



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

сборник тестовых заданий для промежуточного контроля знаний
обучающихся 5 курса по дисциплине «Акушерство и гинекология» для
специальности 31.05.02 Педиатрия (очная форма обучения)

Красноярск
2020

УДК 618.1/.2(07)

ББК 57.16

А44

Составители: д-р мед. наук, доц. М. И. Базина, канд. мед. наук, доц. Д. А. Маисеенко, канд. мед. наук, доц. Е. Ю. Киселева, канд. мед. наук, доц. Е. В. Шапошникова

Акушерство и гинекология : сборник тестовых заданий для
А44 промежуточного контроля знаний обучающихся 5 курса по дисциплине «Акушерство и гинекология» для специальности 31.05.02 Педиатрия (очная форма обучения) / сост. М. И. Базина, Д. А. Маисеенко, Е. Ю. Киселева, Е. В. Шапошникова. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2020. – 96 с.

Сборник тестовых заданий для промежуточного контроля знаний обучающихся. Составлен в соответствии с ФГОС ВО 2015 г. по специальности 31.05.02 Педиатрия (очная форма обучения), рабочей программой дисциплины (2018 г.).

Утверждено к печати ЦКМС КрасГМУ (протокол № «8» от 16.06.2020 г.)

© ФГБОУ ВО КрасГМУ
им. проф. В.Ф. Войно Ясенецкого
Минздрава- России, 2020

ВВЕДЕНИЕ

1. ВВЕДЕНИЕ.....	4
2. ПЕРЕЧЕНЬ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПО АКУШЕРСТВУ	5
3. ПЕРЕЧЕНЬ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПО ГИНЕКОЛОГИИ.....	50
4. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ.....	94

1. ВВЕДЕНИЕ.

В данном сборнике изложены тестовые задания по основным разделам физиологического и патологического акушерства, а также гинекологии. Тестовые задания полностью соответствуют требованиям ФГОС ВО (2015) высшего образования по специальности 31.05.02 Педиатрия; адаптированы к образовательным технологиям с учетом специфики обучения по специальности 31.05.02 Педиатрия.

Тестовые задания предназначены для промежуточного контроля знаний по дисциплине «Акушерство и гинекология».

В связи с трехступенчатой системой оценки знаний студентов по изучаемой дисциплине предусмотрено проведение текущего (на практических занятиях) и заключительного тестового контроля по предлагаемым вопросам.

Критерии оценки результатов

заключительного тестового контроля знаний:

Количество вопросов на студента – **100 шт.**

«отлично» - 91-100% верных ответов

«хорошо» - 81-90% верных ответов

«удовлетворительно» - 71-80% верных ответов

«неудовлетворительно» - 70% и менее верных ответов

2. ПЕРЕЧЕНЬ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПО АКУШЕРСТВУ

Выберите один правильный ответ

1. ПОКАЗАТЕЛЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ РАССЧИТЫВАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ

- 1) $(\text{число женщин, умерших в родах}) / (\text{число родов}) * 100\ 000$
- 2) $(\text{число женщин, умерших от осложнений беременности со срока 22 недель}) / (\text{число родившихся живыми и мертвыми}) * 1000$
- 3) $(\text{число умерших беременных независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности}) / (\text{число родившихся живыми}) * 100\ 000$
- 4) $(\text{число умерших беременных, независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности}) / (\text{число родившихся живыми}) * 100\ 000$
- 5) $(\text{число умерших беременных, независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности}) / (\text{число родившихся живыми и мертвыми}) * 100\ 000$

2. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РАННЕГО ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

- 1) 1 час.
- 2) 2 час.
- 3) 24 час.
- 4) 12 час.
- 5) 6-8 недель

3. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) появлением первой менструации
- 2) длительностью лактации
- 3) общим состоянием родильницы
- 4) прекращением выделений из матки
- 5) инволюцией матки

4. ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ НАРУЖНОЙ КОНЪЮГАТЫ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) тазомер
- 2) проводят влагалищное исследование
- 3) УЗИ
- 4) сантиметровую ленту
- 5) ничего не используют, высчитывают по формуле

