопию;
4. функциональные гормональные пробы;
5. -все перечисленные выше.

При отрицательной пробе с гонадотропинами у больных с аменореей показаны:

1. проба с эстрогенами и гестагенами в циклическом режиме;
2. -лапароскопия и биопсия яичников;
3. лапароскопия и удаление яичников;
4. прогестероновая проба;
5. ничего из перечисленного.

К гипергонадотропной аменорее относится:

1. синдром истощения яичников;
2. синдром резистентных яичников;
3. синдром Шерешевского-Тернера;
4. -все перечисленное.

Кариотип при синдроме Шерешевского-Тернера:

1. -кариотип 45 XO;
2. каритотип 46 XX;
3. каритотип 46XY;
4. каритотип 45 X/46 XX;
5. ничего из вышеперечисленного.

Какое из заболеваний сопровождается меноррагиями:

1. -тромбоцитопения;
2. полип эндометрия;
3. пузырьный занос;
4. поликистоз яичников;
5. пролактинома.

Выберите наиболее частую причину атипических маточных кровотечений:

1. -полипы эндометрия;
2. -ановуляция;
3. цервицит;
4. системная красная волчанка;
5. опухоли щитовидной железы.

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

1. гормонотерапия синтетическими прогестинами;
2. гормонотерапия эстроген-гестагенными препаратами;
3. прием антиэстрогенов (тамоксифена);
4. -оперативное лечение;
5. все перечисленное.

Менструальное кровотечение длительное, обильное при регулярном цикле:

1. метроррагия;
2. олигоменорея;
3. полименорея;
4. -гиперполименорея;
5. меноррагия.

Принципы лечения атипических маточных кровотечений у больных:

1. применение лечебно-диагностического выскабливания матки в репродуктивном и климактерическом периодах жизни женщины;
2. нормализация менструальной функции в детородном возрасте;
3. прекращение менструальной функции в пременопаузе;
4. применение витаминотерапии;
5. -все ответы правильны.

Какие из факторов уменьшают степень альгоменореи?

1. -применение спазмолитических средств;
2. -гормональная контрацепция;
3. внутриматочная контрацепция;
4. острый воспалительный процесс гениталий;
5. внутриматочные манипуляции.

Первичная альгоменорея обусловлена:

1. инфантилизмом;
2. ретродевиацией матки;
3. высокой продукцией простагландинов;
4. -все перечисленное верно.

Какой из признаков не относится к клинике предменструального синдрома?

1. нагрубание молочных желез;

2. прибавка в весе;
3. мигрень;
4. -аменорея;
5. депрессия.

Что не свойственно для синдрома поликистозных яичников?

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

Характер изменения менструальной функции при лактации после родов:

1. гиперполименорея;
2. -аменорея вследствие высокого уровня пролактина;
3. аменорея вследствие снижения эстрогенов;
4. метроррагия;
5. ничего из вышеперечисленного.

Что не свойственно для климактерического синдрома?

1. нейровегетативные нарушения;
2. обменно-эндокринные нарушения;
3. -синдром гиперстимуляции яичников;
4. психоэмоциональные нарушения;
5. экстрагенитальные заболевания.

При климактерическом синдроме у женщин в пременопаузе наблюдаются симптомы:

1. вегето-сосудистые;

2. обменно-эндокринные;
3. нервно-психические;
4. -все перечисленное;
5. ничего из перечисленного.

При климактерическом синдроме у женщин в пременопаузе не наблюдаются:

1. вегето-сосудистые симптомы;
2. психо-эмоциональные симптомы;
3. обменно-эндокринные нарушения;
4. -остеопороз;
5. все перечисленные.

Какие проявления патологического климакса относятся к ранним симптомам?

1. урогенитальные, сердечно-сосудистые;
2. -вазомоторные, эмоционально-психические;
3. вазомоторные, остеопороз;
4. сердечно-сосудистые, остеопороз;
5. все перечисленное.

Физиологическое течение климактерического периода обычно характеризуется:

1. отсутствием инволюции половых органов;
2. -прекращением менструальной функции;
3. сохранением репродуктивной функции;
4. сохранением менструальной функции.

Факторы, усугубляющие течение климактерического периода:

1. -стрессовые ситуации;
2. -экстрагенитальные заболевания;

3. внутриматочная контрацепция;
4. прием эстрогенов;
5. прием гестагенов.

Физиологическое течение климактерического периода обычно характеризуется:

1. - прогрессирующей инволюцией половых органов;
2. - прекращением менструальной функции;
3. - прекращением репродуктивной функции;
4. выраженными «приливами».

К основным фазам климактерия относятся:

1. - пременопауза;
2. - менопауза;
3. - постменопауза;
4. перименопауза;
5. все ответы неправильные.

К основным фазам климактерия относятся:

1. пременопауза, менопауза;
2. - пременопауза, менопауза, постменопауза;
3. перименопауза;
4. пременопауза, постменопауза.

Назовите наиболее характерные клинические проявления климактерического синдрома:

1. повышенная раздражительность;
2. приливы жара;
3. боли в области сердца;
4. цисталгия, учащенное мочеиспускание;

5. -все верно.

Пременопауза – это период:

1. начинающуюся снижения функции яичников;
2. увеличения частоты ановуляторных циклов;
3. изменения длительности менструального цикла;
4. изменения количества теряемой крови;
5. -все ответы правильные.

Влагалище женщины в периоде постменопаузы имеет все перечисленные признаки, кроме:

1. бледного, сухого эпителия;
2. уменьшения размеров верхней части влагалища;
3. -увеличения количества поверхностных клеток;
4. снижения тонуса влагалища;
5. увеличения количества парабазальных клеток.

Что не характерно для постменопаузы?

1. низкий уровень эстрадиола;
2. -высокий уровень прогестерона;
3. -высокий уровень ФСГ;
4. -высокий уровень эстрогенов;
5. снижение уровня андрогенов.

Что характерно для постменопаузы?

1. -низкий уровень эстрадиола;
2. высокий уровень прогестерона;
3. высокий уровень ФСГ и ЛГ;
4. высокий уровень эстрогенов.

У 35-летней женщины, не получающей заместительной терапии эстрогенами, сразу после радикального хирургического лечения эндометриоза могут появиться все следующие признаки и симптомы, кроме:

1. приливов жара;
2. остеопороза;
3. -замедленного старения сердечно-сосудистой системы;
4. атрофического вагинита;
5. снижения либидо.

Гестагены стимулируют все нижеперечисленные процессы, кроме:

1. обладают гипертермическим действием;
2. -усиливают процесс окостенения;
3. тормозят отделение мочи;
4. усиливают отделение желудочного сока;
5. -вызывают секреторные изменения в эндометрии;
6. обладают феминизирующим эффектом.

Под влиянием какого гормона возникают «приливы жара» в постменопаузе?

1. эстрогенов;
2. пролактина;
3. прогестерона;
4. -ЛГ;
5. ни один из перечисленных.

Гормональные изменения при менопаузе:

1. повышение тиреоидина;
2. снижение инсулина;
3. -резкое падение уровня эстрогенов;

4. -резкое падение уровня прогестерона.

Какие заболевания характерны для постменопаузы?

1. заболевания верхних дыхательных путей;
2. пневмонии;
3. -рак эндометрия;
4. -депрессия;
5. -остеопороз.

Назовите наиболее характерные клинические проявления постменопаузального остеопороза:

1. боли в позвоночнике;
2. уменьшение роста, изменение осанки;
3. уменьшение массы тела;
4. прогрессирующее ограничение двигательной функции позвоночника;
5. -все перечисленные.

В клинической практике монотерапия натуральными эстрогенами используется:

1. -в случае отсутствия матки и придатков;
2. при сохраненной матке и придатках;
3. при отсутствии придатков матки;
4. при сохраненной матке;
5. ничего из перечисленных.

Лечение эстрогенами противопоказано при всем нижеперечисленном, кроме:

1. острых заболеваний печени;
2. хронических нарушений функции печени;
3. -хронической пневмонии;
4. острых тромбозов сосудов;

5. нейроофтальмологических сосудистых заболеваний.

Пациентка К., 52 лет, страдает депрессией и бессонницей. Постменопауза в течение 2 лет. Предложенный врачом цикл терапии эстрогенами должен привести ко всем перечисленным положительным эффектам, кроме:

1. предупреждения остеопороза;
2. -предупреждения гиперплазии эндометрия;
3. нормализации мочеиспускания;
4. предупреждения сердечно-сосудистых заболеваний;
5. сохранения тургора кожи.

Все перечисленные утверждения относительно остеопороза в постменопаузе правильны, кроме:

1. кальций в большей степени теряют губчатые кости;
2. потеря кальция ускоряется после двустороннего удаления яичников;
3. терапия эстрогенами может задержать развитие остеопороза;
4. -остеопороз чаще возникает у афроамериканок;
5. у одной трети пожилых женщин повышена склонность к перелому бедер.

Для лечения остеопороза рекомендуют все нижеперечисленное, кроме:

1. эстрогенов;
2. -прогестинов;
3. физических упражнений;
4. кальция;
5. витамина Д.

Все нижеперечисленное считают противопоказанием к заместительной терапии эстрогенами в постменопаузе, кроме:

1. гипертензии;
2. острых заболеваний печени;

3. -диабета;
4. семейной гиперлипидемии;
5. мастэктомии по поводу рака молочной железы, проведенной до наступления менопаузы.

Какие патологические изменения эндометрия возможны у больных с рецидивирующими атипическими маточными кровотечениями:

1. железисто-кистозная гиперплазия;
2. атипическая гиперплазия;
3. эндометриальный полип;
4. аденокарцинома;
5. -верно все перечисленное.

К группе риска воспалительных послеродовых заболеваний относятся женщины:

1. с отягощенным акушерским анамнезом;
2. -с хроническим воспалительным процессом гениталий;
3. -с экстрагенитальными воспалительными заболеваниями;
4. ничего из перечисленного.

К возбудителям неспецифических воспалительных заболеваний женских половых органов относится:

1. -стафилококк;
2. хламидии;
3. гонококк;
4. гарднерелла;
5. все перечисленное.

Все следующие факторы повышают риск развития воспалительных заболеваний половых органов, кроме:

1. начала половой жизни в 15 лет;

2. медицинских абортов;
3. -применения пероральных контрацептивов;
4. гистеросальпингографии;
5. использования ВМС.

Синдром хронической тазовой боли может быть следствием:

1. -«малых» форм наружного эндометриоза;
2. -хронического воспаления придатков матки;
3. вторичного бесплодия;
4. -варикозного расширения вен малого таза;
5. генитального туберкулеза.

Что из нижеперечисленного может быть причиной воспалительного процесса внутренних половых органов?

1. медицинский аборт;
2. расширение цервикального канала и кюретаж;
3. введение ВМС;
4. гистеросальпингография;
5. -все перечисленное;
6. ничего из перечисленного.

Для воспалительных заболеваний половых органов не характерно:

1. боли в нижней части живота;
2. лихорадка;
3. зловонные выделения из влагалища;
4. -повышенное содержание билирубина в крови;
5. ускорение СОЭ и увеличение лейкоцитов.

Инфицирование, какими микроорганизмами, вызывающими кольпит, требует лечения обоих партнеров?