5. К РОДОВЫМ ПУТЯМ ОТНОСЯТ

- 1) костный таз, мягкие ткани (ш/матки, влагалище, тазовое дно), наружные половые органы
- 2) костный таз, влагалище, наружные половые органы

- 3) костный таз, матка, влагалище
- 4) костный таз, матка, наружные половые органы
- 5) матка и ш/матки

6. НАРУЖНЫЕ РАЗМЕРЫ ЖЕНСКОГО ТАЗА В НОРМЕ

- 1) 24-27-30-19
- 2) 30-33-37-25
- 3) 25-28-31-20
- 4) 20-23-25-18
- 5) 22-26-30-18

7. ФОРМА МАЛОГО РОДНИЧКА НА ГОЛОВКЕ ПЛОДА

- 1) квадратная
- 2) ромбовидная
- 3) треугольная
- 4) округлая
- 5) точечная

8. ВЕРТИКАЛЬНЫЙ РАЗМЕР ГОЛОВКИ

- 1) расстояние от подъязычной кости до затылка
- 2) расстояние от большого родничка до малого
- 3) расстояние от подъязычной кости до середины большого родничка
- 4) расстояние от подъязычной кости до переднего угла большого родничка
- 5) расстояние от подъязычной кости до подзатылочной ямки

9. ВЕЛИЧИНА БОЛЬШОГО ПОПЕРЕЧНОГО РАЗМЕРА ГОЛОВКИ

- 1) 9,5 см
- 2) 9 см
- 3) 11 см
- 4) 12 см
- 5) 7,5 см

10. ВЕЛИЧИНА СРЕДНЕГО КОСОГО РАЗМЕРА ГОЛОВКИ

- 1) 9,5 см
- 2) 9 см
- 3) 10,5 см
- 4) 10 см
- 5) 12,5 см

11. РАЗМЕР МАЛОГО КОСОГО РАЗМЕРА ГОЛОВКИ

- 1) 9,5 см
- 2) 9 см
- 3) 10,5 см
- 4) 8,5 см
- 5) 12,5 см

12. ФОРМА ПОЯСНИЧНОГО РОМБА В НОРМЕ

- 1) кубическая
- 2) неправильный четырехугольник
- 3) треугольная
- 4) квадратная
- 5) четырехугольник вытянутый вертикально

13. ПРЯМОЙ РАЗМЕР ПЛОСКОСТИ ВЫХОДА МАЛОГО ТАЗА

- 1) расстояние от середины симфиза до середины крестца
- 2) расстояние от середины симфиза до мыса
- 3) расстояние от нижнего края симфиза до верхушки копчика
- 4) между седалищными буграми
- 5) расстояние от нижнего края симфиза до второго крестцового позвонка

14. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПЛОСКОСТИ МАЛОГО ТАЗА

- 1) плоскость входа, широкой части, узкой части, плоскость выхода
- 2) плоскость входа, плоскость выхода
- 3) плоскость входа, узкой части, плоскость выхода
- 4) плоскость входа, плоскость большого таза, плоскость малого таза, плоскость выхода
- 5) полость таза, плоскость широкой части, плоскость узкой части, плоскость выхода

15. ПРОВОДНАЯ ОСЬ ТАЗА

- 1) линия, соединяющая середины прямых размеров всех плоскостей таза
- 2) линия, соединяющая центры косых размеров таза
- 3) линия, соединяющая середины всех размеров таза
- 4) линия, соединяющая нижний край симфиза и середину мыса
- 5) линия, соединяющая центры поперечных размеров таза

16. СИНКЛИТИЧЕСКОЕ ВСТАВЛЕНИЕ ГОЛОВКИ

- 1) когда малый родничок на одинаковом расстоянии от лона и мыса
- 2) когда стреловидный шов на одинаковом расстоянии от лона и мыса
- 3) когда малый родничок ниже большого
- 4) когда большой родничок расположен по оси таза
- 5) когда стреловидный шов отклонен к лону

17. ВЫСОТА СТОЯНИЯ ДНА МАТКИ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ПЛОДА

- 1) на уровне пупка
- 2) на 2 п/пальца выше пупка
- 3) на 2 п/пальца ниже пупка
- 4) на середине расстояния между лоном и пупком
- 5) на 2 п/пальца выше лона

18. ДЛЯ СКРЫТЫХ ОТЕКОВ У БЕРЕМЕННЫХ ХАРАКТЕРНО

- 1) нарушение функции сердечно-сосудистой системы
- 2) нарушение функции печени
- 3) повышение АД, учащение

- 4) патологическая прибавка массы тела
- 5) прибавка массы тела

19. ВЕСЬ ПРИСТУП ЭКЛАМПСИИ ПРОДОЛЖАЕТСЯ

- 1) 20 сек.
- 2) 1-2 мин.
- 3) 5 мин.
- 4) 30-45 сек.
- 5) 1 сек.

20. ДЛЯ УМЕРЕННОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) нарушение сознания, альгодизурия
- 2) полиурия, пастозность голеней
- 3) частота пульса 100-110 ударов в минуту
- 4) значительная тошнота, выраженная саливация, систолическое АД 100-110 мм.рт.ст. (при исходной нормотонии)
- 5) АД 140/90-159/109 мм.рт.ст.

21. ВЫЧИСЛЕНИЕ РАЗМЕРА ИСТИННОЙ КОНЬЮГАТЫ ИЗ НАРУЖНОЙ КОНЬЮГАТЫ

- 1) вычесть 9 см от величины наружной конъюгаты
- 2) вычесть 11 см от величины наружной конъюгаты
- 3) вычесть 1,5-2 см из величины наружной конъюгаты
- 4) вычесть 11 см от величины наружной конъюгаты
- 5) к величине наружной конъюгаты прибавить 1,5 см

22. ЦЕЛЬ ИЗМЕРЕНИЯ ИНДЕКСА СОЛОВЬЕВА

- 1) для определения длины плода
- 2) для определения массы плода
- 3) для определения толщины костей таза
- 4) для определения величины головки
- 5) для определения срока беременности

23. ЦЕЛЬ ПРОВЕДЕНИЯ IV ПРИЕМА ЛЕОПОЛЬДА (НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

- 1) определить позицию, вид позиции плода
- 2) определить характер предлежащей части
- 3) определить характер предлежащей части плода и ее отношение к плоскости входа в малый таз
- 4) определить вид позиции и ВДМ
- 5) определить характер предлежащей части и характер стояния стреловидного шва

24. ЦЕЛЬ ПРОВЕДЕНИЯ II ПРИЕМА ЛЕОПОЛЬДА (НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

- 1) определить позицию и ее вид позиции

- 2) определить характер предлежащей части
- 3) определить характер предлежащей части плода и ее отношение к плоскости входа в малый таз
- 4) характер предлежащей части и характер стояния стреловидного шва
- 5) определить вид позиции характер предлежащей части и характер стояния стреловидного шва

25. ЦЕЛЬ ПРОВЕДЕНИЯ III ПРИЕМА ЛЕОПОЛЬДА (НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

- 1) определение позиции и ее вид позиции
- 2) определение характера предлежащей части плода
- 3) определение характера предлежащей части и ее отношение к плоскости выхода из малого таза
- 4) характер предлежащей части и характер стояния стреловидного шва
- 5) определить вид позиции, характер предлежащей части и характер стояния стреловидного шва

26. О ГИПОКСИИ ПЛОДА, ПО ДАННЫМ КТГ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ СЛЕДУЮЩАЯ АМПЛИТУДА МГНОВЕННЫХ ОСЦИЛЛЯЦИЙ

- 1) 0-5 в минуту
- 2) 5-10 в минуту
- 3) 10-25 в минуту
- 4) 25-30 в минуту
- 5) 30-35 в минуту

27. БАЗАЛЬНОЙ ЧАСТОТОЙ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПЛОДА НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) ЧСС, сохраняющаяся неизменной в течение 10 мин и более
- 2) ЧСС при повышении внутриматочного давления в схватку
- 3) число мгновенных колебаний (осцилляций) за 10 мин исследования
- 4) ЧСС плода при беременности
- 5) ЧСС плода в конце I и II периодов родов