1. -гарднереллами;
2. кандидами;
3. стрептококками;
4. стафилококками;
5. кишечной палочкой.

Какой из следующих методов обследования наиболее достоверно подтверждает диагноз воспаления придатков?

1. количественное определение лейкоцитов;
2. окраска по Граму мазка шейечной слизи;
3. кульдоцентез;
4. -лапароскопия;
5. УЗИ органов малого таза.

Все следующие мероприятия могут помочь в установлении диагноза воспалительного заболевания органов малого таза, кроме:

1. лапароскопии;
2. УЗИ;
3. кульдоцентеза;
4. -анализа мочи по Зимницкому;
5. ректального исследования.

Известные осложнения воспалительных заболеваний органов малого таза включают следующие, кроме:

1. -эндометриоза;
2. эктопической беременности;
3. спаек в области малого таза;
4. диспареунии;

5. гидросальпинкса.

У девочек в раннем возрасте (от 2 до 8 лет) чаще встречаются:

1. опухоли яичников;
2. дисфункциональные кровотечения;
3. врожденные аномалии половых органов;
4. -вульвовагинит;
5. сальпингоофорит.

Осложнением, чаще всего возникающим при ведении ВМС, является:

1. истмико-цервикальная недостаточность;
2. внематочная беременность;
3. привычный выкидыш;
4. -острая инфекция;
5. тромбоз вен таза.

Какие мероприятия могут помочь в установлении диагноза воспалительного заболевания органов малого таза?

1. -лапароскопия;
2. -УЗИ;
3. -кульдоцентез;
4. симптом «зрачка» и арборизация слизи из шейки матки;
5. -ректальное исследование;
6. мазок из шейки матки на атипические клетки.

В патогенезе воспалительных заболеваний внутренних половых органов, значение имеет все перечисленное, кроме:

1. использования ВМС;
2. полового сношения;

3. менструации;
4. -миомы матки.

Патологические изменения шеечной слизи могут быть результатом всех следующих состояний, кроме:

1. инфицирования шейки матки цитотоксическими микроорганизмами;
2. -смещения матки кзади;
3. хронического воспалительного процесса в шейке матки;
4. предшествующей электрокоагуляции каких-либо образований шейки матки;
5. воспаления влагалища.

Наиболее частая патология мочевыводящих путей при заболеваниях гениталий у молодых женщин:

1. мочекаменная болезнь;
2. -уретрит;
3. пиелонефрит;
4. дивертикул уретры.

Больная принимает в течение длительного времени антибиотики по поводу острого пиелонефрита. У нее появились чувство жжения во влагалище, зуд, обильные выделения. Какое возникло осложнение?

1. острый эндометрит;
2. внематочная беременность;
3. воспаление придатков матки;
4. -кандидозный кольпит;
5. эрозия шейки матки.

У 18-летней женщины при задержке менструации на 10 дней появились острые боли в нижней части живота, повышение температуры до 37,40С, лейкоцитоз 12,4?10⁹ л. При пальпации боли распространяются до верхней части живота справа. Дифференциальную диагностику проводят со всеми следующими заболеваниями, кроме:

1. эктопической беременности;
2. аппендицита;
3. острого сальпингита;
4. -кольпита;
5. перекрута ножки опухоли яичника.

Какие факторы способствуют кандидозному вульвовагиниту:

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

К развитию кандидоза влагалища не предрасполагают:

1. оральные контрацептивы;
2. беременность;
3. сахарный диабет;
4. -прием антибиотиков;
5. гипотензивные препараты.

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.

Факторы устойчивости слизистой влагалища к инфекции:

1. -высокий уровень эстрогенов;
2. низкий уровень эстрогенов;
3. -кислая среда;
4. отсутствие палочек Додерлейна;
5. высокий уровень прогестерона.

Для бактериального вагиноза не характерно:

1. повышение рН влагалищного секрета;
2. -низкая рН влагалищного секрета;
3. наличие белей с резким запахом;
4. наличие «ключевых» клеток в мазках;
5. -обнаружение палочек Додерлейна.

Бактериальный вагиноз характеризуется всеми следующими проявлениями, кроме:

1. рН 5,0;
2. ключевых клеток;
3. -выраженной воспалительной реакции;
4. положительного теста с едким калием;
5. хорошего эффекта от лечения метронидазолом.

Назовите основной клинический симптом бактериального вагиноза:

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

У больных с хламидийной инфекцией (вне беременности) лучше использовать все перечисленное, кроме:

1. доксициклина;
2. эритромицина;
3. сумамеда;
4. -ампициллина;
5. тетрациклина.

В развитии гарднереллеза большое значение имеют:

1. гипоэстрогения;
2. сдвиги pH влагалищного содержимого в щелочную сторону;
3. гибель лактобацилл;
4. рост анаэробов;
5. -все перечисленное;
6. ничего из перечисленного.

Гонорейную этиологию воспалительного процесса в области придатков матки можно предположить:

1. при наличии двустороннего сальпингоофорита у первично бесплодной женщины;
2. при сочетании двустороннего сальпингоофорита с эндоцервицитом (у женщин, у которых не было родов, абортов);
3. при сочетании двустороннего сальпингоофорита с уретритом, бартолинитом;
4. -при всем перечисленном.

Восходящая гонорея - это поражение:

1. канала шейки матки;
2. -маточных труб;
3. парауретральных желез;
4. уретры.

Преимущественный путь распространения гонорейной инфекции:

1. лимфогенный;
2. гематогенный;
3. периневральный;
4. контактный;
5. -интраканаликулярный.

У 2% больных гонореей наблюдается диссеминированная гонококковая инфекция. Какие при этом могут быть поражения?

1. молекулярные высыпания (запястья, суставы);
2. лихорадка;
3. мигрирующая полиартралгия, артрит;
4. эндокардит и менингит;
5. -септицемия;
6. верно все.

Укажите критерии излеченности гонорей:

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.

Критерии излеченности больных гонореей устанавливаются после лечения в течение:

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

5. пяти месяцев.

Эндометрит – это:

1. воспаление маточной трубы;
2. воспаление мышцы матки;
3. воспаление брюшины;
4. воспаление околоматочной клетчатки;
5. -воспаление слизистой оболочки матки.

Лечение острого эндометрита, включает:

1. -десенсибилизирующие средства;
2. хирургическое лечение;
3. -антибактериальные средства;
4. -дезинтоксикационную терапию;
5. спазмолитики.

Параметрит – это:

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

Какой из перечисленных органов при туберкулезе полового тракта поражается в 90–100 %?

1. яичники;
2. матка;
3. -фаллопиевы трубы;
4. шейка матки;

5. влагалище.

При туберкулезе половых органов первичный очаг наиболее часто локализуется в:

1. -легких;
2. костях;
3. мочевыделительной системе;
4. лимфатических узлах;
5. на брюшине.

Какие отделы половой системы женщины наиболее часто поражаются при туберкулезе?

1. -маточные трубы;
2. яичники;
3. матка;
4. наружные половые органы;
5. влагалище.

В каком возрастном периоде наиболее часто выявляют туберкулу внутренних половых органов?

1. в периоде детства;
2. в пубертатном периоде;
3. -в репродуктивном периоде;
4. в перименопаузальном периоде;
5. с одинаковой частотой в любом из перечисленных выше периодов.

Причиной тубовариального абсцесса бывают:

1. гепатит;
2. -эндометрит;
3. -сальпингит;
4. цервикоз;

5. плеврит.

Причиной tuboовариального абсцесса не бывают:

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

Этапом патогенеза tuboовариального абсцесса бывает:

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

Пельвиоперитонит – это:

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

Наиболее характерные клинические симптомы перитонита:

1. рвота, сухой язык;
2. задержка стула и газов;
3. вздутие и напряжение живота;
4. симптомы раздражения брюшины;

5. -все перечисленное.

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.

Клинические признаки перитонита:

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

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.

Причины развития послеоперационного перитонита:

1. инфицирование брюшной полости во время операции;
2. несостоятельность швов;
3. развитие некроза ткани дистальной лигатуры при оставлении больших культей;
4. оставление инородного тела в брюшной полости;
5. -все перечисленное.

К группе высокого риска по заболеванию СПИДом относятся:

1. гомосексуалисты;
2. наркоманы;
3. больные гемофилией;
4. лица, ведущие беспорядочную половую жизнь;
5. -все перечисленные.

Что из перечисленного неверно в отношении ВИЧ-инфекции?

1. ВИЧ-инфекция повышает риск развития рака шейки матки;
2. -половой акт – единственный возможный путь заражения;
3. этот вирус вызывает развитие кондилом;
4. нередко сочетается с гепатитом В.

Показанием к оперативному лечению у больных с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов не является:

1. пиосальпинкс и пиовар;
2. сочетание воспалительного процесса с новообразованием внутренних половых органов;
3. -хронический сальпингоофорит с мелкокистозной дегенерацией яичников;
4. тубовариальное образование, не поддающееся консервативному лечению.

Экстренная госпитализация в гинекологический стационар показана в случаях:

1. -перекрута ножки опухоли яичника;
2. -рождения подслизистого миоматозного узла;
3. атипической гиперплазии эндометрия;
4. -острого гнойного воспаления придатков матки;
5. -нарушенной внематочной беременности.

Под диспансерным наблюдением в условиях женской консультации должны находиться больные:

1. после хирургического лечения внематочной беременности;
2. с нарушением менструального цикла;
3. с миомой матки, размеры которой соответствуют беременности сроком меньше 12 недель.
4. с хроническим воспалением придатков матки;
5. -всех перечисленных выше групп.

Оптимальный метод обезболивания лечебно-диагностической лапароскопии в гинекологии:

1. -эндотрахеальный наркоз;
2. внутривенная анестезия;
3. перидуральная анестезия;
4. местная инфильтрационная анестезия;
5. выбор метода обезболивания зависит от объема эндоскопического вмешательства и тяжести состояния больной.

В комплекс мероприятий по подготовке к полостным гинекологическим операциям, как правило, входит назначение:

1. сифонных клизм за 3-4 дня до операции, на ночь, ежедневно;
2. растительного масла по 1 столовой ложке 3 раза в день перед едой за 10 дней до операции;
3. -очистительной клизмы накануне операции, на ночь;
4. всего перечисленного.

Плановая гинекологическая операция должна проводиться:

1. в дни менструации;
2. -в первую неделю после менструации;
3. в дни ожидаемой менструации;

4. накануне менструации;
5. не имеет значения.

Абсолютным показанием к операции в гинекологии не является:

1. внутрибрюшное кровотечение;
2. перитонит;
3. -гонорейный пельвиоперитонит;
4. угроза перфорации tuboовариального абсцесса.

Абсолютным показанием к операции в гинекологии является:

1. внутрибрюшное кровотечение;
2. перитонит;
3. угроза перфорации tuboовариального абсцесса;
4. пельвиоперитонит;
5. -все перечисленное.

Консервативное лечение при перфорации матки зондом возможно:

1. при отсутствии кровотечения;
2. при отсутствии симптомов раздражения брюшины;
3. при нормальной частоте пульса;
4. при удовлетворительном состоянии женщины;
5. -при всем перечисленном.

Перечислите противопоказания к медицинскому аборту:

1. -3-4 степень чистоты влагалищного отделяемого;
2. -острая респираторная вирусная инфекция;
3. -срок беременности более 12 недель;
4. врожденный вывих бедра;

5. все перечисленные.