28. АКЦЕЛЕРАЦИИ ПО КТГ - ЭТО

- 1) урежение ЧСС плода
- 2) отражение сердечной деятельности плода
- 3) учащение частоты сердечных сокращений плода (ЧСС)
- 4) отражение внутриутробной задержки роста плода
- 5) повышение частоты Ps и АД плода

29. ДЕЦЕЛЕРАЦИИ ПО КТГ - ЭТО

- 1) учащение сердечных сокращений плода
- 2) урежение сердечных сокращения плода
- 3) отражение бодрствования плода
- 4) отражение глубокого сна плода
- 5) повышение частоты Ps и АД плода

30. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ КРАСНУХОЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ТАКТИКА АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ, ЗАВИСИТ

- 1) от тяжести клинических проявлений у матери
- 2) от наличия сопутствующей патологии
- 3) от срока беременности
- 4) от наличия заболевания краснухой у пациентки в анамнезе
- 5) от состояния эмбриона/плода

31. ДОЗА РЕЗОНАТИВА В 625 МЕ ЯВЛЯЕТСЯ ДОСТАТОЧНОЙ

- 1) при проведении профилактики родильнице в первые 72 часа после родов Rh(-) ребенком
- 2) при проведении профилактики родильнице в первые 72 часа после родов Rh(+) ребенком
- 3) при абортах или выкидышах до 12 недель
- 4) при проведении профилактики родильнице в первые 48 часов после родов Rh(+) ребенком
- 5) при проведении профилактики родильнице после преждевременных родов

32. ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ ТОНОВ ПЛОДА В НОРМЕ

- 1) 110-120 ударов в минуту
- 2) 100-120 ударов в минуту
- 3) 110-160 ударов в минуту
- 4) 120-140 ударов в минуту
- 5) 130-170 ударов в минуту

33. ЧЛЕНОРАСПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА - ЭТО

- 1) отношение конечностей к головке и туловищу плода
- 2) отношение продольной оси плода к продольной оси матки
- 3) отношение спинки плода к боковым сторонам матки
- 4) отношение спинки плода к передней и задней стенкам матки
- 5) отношение крупной части плода ко входу в м/таз

34. ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА - ЭТО

- 1) отношение конечностей к головке и туловищу плода
- 2) отношение продольной оси плода к продольной оси матки
- 3) отношение спинки плода к боковым сторонам матки
- 4) отношение спинки плода к передней и задней стенкам матки
- 5) отношение крупной части плода ко входу в м/таз

35. ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА - ЭТО

- 1) отношение конечностей к головке и туловищу плода
- 2) отношение продольной оси плода к продольной оси матки
- 3) отношение спинки плода к боковым сторонам матки
- 4) отношение спинки плода к передней и задней стенкам матки
- 5) отношение крупной части плода ко входу в м/таз

36. ПОЗИЦИЯ ПЛОДА - ЭТО

- 1) отношение конечностей к головке и туловищу плода
- 2) отношение продольной оси плода к продольной оси матки
- 3) отношение спинки плода к боковым сторонам матки
- 4) отношение спинки плода к передней и задней стенкам матки
- 5) отношение крупной части плода ко входу в м/таз

37. ВИД ПОЗИЦИИ ПЛОДА - ЭТО

- 1) отношение конечностей к головке и туловищу плода
- 2) отношение продольной оси плода к продольной оси матки
- 3) отношение спинки плода к боковым сторонам матки
- 4) отношение спинки плода к передней и задней стенкам матки
- 5) отношение крупной части плода ко входу в м/таз

38. ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

- 1) через естественные родовые пути с самостоятельным развитием родовой деятельности
- 2) досрочное родоразрешение с амниотомией
- 3) через естественные родовые пути с укорочением периода изгнания
- 4) кесарево сечение
- 5) индуцированные роды через естественные родовые пути

39. ОСНОВНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПЛАНОВОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ

- 1) метилдопа, нифедипин, метопролол
- 2) метилдопа, сульфат магния, метопролол
- 3) фуросемид, нифедипин, метопролол
- 4) метилдопа, нифедипин, амлодипин
- 5) эгиллок, нифедипин, метопролол

40. ПРИЗНАКОМ ЭКЛАМПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гипертензия
- 2) альбуминурия и отеки
- 3) повышенная возбудимость
- 4) судороги и кома
- 5) головная боль

41. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ HELLP- СИНДРОМЕ

- 1) ПОНРП, разрыв подкапсульной гематомы печени
- 2) тошнота, рвота, диспептические расстройства
- 3) боли в сердце, нехватка воздуха
- 4) отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки
- 5) сыпь на теле, боли в сердце, диспептические расстройства

42. НАЛОЖЕНИЕ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ ПРОТИВОПОКАЗАНО

- 1) при недоношенности
- 2) при эндометрите у матери
- 3) при безводном промежутке 12 часов
- 4) нахождении головки в плоскости выхода из малого таза
- 5) при хронической гипоксии плода

43. ФАКТОРЫ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К РАЗВИТИЮ ПРЕЭКЛАМПСИИ

- 1) грипп, парагрипп, covid-19
- 2) ЭГП (заболевания сердечно-сосудистой системы, эндокринные заболевания, заболевание почек)
- 3) хронические стрессы, неправильное питание
- 4) язвенная болезнь ДПК, хронический гастрит
- 5) гиподинамия

44. ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ ПЛОД, КАК ПРАВИЛО, СТРАДАЕТ ОТ

- 1) гипоксии
- 2) врожденных пороков сердца
- 3) анемии
- 4) аномалий развития ЦНС
- 5) асфиксии

45. ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ КАНАЛ НА 10-Е СУТКИ ПОСЛЕ РОДОВ

- 1) проходим для одного пальца
- 2) проходим для 2 пальцев
- 3) закрыт
- 4) проходим до области внутреннего зева
- 5) проходим только наружный зев

46. НА ВНУТРЕННЕЙ ПОВЕРХНОСТИ МАТКИ ПОСЛЕ РОДОВ НЕ ПРОИСХОДИТ

- 1) отторжения децидуальной ткани
- 2) эпителизации плацентарной площадки
- 3) регенерации эндометрия
- 4) пролиферации эндометрия
- 5) секреторной трансформации эндометрия

47. ВЫСОТА СТОЯНИЯ ДНА МАТКИ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ПОСЛЕ РОДОВ

- 1) на уровне пупка
- 2) на 2 пальца выше пупка
- 3) на 2 пальца ниже пупка
- 4) на середине расстояния между пупком лоном
- 5) на 1 палец выше лона

48. ХАРАКТЕР ЛОХИЙ НА ПЯТЫЕ СУТКИ ПОСЛЕ РОДОВ

- 1) кровянистые

- 2) серозно-кровянистые
- 3) кровянисто-сукровичные
- 4) слизистые
- 5) гнойные

49. ПОКАЗАТЕЛЬ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ
РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ

- 1) $(\text{число мертворожденных}) / (\text{число родов}) * 1000$
- 2) $(\text{число умерших интранатально}) / (\text{число родившихся мертвыми}) * 1000$
- 3) $(\text{число мертворожденных} + \text{число умерших впервые 168 ч после рождения}) / (\text{число родившихся живыми и мертвыми}) * 1000$
- 4) $(\text{число умерших впервые 7 суток после рождения}) / (\text{число родов}) * 1000$
- 5) $(\text{число мертворожденных} + \text{число умерших впервые 168 ч после рождения}) / (\text{число родившихся живыми и мертвыми}) * 100000$

50. СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ РОДИЛЬНОГО ДОМА КГБУЗ «КМКБ № 20 ИМ. И.С. БЕРЗОНА» Г. КРАСНОЯРСКА