Стадии самопроизвольного аборта, при которых возможно сохранение беременности:

1. -угрожающий;
2. -начавшийся;
3. в ходу;
4. неполный;
5. полный.

Методы прерывания маточной беременности в ранних сроках до 6 недель:

1. -вакуум-аспирация;
2. -медикаментозный аборт;
3. выскабливание матки после расширения шейки матки;
4. использование цитостатических препаратов;
5. все ответы правильны.

Перечислите возможные осложнения медицинского аборта:

1. острое воспаление матки и ее придатков;
2. разрывы шейки матки;
3. перфорация матки;
4. плацентарный полип;
5. -верно все.

Санаторно-курортное лечение противопоказано при:

1. -остром воспалении матки и ее придатков;
2. интерстициальной миоме матки, размер которой соответствует беременности сроком 7 недель;
3. -доброкачественных опухолях яичников;
4. туберкулезе половых органов;

5. все неверно.

Чревосечение при перфорации матки во время искусственного аборта не показано:

1. при неполном внебольничном аборте;
2. -при перфорации матки зондом и отсутствии болевой реакции, кровотечения;
3. при обнаружении перфорации матки после введения кюретки (абортцанга);
4. при установлении извлечения через шейку матки петли кишечника или сальника.

Факторы риска перфорации матки при выскабливании:

1. в анамнезе – множественные аборты;
2. эндометрит;
3. пузырьный занос;
4. -все перечисленные факторы;
5. ни один из перечисленных факторов.

При небольшом перфоративном дефекте матки не показано:

1. иссечение краев перфоративного отверстия;
2. -надвлагалищная ампутация матки;
3. ревизия органов малого таза;
4. ушивание перфоративного отверстия;
5. ревизия кишечника, прилежащего к матке.

Ранение мочевого пузыря при брюшностеночных операциях возникает чаще всего:

1. при вскрытии брюшины;
2. при отсепаровке мочевого пузыря от шейки матки;
3. при изменении анатомических соотношений органов малого таза;
4. при воспалительных изменениях в малом тазу;
5. -при всем перечисленном.

Перечислите факторы риска развития тромбоэмболических осложнений в раннем послеоперационном периоде:

1. варикозное расширение вен нижних конечностей;
2. постгеморрагическая анемия;
3. ожирение;
4. пожилой возраст;
5. -все ответы верны.

Определите объем неотложной врачебной помощи при недавно произошедшей травме влагалища и промежности:

1. -ушивание разрывов влагалища, восстановление целости промежности;
2. адекватная инфузионно-трансфузионная терапия;
3. холод на промежность;
4. первичная обработка раны, тугая тампонада влагалища;
5. ничего не верно.

Показаниями к хирургическому лечению при опухолях 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.

Что из нижеперечисленного не является показанием к лапароскопии?

1. подозрение на эктопическую беременность;
2. подозрение на перекрут ножки яичника;
3. -развивающаяся маточная беременность;
4. бесплодие;

5. опухоли яичника.

Радикальным оперативным вмешательством при миоме матки является.

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

При перекруте ножки опухоли яичника наблюдаются:

1. -сильные боли внизу живота;
2. -неподвижная, резко болезненная опухоль внизу живота;
3. -синдром раздражения брюшины на стороне опухоли;
4. ничего из перечисленного.

Состав хирургической ножки яичника:

1. собственно яичниковая связка;
2. воронкотовая связка;
3. мезосальпикс;
4. маточная труба;
5. -все перечисленное.

В состав хирургической ножки яичника не входит:

1. воронкотовая связка;
2. собственная связка яичников;
3. мезоовариум;
4. труба;
5. -круглая связка.

Для перекрута ножки опухоли яичника характерно:

1. сильные боли внизу живота, возникшие после физического напряжения;
2. при бимануальном исследовании в малом тазу определение неподвижной, резко болезненной опухоли;
3. положительные симптомы раздражения брюшины на стороне опухоли;
4. наличие кисты яичника в анамнезе;
5. -все перечисленное.

Анатомическая ножка опухоли яичника образована:

1. -собственной связкой яичника;
2. петлями кишечника и сальником;
3. -воронко-тазовой связкой;
4. маточной трубой;
5. все верно.

При операции по поводу перекрута ножки дермоидной кисты яичника:

1. перекрученную ножку опухоли яичника надо обязательно раскрутить, чтобы разобраться в анатомии;
2. производят экстирпацию матки с придатками;
3. удаляют оба яичника;
4. -все перечисленное неверно.

Клинические симптомы перекрута ножки кистомы яичника:

1. -резкие боли в нижних отделах живота;
2. -положительный симптом Щеткина-Блюмберга;
3. анемия;
4. повышение температуры;
5. увеличение размеров матки.

Возможные причины опущения и выпадения матки:

1. травма промежности в родах;
2. длительное повышение внутриутробного давления при тяжелой физической работе;
3. резкое похудание;
4. атрофия тканей в пожилом возрасте;
5. -все перечисленное выше.

Основной метод лечения опущения влагалища и матки:

1. лечебная гимнастика;
2. -реконструктивно-хирургические операции;
3. использование физических факторов;
4. -хирургический, влагалищным и абдоминальным доступом;
5. хирургический, абдоминальным доступом.

Пластические операции на шейке матки противопоказаны:

1. -при беременности;
2. -при подозрении на злокачественный процесс в области шейки матки;
3. -при остром воспалительном процессе гениталий;
4. ничего из перечисленного.

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.

Осложнением медицинского аборта не является:

1. бесплодие;
2. -нарушение функции яичников;
3. эндометрит;
4. перфорация матки;
5. цистит.

Фактор риска эктопической беременности:

1. гипоплазия матки;
2. оральная контрацепция;
3. -перенесенные воспалительные заболевания гениталий;
4. кесарево сечение в анамнезе;
5. -эндометриоз.

Какой метод диагностики эктопической беременности наиболее точен?

1. кульдоцентез;
2. биопсия эндометрия;
3. -лапароскопия;
4. серийное определение ХГ;
5. УЗИ органов малого таза.

Основные клинические проявления прогрессирующей внематочной беременности:

1. приступообразные боли внизу живота;
2. мажущие кровянистые выделения из влагалища;
3. слабо положительные симптомы раздражения брюшины;
4. -все перечисленное выше;
5. ни один из перечисленных симптомов.

При прогрессирующей трубной беременности показано:

1. выскабливание полости матки;
2. -экстренная операция;
3. консервативное лечение;
4. гистероскопия;
5. все перечисленное.

Осложнения трубной беременности:

1. -внутрибрюшное кровотечение;
2. нарушение мочеиспускания;
3. -геморрагический шок;
4. апоплексия яичника;
5. -перитубарная гематома и спаечный процесс в брюшной полости.

Повышенная частота эктопической беременности связана со всем нижеуказанным:

1. -эндометриоз;
2. -хронический сальпингит;
3. кольпит;
4. -использование ВМС;
5. -дивертикул маточной трубы.

Неинформативный признак для дифференциации маточной и трубной беременности:

1. УЗИ органов малого таза;
2. уровень хорионического гонадотропина в крови;
3. бимануальное исследование органов малого таза;
4. -мазки на кольпоцитологию;
5. кюретаж матки.

Внематочная беременность может локализоваться во всех перечисленных ниже местах, кроме:

1. шейки матки;
2. рудиментарного рога матки;
3. яичника;
4. брюшной полости;
5. -влагалища.

Наиболее частая имплантация плодного яйца при эктопической беременности?

1. на брюшине;
2. -в ампулярном отделе маточной трубы;
3. на яичнике;
4. в истмическом отделе маточной трубы;
5. в интерстициальном отделе маточной трубы.

Место локализации внематочной беременности:

1. -шейка матки;
2. -рудиментарный рог матки;
3. -яичник;
4. -брюшная полость;
5. влагалище.

При операции удаления трубы по поводу нарушенной трубной беременности между зажимами пересекают:

1. -маточный конец трубы;
2. -брыжейку трубы (мезосальпинкс);
3. собственную связку яичника;
4. круглую связку матки;
5. все перечисленное верно.

У больной диагностирована прогрессирующая внематочная беременность. Показано:

1. консервативное противовоспалительное лечение;
2. -операция;
3. гемотрансфузия;
4. все перечисленное.

При лапароскопии выявлена прогрессирующая трубная беременность. Состояние больной вполне удовлетворительное. Тактика врача:

1. -немедленная операция;
2. операцию можно произвести в плановом порядке;
3. возможно консервативное лечение больной;
4. инфузионная терапия.

Клинические формы трубной беременности:

1. -прогрессирующая;
2. аборт в ходу;
3. -разрыв маточной трубы;
4. неполный трубный аборт;
5. -трубный аборт.

При нарушении внематочной беременности по типу трубного аборта отмечаются:

1. -скудные кровянистые выделения;
2. -боли внизу живота и в подвздошной области;
3. -при влагалищном исследовании увеличение и болезненность придатков;
4. ничего из перечисленного.

Нарушение внематочной беременности по типу разрыва трубы сопровождаются:

1. -внезапный приступ боли в одной из подвздошных областей;
2. -иррадиация боли в плечо;
3. -тошнота (рвота);

4. ничего из перечисленного.

Перечисленные симптомы сопровождают нарушенную трубную беременность:

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

Заболевания, с которыми следует дифференцировать трубную беременность:

1. -апоплексия яичника;
2. -ДМК;
3. -аппендицит;
4. разрыв паренхиматозных органов;
5. -самопроизвольный аборт при маточной беременности.

При прогрессирующей внематочной беременности показано:

1. консервативное противовоспалительное лечение;
2. -операция;
3. гемотрансфузия;
4. все перечисленное;
5. ничего из перечисленного.

При трубном аборте возможно:

1. образование заматочной гематомы;
2. образование перитубарной гематомы;
3. образование гематосальпинкса;
4. массивное кровотечение в брюшную полость;
5. -все перечисленное.

Наиболее целесообразная последовательность мероприятий при диагностике нарушенной внематочной беременности:

1. гемотранфузия, операция;
2. консультация терапевта, анестезиолога, операция;
3. ультразвуковое исследование, гемотранфузия, операция;
4. -операция, гемотранфузия;
5. применение гемостатической терапии, гемотранфузия, операция.

2 При влагалищном исследовании у больной с подозрением на внематочную беременность выявлено: наружный зев приоткрыт; алые кровянистые выделения из цервикального канала; матка увеличена до 8 недель беременности; придатки не определяются; своды влагалища свободны. Диагноз:

1. трубный аборт;
2. -нарушенная маточная беременность;
3. апоплексия яичников;
4. обострение воспалительного процесса придатков матки;
5. ничего из перечисленного.

При тяжелом состоянии больной с прервавшейся трубной беременностью показано:

1. немедленное переливание крови;
2. -срочное удаление трубной беременности с последующей гемотранфузией;
3. УЗИ брюшной полости;
4. ничего из перечисленного.

При трубной эктопической беременности преимущественно выполняют операции:

1. -сальпингэктомию;
2. сальпингоовариэктомию;
3. продольную сальпингостомию;
4. резекцию сегмента трубы, содержащего плодное яйцо, пластика.

Причины возникновения внематочной беременности:

1. инфантилизм;
2. -инфекции органов малого таза;
3. эндокринопатия;
4. пиелонефрит;
5. -миома матки.

Признаки нарушенной эктопической беременности по типу трубного аборта:

1. приступообразные боли;
2. кровянистые выделения из половых путей;
3. обморочные состояния;
4. отсутствие элементов хориона при гистологическом исследовании при наличии децидуальной реакции в эндометрии;
5. -все перечисленное.

Причины внутрибрюшного кровотечения на 18-20 день цикла:

1. апоплексия яичника;
2. перфорация матки во время искусственного аборта;
3. перекрут ножки опухоли яичника;
4. -разрыв кисты желтого тела;
5. нарушенная эктопическая беременность.

Молодая женщина обратилась к врачу женской консультации с жалобами на скудные кровянистые выделения из влагалища, начавшиеся через две недели после задержки менструации, приступообразные боли внизу живота. Какова тактика врача?

1. назначить обезболивающие средства;
2. назначить противовоспалительную терапию;
3. -госпитализировать в гинекологический стационар;

4. рекомендовать осмотр уролога.

Женщина выписана из стационара на 3 день после искусственного аборта с незначительными кровянистыми выделениями. Дома выделения стали обильными, появились боли в животе. Как должен поступить вызванный на дом врач?

1. рекомендовать применять холод на низ живота;
2. назначить антибактериальную терапию;
3. назначить сокращающие матку средства;
4. -госпитализировать в гинекологическое отделение городской больницы.

Наиболее характерные изменения эндометрия при внематочной беременности:

1. атрофия;
2. пролиферация;
3. железисто-кистозная гиперплазия;
4. -децидуальная трансформация;
5. эндометриальный полип.

Во время гинекологического исследования у женщины, обратившейся к врачу в связи с задержкой менструации, развился коллапс. Пальпация заднего свода влагалища и перемещения матки резко болезненны. Тело матки и придатки четко контурировать не удается из-за резкой болезненности и защитного напряжения передней брюшной стенки. Каков диагноз?

1. неполный аборт при маточной беременности малого срока;
2. разрыв кисты яичника;
3. -нарушенная трубная беременность;
4. острый аппендицит.

К., 35 лет, доставлена в стационар в тяжелом состоянии. Пульс 120 ударов в минуту, АД 80/40 мм рт. ст. Даты последней менструации не помнит. В анамнезе 1 роды и внебольничный аборт. Беременной себя не считает. Три часа тому назад внезапно появились сильные боли внизу живота с иррадиацией в задний проход, дважды теряла сознание. Каков предположительный диагноз?

1. неполный аборт при маточной беременности малого срока;
2. -нарушенная трубная беременность;
3. альгодисменорея;
4. почечная колика.

При эктопической трубной беременности рекомендуют операции, кроме:

1. сальпингэктомии;
2. -сальпингоовариэктомии;
3. продольной сальпингостомии;
4. резекции сегмента трубы, содержащего плодное яйцо, пластика.

Причины острого живота в детской гинекологии:

1. -апоплексия яичника;
2. -разрыв кисты желтого тела;
3. болезнь Гиршпрунга;
4. -перекрут придатков;
5. -перекрут ножки опухоли яичника.

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.

Для апоплексии яичника характерно все, кроме:

1. болей внизу живота;
2. внутреннего кровотечения;
3. отрицательных биологических реакций на беременность;

4. -выраженного лейкоцитоза;
5. симптомов раздражения брюшины.

При значительном кровотечении в брюшную полость у больной с апоплексией яичника показано:

1. -резекция яичника;
2. удаление яичника;
3. наблюдение дежурного врача за динамикой симптомов, по показаниям – гемотрансфузия;
4. консервативная терапия: покой, холод на низ живота, общеукрепляющая терапия.

У больной с клиническим диагнозом апоплексии яичника показанием к операции является:

1. наличие воспаления придатков в анамнезе;
2. дисфункция яичников в анамнезе;
3. болевой синдром;
4. -внутрибрюшное кровотечение.

Клинические критерии оценки тяжести состояния больной при массивной кровопотере:

1. частота сердечных сокращений;
2. артериальное и центральное венозное давление;
3. часовой диурез;
4. цвет кожи и температура тела;
5. -все перечисленное выше.

Основные клинические симптомы геморрагического шока:

1. низкое артериальное давление;
2. олигурия и анурия;
3. частый нитевидный пульс;

4. акроцианоз;
5. -все перечисленные симптомы.

Трубный аборт надо дифференцировать:

1. -с самопроизвольным выкидышем малого срока;
2. -с обострением хронического сальпингоофорита;
3. -с аномальным маточным кровотечением;
4. ничего из перечисленного.

В лечении пролиферативных процессов эндометрия у пациенток репродуктивного возраста не используют:

1. -конъюгированные эстрогены;
2. комбинированные эстроген-гестагенные препараты;
3. -андрогены;
4. синтетические прогестины;
5. -агонисты гонадотропин-релизинг гормона.

Эндометриоз - это:

1. -дисгормональная гиперплазия эктопированного эндометрия;
2. -доброкачественное разрастание ткани, подобной эндометрию;
3. опухолевидный процесс;
4. все перечисленное;
5. ничего из перечисленного.

Эндометриоз шейки матки встречается после:

1. -абортов;
2. -диатермокоагуляции шейки матки;
3. -гистеросальпингографии;
4. кольпоскопии.

Эндометриоидную кисту яичника следует дифференцировать:

1. -с воспалительным образованием придатков матки;
2. -с кистой яичника;
3. -с субсерозной миомой матки;
4. с субмукозной миомой матки.

Гистероскопия в диагностике внутреннего эндометриоза матки наиболее информативна:

1. за 1 - 2 дня до начала менструации;
2. -сразу после менструации;
3. на 12-14 день после менструации;
4. на 16-18 день после менструации;
5. на 20-28 день цикла.

С какой патологией чаще всего сочетается внутренний эндометриоз?

1. синдром поликистозных яичников;
2. -бесплодие;
3. рак эндометрия;
4. -нарушение менструального цикла;
5. гормонопродуцирующая опухоль яичников.

Предрасполагающие факторы развития эндометриоза гениталий, кроме:

1. много родов и абортов;
2. рубца на матке после кесарева сечения или миомэктомии;
3. ретродевиации матки;
4. -контрацепции прогестинами;
5. частых простудных заболеваний.

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.

Варианты локализаций эндометриоидных гетеротопий:

1. -в мышце матки;
2. -в шейке матки;
3. на наружных половых органах;
4. -на брюшине малого таза;
5. -в ректо-вагинальной перегородке.

С какими заболеваниями следует проводить дифдиагностику ретроцервикального эндометриоза?

1. -рак яичников;
2. -рак толстой кишки;
3. -миома матки;
4. -рак шейки матки;
5. киста бартолиниевой железы.

Какие из препаратов не применяют в комплексном лечении больных эндометриозом гениталий?

1. золадекс;
2. декапептил-депо;
3. дановал;
4. дюфастон;

5. -кломифен;
6. -окситоцин.

Для диагностики внутреннего эндометриоза тела матки методом гистероскопию наиболее благоприятными являются следующие дни менструального цикла:

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

Основные клинические признаки наружного эндометриоза:

1. -увеличение размеров эндометриоидного очага во вторую фазу менструального цикла;
2. -повышение температуры тела накануне менструации;
3. -олигоменорея;
4. гиперменорея;
5. все перечисленные признаки.

Выраженность альгодисменореи при внутреннем эндометриозе матки зависит:

1. от возраста женщины;
2. -от распространенности эндометриоза;
3. от наличия экстрагенитальной патологии;
4. все перечисленное;
5. ничего из перечисленного.

Бесплодие при эндометриозе обусловлено всеми перечисленными причинами, кроме:

1. -незначительной рапространенности процесса;
2. локальной секреции простагландинов;
3. нарушения функции маточных труб;

4. нарушения синтеза стероидных гормонов;
5. низкого содержания прогестерона в лютеиновой фазе.

Под термином «бесплодный брак» подразумевается:

1. отсутствие у женщины способности к вынашиванию;
2. -отсутствие у супругов способности к зачатию в течении года;
3. отсутствие беременности 0,5 года;
4. ничего из перечисленного.

Брак считается бесплодным, если при наличии регулярной половой жизни без применения контрацептивов беременность не наступает в течение:

1. 0,5 года;
2. -1 года;
3. 2,5 лет;
4. 5 лет.

Причины бесплодия женщин в браке:

1. воспалительные заболевания половых органов;
2. инфантилизм и гипоплазия половых органов;
3. общие истощающие заболевания и интоксикации;
4. все перечисленное неверно;
5. -все перечисленные причины.

Наиболее частыми причинами трубного бесплодия являются:

1. -неспецифические рецидивирующие воспалительные заболевания придатков матки;
2. -специфические воспалительные заболевания придатков матки;
3. эндометриоз;
4. пороки развития внутренних половых органов;
5. все перечисленные причины.

Наиболее частая причина женского бесплодия:

1. киста яичников;
2. миома матки;
3. непроходимость маточных труб;
4. ановуляторные циклы.

Для стимуляции овуляции применяют перечисленные препараты:

1. -кломифен;
2. премарин;
3. -профази;
4. -кломилбегит.

Что является наиболее достоверным для уточнения причины непроходимости маточных труб?

1. кульдоцентез;
2. кольпоскопия;
3. -гистеросальпингография;
4. гистероскопия;
5. -УЗИ с применением контрастирования.

Процент наступления беременности у здоровых молодоженов в первый год жизни:

1. 45 – 50 %;
2. 55 – 60 %;
3. 65 – 70 %;
4. 75 – 80 %;
5. -85 – 90 %.

Трубное бесплодие может быть обусловлено:

1. -склеротическими изменениями в мышечной стенке маточной трубы;
2. -нарушением рецепции в маточной трубе;
3. -инфантилизмом;
4. ничего из перечисленного.

При обследовании бесплодной пары в первую очередь показана:

1. гистеросальпингография;
2. цитология влагалищного мазка;
3. определение базальной температуры;
4. биопсия эндометрия;
5. -исследование спермы.

Термин первичное бесплодие означает, что:

1. -не было ни одной беременности;
2. не было рождено живых детей;
3. все беременности прерваны по медицинским показаниям;
4. у женщины отсутствуют внутренние половые органы.

Неудовлетворительный посткоитальный тест может быть следствием всего нижеперечисленного, кроме:

1. -непроходимости фаллопиевых труб;
2. сниженного количества сперматозоидов;
3. плохой подвижности сперматозоидов;
4. изменений состава шеечной слизи;
5. неправильной техники полового акта.

Наиболее серьезная причина бесплодия, обнаруженная при проведении посткоитального теста:

1. -азооспермия;

2. патологическое изменение цервикальной слизи;
3. дисфункция труб;
4. неадекватная техника полового акта;
5. дисфункция желтого тела.

Лечение с целью коррекции цервикального фактора бесплодия включает все нижеперечисленное, кроме:

1. внутриматочной инсеминации;
2. назначения низкой дозы эстрогенов;
3. назначения антибиотиков;
4. -назначения инъекций хорионического гонадотропина;
5. экстракорпорального оплодотворения и трансплантации эмбриона.

Действие эстроген-гестагенных препаратов при приеме по контрацептивной схеме:

1. изменяют вязкость слизи цервикального канала;
2. подавляют секреторные изменения в эндометрии;
3. тормозят процесс овуляции;
4. обеспечивают контрацептивное действие;
5. -все перечисленное.

Пероральные контрацептивы снижают риск развития рака:

1. влагалища;
2. маточной трубы;
3. -эндометрия;
4. шейки матки;
5. толстого кишечника;
6. -яичников.

Какой метод наиболее эффективен для лечения гирсутизма у молодой женщины с нерегулярными менструальными циклами?

1. химическая эпиляция;
2. выщипывание волос;
3. электролизис;
4. -пероральные контрацептивы;
5. обесцвечивание.

К монофазным комбинированным эстроген-гестагенным препаратам относятся:

1. фемоден;
2. марвелон;
3. нон-овлон;
4. -все перечисленные выше;
5. ни один из перечисленных выше.

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. желающих предохраняться от беременности сразу после аборта;
3. тех, у которых в анамнезе были внематочная беременность или кесарево сечение;
4. -больных с артериальной гипертензией;
5. больных с альгодисменореей.

Назначение комбинированных эстроген-гестагенных препаратов (оральных контрацептивов) противопоказано при:

1. нарушении функции печени;
2. эпилепсии;
3. тромбофлебитическом синдроме;
4. ожирении III-IV степени;

5. -всех перечисленных выше заболеваниях.

Наиболее эффективный метод контрацепции:

1. презерватив;
2. внутриматочная спираль;
3. сперматоцидная мазь;
4. оральные контрацептивы;
5. -хирургическая стерилизация.

Женщине 40 лет, соматически здоровой, имеющей 3-х детей, предпочтительна с целью контрацепции:

1. -хирургическая стерилизация;
2. гормональная контрацепция;
3. -ВМС;
4. постинор;
5. презерватив.

Какой метод контрацепции противопоказан женщинам с воспалительными заболеваниями гениталий в прошлом?

1. механический;
2. -ВМС;
3. химический;
4. гормональный;
5. биологический.

Осложнения оральной контрацепции, требующие отмены применяемых препаратов:

1. прибавка в весе;
2. нагрубание молочных желез;
3. -тромбоз вен нижних конечностей;

4. тошнота;
5. атипичные маточные кровотечения.

Трофический кольпит не возникает на фоне:

1. постменопаузы;
2. лактации;
3. -приема пероральных контрацептивов;
4. хирургической кастрации молодой женщины;
5. псевдоменопаузы во время лечения эндометриоза.

Показаниями к назначению эстрогенов с лечебной целью являются:

1. миома матки;
2. эндометриоз;
3. рак матки;
4. фибринозно-кистозная мастопатия;
5. -ничего из перечисленного.

Что из перечисленного не характерно для прогестинов:

1. ослабление влияния эстрогенов на клетки-мишени;
2. положительный эффект при гиперплазии эндометрия;
3. укрепление и организация эндометрия;
4. обеспечение антимитотической активности;
5. -усиление синтеза рецепторов эстрогенов в клетке.

Женщине, состоящей на активном учете в психоневрологическом диспансере, показана:

1. -хирургическая стерилизация;
2. гормональная контрацепция;
3. ВМС;

4. постинор;
5. презерватив.

Замужней женщине 28 лет, страдающей хроническим тромбофлебитом вен нижних конечностей, матери одного ребенка, необходима контрацепция:

1. оральная;
2. хирургическая стерилизация;
3. -ВМС;
4. механическая контрацепция;
5. любой удобный для женщины метод контрацепции.

Механизм действия ВМС обусловлен всем, кроме:

1. асептического воспаления;
2. усиления сокращения матки;
3. усиления перистальтики маточных труб;
4. -изменения вязкости слизи цервикального канала.

Выберите наиболее вероятную причину постоянных выделений из влагалища у девочек:

1. -инородное тело во влагалище;
2. острицы;
3. прием гормональных лекарственных средств;
4. травма влагалища;
5. эктопия мочеочника.

Какое из перечисленных состояний рассматривается как наиболее частая причина аменореи у подростков?

1. -атрезия влагалища;
2. аномалии матки;
3. заращение девственной плевы;

4. синдром нечувствительности к андрогенам.

Факторы, влияющие на время наступления периода полового созревания:

1. наследственные;
2. конституциональные;
3. масса тела;
4. питание;
5. состояние здоровья;
6. -правильно все;
7. все неправильно.

Через какой промежуток времени появляется менструация после начала развития грудных желез в пубертате?

1. 2 –5 месяцев;
2. 6 –12 месяцев;
3. -2 – 5 лет;
4. одновременно;
5. 6 – 8 лет.

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 в крови.

Пубертатный период – это:

1. период, когда в организме происходит активизация функции яичников;
2. период, когда происходит быстрое соматическое и половое развитие девочки;

3. возраст, в котором на определенных участках тела появляется оволосение;
4. -все перечисленное.

В периоде полового созревания в организме происходят следующие основные изменения:

1. подавление гонадотропной функции гипофиза;
2. -активизация гормональной функции яичников;
3. ритм выделения ФСГ не устанавливается;
4. устанавливаются регулярные «пики» экскреции ЛГ;
5. ничего из перечисленного.

Пигментация сосков и увеличение молочных желез происходит обычно:

1. в 8-9 лет;
2. в 10-11 лет;
3. -в 12-13 лет;
4. в 14-15 лет;
5. в 16-18 лет.

Анатомо-физиологические особенности гениталий у девочек следующие:

1. избыточная складчатость слизистых;
2. низкая эстрогенная насыщенность;
3. недостаточная выработка гликогена;
4. истонченность и замедленная пролиферация;
5. -все перечисленные.

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.

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 гепатит, грипп);
4. стрессовые ситуации;
5. -все перечисленные.

Основные клинические признаки задержки полового развития:

1. аменорея;
2. опсоменорея;
3. олигоменорея;
4. -все перечисленные;
5. ничего из перечисленного.

Внешний вид при задержке полового развития:

1. евнухоидное телосложение;
2. костный возраст соответствует календарному;
3. вторичные половые признаки недоразвиты;
4. молочные железы не развиты;
5. -верно все перечисленное.

В развитии яичниковой недостаточности у девочек имеет значение:

1. нарушение роста и развития фетальных яичников;
2. инфекционные поражения фетального яичника (краснуха, паротит);
3. нарушение иннервации яичников и изменение их чувствительности к гонадотропинам;

4. генетически обусловленный дефицит ферментных систем;
5. -все перечисленные.

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.

При генитальном инфантилизме соотношение шейки и тела матки соответствует обычно:

1. 1 : 3;
2. 1 : 2;
3. 1 : 1;
4. 3 : 1;
5. -2 : 1.

В период полового созревания атипичные маточные кровотечения носят характер:

1. овуляторных;
2. -ановуляторных, ациклических;
3. и тех, и других;
4. ни тех, ни других.

Лечение атипичных маточных кровотечений в юношеском возрасте включает:

1. физиотерапевтическое лечение;
2. витамины;
3. сокращающие препараты;
4. кровоостанавливающие препараты;

5. -все перечисленные.

Основными причинами преждевременного полового созревания изосексуального типа являются:

1. церебральная патология функционального характера;
2. церебральная патология органического характера;
3. следствие перенесенной перинатальной гипоксии;
4. следствие перенесенной родовой травмы;
5. -все перечисленные.

Основными клиническими признаками истинного преждевременного полового созревания центрального генеза является все перечисленные, кроме:

1. неврологической симптоматики;
2. внутричерепной гипертензии;
3. эмоциональных нарушений (злость, агрессивность, резкая смена настроения);
4. -отсутствия менструации до 15-16 лет.

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 перечисленные признаки.

Ложное преждевременное половое созревание гетеросексуального типа чаще всего обусловлено:

1. -развитием андрогенсекретирующих опухолей яичников;
2. -врожденной гипертрофией коры надпочечников;
3. перинатальными причинами (гипоксия, родовая травма);

4. внутриутробным инфицированием;
5. всеми перечисленными признаками.

Особенности телосложения девочек с врожденным адреногенитальным синдромом:

1. узкие плечи;
2. широкий таз;
3. длинные конечности;
4. высокий рост;
5. -ничего из перечисленного.

Особенности преждевременного полового созревания гетеросексуального типа:

1. период полового созревания начинается в 10-11 лет;
2. -появляются мужские вторичные половые признаки (увеличение клитора, низкий тембр голоса);
3. выраженное и быстрое увеличение молочных желез;
4. наличие менструаций.

Причины вирильного синдрома у девушки:

1. нарушение функции коры надпочечников;
2. маскулинизирующие опухоли яичников;
3. маскулинизирующие опухоли коры надпочечников;
4. врожденный адреногенитальный синдром;
5. -все перечисленные.

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 перечисленное.

Характерные особенности телосложения при адреногенитальном синдроме:

1. некоторая вирилизация фигуры;
2. увеличение ширины плеч;
3. узкий таз;
4. укорочение конечностей;
5. -все перечисленное.

Возникновению злокачественных новообразований вульвы у девочек, в отличие от взрослых, обычно предшествуют:

1. -экзематозные процессы;
2. лейкоплакия;
3. эндометриоз;
4. все перечисленное.

Наиболее типичной формой гонореи у девочек является:

1. хроническая;
2. торпидная;
3. рецидивирующая;
4. -острая.

У девочек чаще всего встречается следующая форма воспаления гениталий:

1. эндоцервицит;
2. эндометрит;
3. сальпингоофорит;
4. -вульвовагинит.

Выскабливание матки у девочки (девушки) производится:

1. при альгоменорее;
2. при аменорее;
3. при ановуляторных менструальных циклах;
4. -при профузном кровотечении и отсутствии эффекта от консервативной терапии, после получения письменного согласия родителей.

В пубертатном возрасте наиболее частой причиной белей являются:

1. -гонорея и трихомониаз;
2. психогенные факторы;
3. глистная инвазия;
4. все перечисленное.

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

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

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.

Причины задержки полового развития:

1. -наследственный фактор;
2. -конституционный фактор;
3. -инфекционные заболевания;

4. -питание;
5. использование прогестинов для контрацепции.

У больных с тестикулярной феминизацией имеет место:

1. первичная аменорея;
2. нормальное развитие молочных желез;
3. отсутствие матки;
4. ложный мужской гермафродитизм;
5. -все перечисленное.

Признака синдрома Шерешевского–Тернера – это:

1. фенотип женский;
2. первичная аменорея;
3. недоразвитие матки;
4. аплазия или гипоплазия гонад;
5. -верно все перечисленное.

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 перечисленное.

Степень полового развития Мао Ахо Ро соответствует возрасту:

1. -до 10 лет;
2. 10-12 лет;
3. 12-13 лет;

4. 14 лет и более.

Степень полового развития Ma1 Ax1 P1 соответствует возрасту:

1. до 10 лет;

2. -10-12 лет;

3. 12-13 лет;

4. 14 лет и более.

Степень полового развития Ma2 Ax2 P2 Me1 соответствует возрасту:

1. до 10 лет;

2. 10-12 лет;

3. -12-13 лет;

4. 14 лет и более.

Примером ложного женского гермафродитизма является:

1. синдром тестикулярной феминизации;

2. -врожденный адреногенитальный синдром;

3. синдром Шерешевского-Тернера;

4. синдром Штейна-Левенталя.

Примером ложного мужского гермафродитизма является:

1. -синдром тестикулярной феминизации;

2. врожденный адреногенитальный синдром;

3. синдром Штейна-Левенталя;

4. синдром Шерешевского-Тернера.

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.

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.

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.

Атрезия девственной плевы – это:

1. -сплошная девственная плева, не имеющая отверстия;
2. сплошная девственная плева с небольшим отверстием;
3. полное отсутствие девственной плевы.

Агенезия 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.

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.

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.

Дефицит массы тела, как правило, является одной из причин:

1. запаздывания наступления первой менструации;
2. длительного становления менструальной функции;
3. развития или усугубления нарушения менструальной функции;
4. -всего перечисленного;
5. ничего из перечисленного.

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.

С целью регуляции менструального цикла у девочек пубертатного возраста используют:

1. циклическую витаминотерапию;
2. физические факторы и иглорефлексотерапию;
3. циклическую гормональную терапию;
4. комбинированные эстроген-гестагенные препараты;
5. -верно все перечисленное.

Что 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.

Назовите наиболее частый признак, характерный для субмукозной миомы матки:

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

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 может располагаться в шейке матки.

Какой из нижеперечисленных симптомов типичен для миомы матки, соответствующей по размерам сроку беременности 6-7 нед.?

1. острая спастическая боль;
2. частое мочеиспускание;
3. запор;
4. задержка мочи;
5. -ничего из перечисленного.

Субмукозные миомы могут сопровождаться всеми перечисленными симптомами, кроме:

1. патологических кровотечений;
2. анемии;
3. бесплодия;
4. -нарушения мочеиспускания;
5. схваткообразных болей внизу живота.

Миома матки сопровождается всеми перечисленными ниже клиническими состояниями, кроме:

1. анемии;
2. учащения мочеиспускания;
3. нарушения дефекации;
4. -аменореи;
5. болей в нижней части живота.

Признаки малигнизации миомы матки:

1. неэффективность гормонотерапии;
2. рецидивирующая мено-метроррагия;
3. -рост миомы в постменопаузе;
4. уменьшение размеров миомы;
5. -быстрый рост миомы в репродуктивном возрасте.

Характер менструального цикла при миоме матки:

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

Зависимость состояния миомы матки от содержания эстрогенов в крови подтверждают все перечисленные факты, кроме:

1. рост миомы прекращается после менопаузы;
2. миома быстро растет во время беременности;
3. -развитие миомы связано с нарушением лютеиновой фазы;
4. миомы не развиваются до появления менархе;
5. миома не всегда сочетается с гиперплазией эндометрия.

О наличии подслизистой миомы матки можно судить на основании результатов всех перечисленных ниже исследований, кроме:

1. трансвагинальной эхографии;
2. гистеросальпингографии;
3. гистероскопии;
4. зондирования полости матки;
5. -лапароскопии.

Субмукозные миомы могут сопровождаться перечисленными симптомами и признаками:

1. -патологические кровотечения;
2. -бесплодие;
3. -анемия;
4. увеличение размеров яичников;
5. повышение базальной температуры.

Что из нижеперечисленного не используется для диагностики миомы матки?

1. пальпация живота;
2. бимануальное исследование;
3. -рентгенологическое исследование органов брюшной полости;
4. УЗИ органов малого таза;
5. лапароскопия.

Какой метод исследования не обязателен для подтверждения диагноза миомы матки?

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

Наиболее информативный метод диагностики рождающегося миоматозного узла:

1. трансвагинальная эхография;
2. -осмотр шейки матки в зеркалах с последующим бимануальным исследованием;
3. гистеросальпингография;
4. гистероскопия;
5. лапароскопия.

Наиболее информативный метод диагностики субмукозного миоматозного узла:

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

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.

Показания к экстирпации матки при миоме:

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

Метод медикаментозного лечения миомы матки в репродуктивном возрасте:

1. -гестагены;
2. эстрогены;
3. андрогены;
4. антиэстрогены.

Показания к хирургическому лечению миомы матки включают 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.

Метод хирургического лечения миомы матки в репродуктивном возрасте:

1. экстирпация матки с придатками;
2. -органосохраняющая операция с реконструкцией матки;

3. -миомэктомия при субсерозных узлах;
4. абляция эндометрия;
5. удаление яичников.

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.

Осложнением рождающейся подслизистой миомы матки может быть все перечисленное, кроме:

1. -образования декубитальной язвы;
2. инфицирования узла;
3. профузного маточного кровотечения;
4. острой анемии;
5. выворота матки.

Для крауроза вульвы характерны все перечисленные клинические симптомы, кроме:

1. сморщивания больших и малых половых губ;
2. зуда в области клитора;
3. -отека тканей вульвы;
4. сужения входа во влагалище;
5. сухости кожно-слизистых покровов вульвы.

Дисплазия вульвы характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме:

1. атипии во всех слоях многослойного плоского эпителия, кроме поверхностного;
2. нарушения слоистости пласта эпителия;

3. сохранения базальной мембраны;
4. -распада клеток.

К предраку вульвы относят:

1. дистрофические процессы;
2. -дисплазии;
3. гиперплазию эпителия;
4. склеротический лишай.

При хирургическом лечении больных краурозом и лейкоплакией вульвы проводится:

1. овариэктомия;
2. расширенная вульвэктомия;
3. -вульвэктомия;
4. лимфаденэктомия.

Рак вульвы встречается чаще у женщин:

1. репродуктивного возраста;
2. в пременопаузе;
3. -в постменопаузе;
4. независимо от возраста.

Симптомы рака вульвы:

1. наличие опухоли;
2. кровоточивость тканей;
3. гнойные выделения из язвенной поверхности;
4. зуд;
5. -все перечисленные.

Что используется в лечении рака вульвы?

1. простая вульвэктомия;
2. удаление опухоли;
3. лучевое лечение;
4. химиотерапия;
5. -комбинированное лечение.

Предполагающие факторы развития рака шейки матки включают все перечисленное, кроме:

1. раннего замужества;
2. неразборчивости в половых связях;
3. инфицирования ВПИ;
4. -использования оральных контрацептивов;
5. курения сигарет.

К фоновым процессам покровного эпителия шейки матки относится:

1. псевдоэрозия;
2. истинная эрозия;
3. лейкоплакия без атипии;
4. полип;
5. -все перечисленное.

Скрининг – методом для выявления патологии шейки матки в современных условиях является:

1. визуальный осмотр;
2. кольпоскопия;
3. радионуклидный метод;
4. -цитологическое исследование мазков;
5. -жидкостная цитология.

Факторы, способствующие возникновению рака шейки матки:

1. -рубцовая деформация шейки матки после родов;
2. гормональная контрацепция;
3. -наличие эктропиона;
4. -длительно существующая эрозия шейки матки;
5. -лейкоплакия шейки матки.

Самая частая локализация злокачественного процесса женских половых органов:

1. -шейка матки;
2. яичники;
3. -эндометрий;
4. вульва;
5. маточные трубы.

К фоновым заболеваниям шейки матки относятся все перечисленные ниже, кроме:

1. простой лейкоплакии;
2. -дисплазии;
3. эритроплакии;
4. эктропиона;
5. рецидивирующего полипа канала шейки матки.

Предраковые заболевания и рак шейки матки наиболее часто развиваются:

1. в канале шейки матки;
2. на передней губе шейки матки;
3. на границе с влагалищными сводами;
4. -в переходной зоне на стыке многослойного плоского и цилиндрического эпителия.

Тяжелая дисплазия эпителия шейки матки - это:

1. начальная форма рака;
2. -предрак;
3. фоновый процесс;
4. дисгормональная гиперплазия;
5. все перечисленное.

Тяжелая степень дисплазии шейки матки характеризуется морфологическими изменениями в эпителии:

1. всех слоев эпителия;
2. только в поверхностном;
3. только в отдельных клетках;
4. -только в 1/3 эпителия.

Профилактика рака шейки матки состоит в:

1. диспансеризации больных с применением цитологического и кольпоцитологического методов диагностики;
2. регулярных профилактических осмотрах женщин с цитологическим исследованием мазков;
3. усовершенствовании работы смотровых кабинетов;
4. постоянной учебе кадров;
5. -все перечисленное.

Пациентке с кровотечением, обусловленным инфильтративным раком шейки матки, следует произвести:

1. ампутацию шейки матки;
2. -тугую тампонаду влагалища;
3. клеммирование боковых сводов влагалища (параметриев);
4. чревосечение, расширенную экстирпацию матки;
5. чревосечение, перевязку внутренних подвздошных артерий.

Отличительной чертой внутриэпителиального рака шейки матки является все перечисленное, кроме:

1. отсутствия инвазии в подлежащую строму;
2. сохранения базальной мембраны;
3. клеточного атипизма во всем пласте эпителия;
4. -очагового проникновения группы клеток в строму.

При внутриэпителиальном раке шейки матки у молодых больных показана:

1. экстирпация матки с придатками;
2. экстирпация матки без придатков;
3. криодеструкция;
4. -электроконизация;
5. все перечисленное.

Укажите предраковые изменения влагалищной части шейки матки:

1. рецидивирующий полип цервикального канала;
2. истинная эрозия;
3. -дисплазия;
4. эктропион;
5. эндометриоз.

Наиболее информативный скрининг-тест для ранней диагностики рака шейки матки:

1. простая кольпоскопия;
2. бимануальное и ректальное исследование;
3. -цитологическое исследование мазков с поверхности шейки матки и канала шейки матки;
4. вакуум-кюретаж канала шейки матки.

Диагностика рака шейки матки осуществляется с помощью:

1. гинекологического осмотра;
2. цитологического исследования соскобов с шейки матки и цервикального канала;
3. кольпоскопии;
4. гистологического исследования кусочка шейки матки;
5. -всего перечисленного.

Какое исследование позволяет выявить карциному шейки матки?

1. аспирация цервикальной слизи;
2. -прицельная биопсия шейки матки с гистологическим исследованием;
3. УЗИ;
4. -кольпоскопия;
5. -мазок на атипические клетки.

При внутриэпителиальном раке шейки матки после 50 лет выполняются:

1. -экстирпация матки с придатками;
2. экстирпация матки без придатков;
3. криодеструкция;
4. электроконизация;
5. все перечисленное.

К фоновым заболеваниям эндометрия, по классификации ВОЗ, не относится:

1. железистая гиперплазия;
2. эндометриальный полип;
3. железисто-кистозная гиперплазия;
4. -атипическая гиперплазия.

К предраку эндометрия относится:

1. -аденоматозный полип;
2. рецидивирующая железистая гиперплазия в климактерическом периоде;
3. атрофический эндометрий;
4. все перечисленное.

Факторы риска развития предрака эндометрия, кроме:

1. ановуляторных менструальных циклов;
2. ожирения;
3. -овуляторных менструальных циклов;
4. сахарного диабета.

Состояния, способствующие развитию аденокарциномы:

1. -длительная гиперэстрогения;
2. -ожирение;
3. -сахарный диабет;
4. -гипертоническая болезнь;
5. заместительная гормональная терапия прогестинами.

Причина гиперплазии эндометрия в репродуктивном возрасте:

1. воспалительные заболевания гениталий;
2. -длительная гиперэстрогения при ановуляции;
3. прием оральных контрацептивов;
4. -эстрогенопродуцирующая опухоль яичников;
5. -длительный прием эстрогенов.

Факторы риска возникновения гиперпластических процессов и рака эндометрия:

1. нарушения жирового обмена;
2. стрессовые ситуации;

3. нарушение менструального цикла;
4. -все перечисленное.

Гиперпластические процессы и рак эндометрия развиваются чаще всего на фоне:

1. ановуляции;
2. ожирения;
3. сахарного диабета;
4. гипертонической болезни;
5. -всего перечисленного.

Гонадотропины, играющие роль в патогенезе гиперпластических процессов и раке эндометрия, секретируются:

1. надпочечниками;
2. гипоталамусом;
3. -передней долей гипофиза;
4. яичниками.

Уровень эстрогенов и прогестерона при гиперпластических процессах в эндометрии соответствует таковому:

1. в постменопаузе;
2. во второй фазе менструального цикла;
3. всегда различен;
4. -в первой фазе менструального цикла.

Атипичная гиперплазия эндометрия может переходить в рак:

1. в репродуктивном возрасте;
2. -в любом возрасте;
3. в климактерическом периоде;
4. в периоде постменопаузы;

5. в препубертатном периоде.

Дифдиагностику гиперпластических процессов и рака эндометрия проводят:

1. -с субмукозным узлом миомы;
2. -аденомиозом;
3. -с гормонально-активной опухолью яичника;
4. ничего из перечисленного.

Характерные признаки предрака эндометрия:

1. -атипия эпителиальных клеток;
2. секреторная трансформация слизистой;
3. -полиморфизм;
4. наличие децидуальных клеток;
5. -аденоматозные полипы.

Что из нижеперечисленного не входит в понятие факторов риска рака эндометрия?

1. ожирение;
2. хроническая ановуляция или поликистоз яичников;
3. гранулезоклеточные опухоли яичников;
4. -хроническая железодефицитная анемия;
5. экзогенные эстрогены.

К факторам риска развития предраковых заболеваний и рака эндометрия относят:

1. стойкую ановуляцию;
2. ожирение и артериальную гипертензию;
3. длительное использование внутриматочных контрацептивов;
4. бесплодие эндокринного происхождения;
5. -все перечисленное верно.

Какие состояния эндометрия относят к предраковым?

1. железисто-кистозную гиперплазию;
2. железистый полип эндометрия;
3. атрофию эндометрия;
4. -атипическую гиперплазию;
5. все перечисленное выше.

Основной метод диагностики рака тела матки:

1. -гистологическое исследование соскоба эндометрия;
2. цитологическое исследование;
3. трансвагинальная эхография;
4. гистерография;
5. рентгентелевизионная гистеросальпингография.

Основной клинический симптом рака тела матки:

1. хроническая тазовая боль;
2. контактные кровотечения;
3. -ациклические кровотечения;
4. нарушение функции соседних органов;
5. бесплодие.

Основной путь метастазирования при раке эндометрия:

1. гематогенный;
2. -лимфогенный;
3. имплантационный;
4. контактный;
5. все перечисленные.

Первая стадия рака эндометрия разделяется на варианты (а, б, в) в зависимости:

1. от степени распространения опухоли за пределы матки;
2. -от степени инвазии опухоли в миометрий;
3. от величины полости матки;
4. от размеров матки.

Операция Вертгейма отличается от простой экстирпации матки удалением:

1. параметральной клетчатки;
2. подвздошных лимфатических узлов;
3. верхней трети влагалища и всего лимфатического коллектора, окружающего матку;
4. -всего перечисленного.

Трофобластическая болезнь – это:

1. саркома матки;
2. миома матки;
3. киста яичника;
4. -хорионэпителиома;
5. рак тела матки.

Что не характерно для пузырного заноса:

1. выраженный отек и увеличение ворсин;
2. исчезновение кровеносных сосудов ворсин;
3. отсутствие частей плода;
4. -наличие сердцебиения плода;
5. увеличение размеров матки с опережением срока беременности.

При установлении диагноза пузырного заноса в сроке 11 недель беременности следует предпринять:

1. дальнейшее продолжение наблюдения за беременной;
2. надвлагалищную ампутацию матки;
3. -удаление пузырного заноса путем вакуум-аспирации полости матки;
4. назначение химиотерапии;
5. экстирпацию матки.

Хориокарцинома чаще всего развивается после:

1. внематочной беременности;
2. родов;
3. искусственного прерывания беременности;
4. -пузырного заноса;
5. позднего индуцированного выкидыша.

Наиболее часто хорионэпителиома возникает после:

1. абортов;
2. нормальных родов;
3. -пузырного заноса;
4. преждевременных родов;
5. все перечисленное.

Трофобластические опухоли секретируют:

1. -хорионический гонадотропин;
2. хорионический соматотропин;
3. хорионический тиреотропин;
4. гипокортикоиды.

Для диагностики трофобластической болезни наиболее эффективно определение:

1. -хорионического гонадотропина;

2. хорионического саматотропина;
3. пролактина;
4. прогестерона.

Наличие лютеиновых кист у больных хориокарциномой матки влияет на прогноз:

1. благоприятно;
2. -неблагоприятно;
3. не влияет.

Признаки и симптомы пузырного заноса включает все перечисленное:

1. -кровотечение в 1 триместре;
2. -чрезмерное увеличение размеров матки;
3. гипотиреоз;
4. наличие сердцебиения плода;
5. -тошнота и рвота.

Наиболее частая локализация метастазов при хорионэпителиоме:

1. -во влагалище;
2. в яичниках;
3. в параметрии;
4. в печени;
5. -в легких.

Основной метод лечения хориокарциомы:

1. хирургический;
2. дистанционная лучевая терапия;
3. -моно – или полихимиотерапия;
4. гормональная терапия;

5. симптоматическая терапия.

Основной диагностический метод оценки эффективности лечения трофобластической болезни:

1. динамическая трансвагинальная эхография;
2. компьютерная томография;
3. -определение уровня хорионического гонадотропина в сыворотке крови в динамике;
4. гистероскопия с отдельным диагностическим выскабливанием;
5. лапароскопия.

Что не входит в перечень обследования женщины при подозрении на хорионэпителиому матки?

1. определение содержания хорионического гонадотропина;
2. рентгенограмма органов грудной клетки;
3. компьютерная томография печени;
4. -определение содержания в крови 17 кетостероидов;
5. УЗИ органов малого таза.

Современные методы лечения больных с трофобластической болезнью:

1. хирургический;
2. -химиотерапевтический;
3. лучевой;
4. гормональный.

Послеоперационное наблюдение за пациентками с простым пузырьным заносом включает все перечисленное, кроме:

1. определения уровня хорионического гонадотропина;
2. обследования органов малого таза;
3. контрацепции;

4. рентгенографии грудной клетки;
5. -химиотерапии.

Методом лечения хорионэпителиомы не являются:

1. -антибактериальная терапия;
2. экстирпация матки с придатками;
3. цитостатическая терапия;
4. -физиотерапия.

Что не свойственно для осложнений химиотерапии при лечении хориоэпителиомы?

1. тромбоцитопения;
2. лейкопения;
3. изъязвление слизистой оболочки ротовой полости или желудочно-кишечного тракта;
4. -повышение гемоглобина крови;
5. лихорадка.

В каких стадиях чаще всего обнаруживается рак яичников:

1. 1 стадия;
2. 2 стадия;
3. -3 стадия;
4. -4 стадия.

Что неверно в отношении вида рака яичников?

1. -смешанный;
2. вторичный;
3. метастатический;
4. первичный.

При кровяных 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;
5. хирургический гемостаз.

Какая из перечисленных опухолей наиболее чувствительна к лучевой терапии?

1. серозная цистаденокарцинома;
2. эндометриоидный рак;
3. гонадобластома;
4. арренобластома;
5. -дисгерминома.

К доброкачественным опухолям яичников не относится:

1. серозная цистаденома;
2. муцинозная цистаденома;
3. -светлоклеточная опухоль;
4. эндометриоидная цистаденома.

К опухолевидным процессам в яичнике относятся:

1. фолликулярная киста;
2. киста желтого тела;
3. эндометриоз;
4. -все перечисленные;
5. ничего из перечисленного.

Какие из кист чаще подвергаются обратному развитию без оперативного вмешательства?

1. серозная;
2. доброкачественная тератома;
3. -киста желтого тела;
4. муцинозная;
5. эндометриоидная.

Лечение параовариальных кист у молодых женщин.

1. -удаление кисты;
2. удаление яичника с кистой;
3. пункция кисты;
4. прием половых гормонов;
5. прием гестагенов.

Что соответствует характеристике муцинозной кистомы яичника?

1. -многокамерная;
2. быстрый рост;
3. частая малигнизация;
4. -содержимое опухоли - слизеподобная жидкость;
5. клетки кисты, подобны эпителию эндоцервикса.

Что из перечисленного ниже не является фактором риска развития рака яичников?

1. отсутствие родов в анамнезе;
2. выкидыши или значительное количество беременностей в анамнезе;
3. рак яичников у близких родственников;
4. -хронический пиелонефрит;
5. эндокринные заболевания в анамнезе.

Для распознавания опухолей яичника используются следующие диагностические методы:

1. цитологический;
2. эндоскопический;
3. ультразвуковой;
4. гистологический;
5. -все перечисленные методы.

Для муцинозной цистаденомы характерно:

1. -наличие больших размеров;
2. располагается кпереди от матки;
3. -наличие множества перегородок и полостей;
4. -имеет муцинозное содержимое;
5. имеет серозное содержимое.

Какой объем оперативного вмешательства следует считать радикальным при раке яичников 2 и 3 стадии?

1. расширенную экстирпацию матки (операцию Вертгейма);
2. -экстирпацию матки с придатками с одновременной резекцией или экстирпацией большого сальника;
3. надвлагалищную ампутацию матки с придатками;
4. любой из перечисленных выше объемов оперативного вмешательства.

При подозрении на злокачественное поражение яичника у больной 55 лет показаны:

1. удаление придатков матки на стороне поражения;
2. -экстирпация матки с придатками и резекцией большого сальника;
3. ампутация матки с придатками пораженной стороны;
4. удаление придатков с обеих сторон;
5. все перечисленное.

Метастатическое поражение яичников возможно при:

1. раке молочной железы;
2. карциноме тела матки;
3. злокачественном поражении одного из яичников;
4. раке желудочно-кишечного тракта;
5. -во всех перечисленных выше случаях.

Какой признак соответствует клинике феминизирующей опухоли яичника?

1. -преждевременное половое созревание у девочек;
2. -гиперплазия слизистой оболочки тела матки;
3. -нарушения менструального цикла и беспорядочные кровотечения у женщин;
4. облысение, изменение тембра голоса;
5. -в постменопаузе омоложение организма, кровотечения и т.д.

Опухоль Крукенберга:

1. является метастазом рака желудочно-кишечного тракта;
2. как правило, поражает оба яичника;
3. имеет солидное строение;
4. -все ответы верны;
5. все ответы ошибочны.

Какая из опухолей яичников наиболее часто подвергается малигнизации?

1. фиброма;
2. муцинозная цистаденома;
3. -серозная цистаденома;
4. текома;
5. тератома.

К раку яичника относятся:

1. все злокачественные опухоли яичника;
2. только герминогенные опухоли;
3. только стромальные опухоли;
4. -только опухоли эпителиального происхождения.

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.

Лечение больных с доброкачественными опухолями яичников:

1. лучевое;
2. гормональное;
3. антибактериальное;
4. возможно наблюдение;
5. все перечисленное;
6. -ничего из перечисленного.

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.

Назовите симптомы, характерные для андробластомы:

1. альгодисменорея, бесплодие;
2. -ациклические маточные кровотечения;
3. -аменорея, вирильный синдром;
4. асцит, анемия, гидроторакс;
5. характерные симптомы отсутствуют.

Гидроторакс - одно из клинических проявлений:

1. гранулезоклеточной опухоли;
2. дисгерминомы яичника;
3. -фибромы яичника;
4. муцинозной цистаденомы;
5. зрелой тератомы.

Объем хирургического лечения при злокачественных опухолях яичников:

1. двухсторонняя аднексэктомия;
2. операция Вертгейма;
3. -экстирпация матки с придатками и резекция большого сальника;
4. влагалищная экстирпация матки с придатками.

Факторы риска развития рака молочной железы:

1. рак эндометрия;
2. рак толстой кишки;
3. -фиброзно-кистозная мастопатия;
4. -рак молочной железы у близких родственников.

В группу высокого риска развития опухолей яичников включают женщин:

1. длительно использующих гормональную контрацепцию;
2. -с нарушениями менструальной и репродуктивной функции;

3. -с ожирением и гиперлипидемией;
4. -имеющих наследственно обусловленную предрасположенность к развитию рака органов репродуктивной системы.

Что из перечисленного ниже не входит в самообследование молочных желез?

1. осмотр перед зеркалом;
2. состояние кожи (втяжение или выпухающие участки);
3. состояние соска (втяжение соска или укорочение радиуса ореолы);
4. -пальпация молочных желез в положении на боку;
5. изменение формы и размера молочных желез;
6. наличие или отсутствие выделений из сосков или патологические изменения на сосках (корочки).

Наиболее точный метод ранней диагностики опухолей молочной железы:

1. физикальное обследование;
2. рентгенография грудной клетки;
3. -маммография;
4. рентгеноскопия грудной клетки;
5. -УЗИ молочной железы.

Роль смотровых гинекологических кабинетов поликлиник состоит:

1. в диспансеризации гинекологических больных;
2. в обследовании и наблюдении беременных женщин;
3. в проведении периодических медицинских осмотров;
4. -в охвате профилактическими осмотрами женщин.

Работа врача акушера гинеколога медсанчасти строится, как правило:

1. в зависимости от характера производства предприятия;
2. по территориальному принципу;

3. по принципу участковости;
4. -по цеховому принципу.

Организация комнат личной гигиены на предприятиях обычно проводится из расчета:

1. количества цехов на предприятии;
2. числа работающих на предприятии;
3. числа гинекологических больных, выявленных на профосмотрах;
4. -числа работающих женщин на предприятии.

Организация работы женской консультации по планированию семьи и снижению числа абортов, как правило, включает в себя:

1. -знание о числе женщин фертильного возраста на обслуживаемой территории;
2. -выделение среди женщин групп риска по наступлению непланируемой беременности;
3. -знание о методах и средствах контрацепции, умение их назначать;
4. знание об условиях труда женщин-работниц промышленных предприятий.

Система специализированной гинекологической помощи при бесплодии включает этапы:

1. -обследование женщины в женской консультации;
2. -обследование и лечение супружеской пары;
3. -стационарное обследование и лечение;
4. проведение периодических медицинских осмотров.

Статьи законодательства по охране труда распространяются на следующие категории женщин:

1. беременные женщины;
2. женщины, занятые на производстве с профессиональными вредностями;
3. девушки-подростки;
4. кормящие матери;
5. -все ответы правильны.

Понятие «планирование семьи» означает виды деятельности, которые помогают семьям:

1. -избежать нежелательной беременности;
2. -регулировать интервалы между беременностями;
3. -производить на свет желанных детей;
4. повышать рождаемость.

В женской консультации целесообразна организация специализированных приемов по следующим заболеваниям:

1. -бесплодию;
2. -невынашиванию;
3. -гинекологическим заболеваниям детей и подростков;
4. сахарному диабету.

Диспансерному наблюдению в женской консультации обычно подлежат больные:

1. -с бесплодием;
2. -с воспалительными заболеваниями женских половых органов;
3. -с доброкачественными опухолями женских половых органов;
4. с трихомониазом;
5. все ответы правильны.

Система специализированной гинекологической помощи при бесплодии включает этапы:

1. -обследование женщин в женской консультации;
2. -обследование и лечение супружеской пары;
3. -стационарное обследование и лечение;
4. проведение периодических медицинских осмотров;
5. все ответы правильны.

Под профилактическим гинекологическим осмотром обычно подразумевается медицинский осмотр:

1. контингента женщин, работающих во вредных условиях труда;
2. декретированных контингентов рабочих и служащих при поступлении на работу;
3. больных, состоящих на диспансерном учете;
4. -женщин, с целью выявления гинекологических и онкологических заболеваний.

Система гинекологической помощи детям и подросткам включает следующие основные этапы:

1. -работу в дошкольных и школьных учреждениях;
2. -организацию специализированных кабинетов гинекологов детского и юношеского возраста;
3. -организацию специализированного стационара;
4. организацию выездных бригад медицинской помощи;
5. все ответы правильны.

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.

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. киста яичника.

Показания к применению метода кольпоскопии:

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

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

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

Методы исследования анатомо-функционального состояния матки:

1. -влагалищное бимануальное исследование;
2. -выскабливание слизистой матки с последующим гистологическим исследованием соскоба;
3. пробная функция заднего свода;
4. -УЗИ органов малого таза;
5. гидротубация;
6. -гистеросальпингография.

Методы исследования анатомо-функционального состояния влагалища:

1. -осмотр в зеркалах;
2. -комбинированное влагалищно-ректальное исследование;
3. цитологическое исследование содержимого полости матки;
4. пункция заднего свода;
5. -определение степени чистоты влагалищного содержимого.

Методы исследования анатомо-функционального состояния шейки матки:

1. -биопсия шейки матки;
2. -цервикогрфия;
3. исследование чистоты влагалищного содержимого;
4. -зондирование канала шейки матки;
5. -кольпоскопия;
6. базальная термометрия.

Методы исследования анатомо-функционального состояния яичников:

1. -цитологическое исследование влагалищного мазка;
2. -УЗИ органов малого таза;
3. -симптом «зрачка»;
4. определение степени чистоты влагалищного содержимого;
5. -определение базальной температуры;
6. гистероскопия.

Условия для гидротубации, пертубации и гистеросальпингографии:

1. содержимое влагалища 3 степени чистоты;
2. -содержимое влагалища 1 степени чистоты;
3. кровянистые выделения из полости матки;
4. -начало второй фазы менструального цикла;
5. -после острого воспаления придатков матки прошло 12 месяцев;

6. гнойные выделения из канала шейки матки.

Возможные осложнения гистеросальпингографии:

1. пневмония;
2. -перфорация матки;
3. -пельвиоперитонит;
4. апоплексия яичника;
5. -воздушная или жировая эмболия;
6. -разрыв маточной трубы.

Методы определения гормональной насыщенности организма:

1. лапароскопия;
2. -исследование феномена «зрачка»;
3. -исследование феномена «папоротника»;
4. кольпоскопия;
5. -определение базальной температуры;
6. -определение уровня гормонов в плазме крови.

Что характеризует двухфазный менструальный цикл:

1. -положительный симптом «зрачка» в середине менструального цикла;
2. -изменение толщины и слоистости эндометрия по данным УЗИ;
3. кривая ректальной температуры монофазная;
4. -ректальная температура во второй фазе цикла повышается;
5. при биопсии слизистой матки во второй половине цикла эндометрий в состоянии пролиферации, железы секретом не заполнены;
6. -при биопсии слизистой матки во второй половине цикла эндометрий в состоянии децидуоподобного превращения, железы заполнены секретом.

Какие заболевания сопровождаются ациклическими маточными кровотечениями:

1. -плацентарный полип эндометрия;
2. внутриматочные спайки;
3. -нарушение питания подслизистой миомы матки;
4. -рак тела матки;
5. киста яичника;
6. субсерозная миома матки.

Назовите возможные причины, вызывающие аменорею:

1. -нервные потрясения;
2. -чрезмерное выскабливание слизистой матки;
3. кольпит;
4. -детские инфекционные заболевания;
5. миома матки;
6. -общий инфантилизм.

Исследования, применяемые в целях гормональной диагностики в гинекологии:

1. -определение цитологической картины влагалищного мазка;
2. определение степени чистоты влагалищного мазка;
3. -определение симптома «зрачка»;
4. -определение феномена «кристаллизации»;
5. -определение уровня гормонов в плазме крови;
6. -измерение базальной температуры;
7. биопсия шейки матки.

Какой метод контрацепции Вы рекомендуете при частой смене половых партнеров:

1. внутриматочные контрацептивы;
2. оральные контрацептивы;
3. ритмический метод;

4. -презерватив.

Механизм контрацептивного действия подкожных имплантантов (норпланта) основан на:

1. -подавлении овуляции;
2. -уменьшении количества и вязкости цервикальной слизи;
3. повышении сократительной способности матки;
4. нарушении имплантации плодного яйца;
5. -нарушении проникновения сперматозоидов в полость матки.

К побочным эффектам внутриматочных контрацептивов относятся:

1. рубцовая деформация шейки матки;
2. -экспульсия;
3. -альгоменорея;
4. -меноррагия;
5. -воспалительные заболевания внутренних половых органов.

Основным механизмом действия комбинированных оральных контрацептивов является:

1. нарушение транспорта плодного яйца в матку;
2. -подавление роста фолликула и овуляции;
3. повышение вязкости цервикальной слизи;
4. нарушение проникновения сперматозоидов в яйцеклетку;
5. нарушение имплантации.

К наиболее эффективным средствам контрацепции относятся:

1. ритмический метод;
2. -хирургическая стерилизация;
3. химический метод;
4. -гормональная контрацепция;

5. барьерные методы.

Рекомендуемые средства контрацепции у подростков:

1. внутриматочные контрацептивы;
2. -презерватив+спермициды;
3. -оральные контрацептивы;
4. подкожные имплантанты;
5. прерванный половой акт.

Рекомендуемые контрацептивы в период лактации:

1. комбинированные оральные контрацептивы;
2. -внутриматочные контрацептивы;
3. хирургическая стерилизация;
4. ритмический метод.

Побочные действия гормональных контрацептивов:

1. -венозные тромбозы, тромбоэмболии;
2. -головные боли, мигрень;
3. воспалительные заболевания матки и придатков;
4. рак шейки матки;
5. -холестаз.

С целью контрацепции прием комбинированных эстроген-гестагенных препаратов назначают:

1. в период овуляции;
2. накануне менструации;
3. -с 1-го дня менструального цикла;
4. независимо от дня менструального цикла.