- 1) госпитализация беременных и рожениц с заболеванием ЦНС и крови
- 2) госпитализация беременных и рожениц с гепатитами В и С, сифилисом
- 3) госпитализация беременных и рожениц с Rh- конфликтной беременностью, ВИЧ- инфекция, СПИД
- 4) госпитализация беременных и рожениц с заболеваниями ССС и крови, эндокринной патологией
- 5) госпитализация беременных и рожениц с невынашиванием беременности

51. ОКСИТОЦИН СПОСОБСТВУЕТ ОТДЕЛЕНИЮ МОЛОКА ИЗ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПУТЕМ

- 1) сокращения миоэпителиальных клеток в молочных ходах
- 2) снижения содержания эстрогенов
- 3) увеличения секреции пролактина
- 4) увеличения секреции прогестерона
- 5) увеличения секреции пролактина и эстрогенов

52. К ПРЕПАРАТАМ, ТОРМОЗЯЩИМ ЛАКТАЦИЮ, ОТНОСЯТСЯ

- 1) спазмолитики (но-шпа)
- 2) парлодел
- 3) барбитураты
- 4) нитрофураны
- 5) таких препаратов не существует

53. ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ИНВОЛЮЦИИ ПОСЛЕРОДОВОЙ МАТКИ ИМЕЕТ

- 1) естественное вскармливание новорожденного, физиологическое функционирование кишечника и мочевого пузыря родильницы
- 2) гигиена родильницы, диета
- 3) только гигиена родильницы

- 4) естественное вскармливание новорожденного, физиологическое функционирование кишечника и мочевого пузыря родильницы, гигиена родильницы, диета
- 5) естественное вскармливание новорожденного и правильная диета

54. ХАРАКТЕР ЛОХИЙ ВПЕРВЫЕ СУТКИ ПОСЛЕ РОДОВ

- 1) светлые
- 2) слизистые
- 3) кровянистые
- 4) сукровичные
- 5) кровянисто-сукровичные

55. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ ЛОХИОМЕТРЫ

- 1) гипертермия
- 2) гипотермия
- 3) симптом Шредера
- 4) озноб
- 5) задержка лохий

56. ВЫПИСКА ИЗ РОДИЛЬНОГО ДОМА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- 1) на 4 – 5 сутки
- 2) на 6 – 7 сутки
- 3) под расписку на не зависимо на какие сутки
- 4) на любые сутки по требованию
- 5) на 8 – 10 сутки

57. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОЗДНЕГО ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

- 1) 30 минут
- 2) 24 часа
- 3) 2-4 часа
- 4) 10 - 12 недель
- 5) 6 - 8 недель

58. ВЫПИСКА ИЗ РОДИЛЬНОГО ДОМА ПРИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ РОДАХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- 1) на второй день
- 2) сразу после родов под расписку
- 3) на 3- 4 сутки после родов
- 4) на 7 сутки
- 5) на 10 сутки

59. ПОЛНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ СТРУКТУРЫ ЭНДОМЕТРИЯ ПОСЛЕ РОДОВ ПРОИСХОДИТ ЧЕРЕЗ

- 1) 10 - 15 дней
- 2) 2 - 3 недели

- 3) 4 - 5 недель
- 4) 9 - 10 недель
- 5) 6 - 8 недель

60. СОСТОЯНИЕ МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) флексорной гипертонией
- 2) мышечной гипотонией
- 3) гипорефлексией
- 4) гиперрефлексией
- 5) гипертонией, арефлексией

61. МЕКОНИЙ ПРИСУТСТВУЕТ У НОВОРОЖДЕННОГО

- 1) первые 1-2 дня
- 2) 3-4 дня
- 3) 2-3 дня
- 4) только 1 -е сутки
- 5) первые 2-4 часа

62. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) лактостаз
- 2) гипогалактия у матери
- 3) трещины сосков
- 4) гнойный мастит
- 5) Rh-отрицательная принадлежность крови у матери

63. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПЕРЕВОДА НОВОРОЖДЕННОГО В БОКСИРОВАННУЮ ПАЛАТУ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) постнатальная асфиксия
- 2) гнойничковые заболевания кожи
- 3) гемолитическая болезнь
- 4) геморрагическая болезнь
- 5) недоношенность

64. МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ

- 1) смертность детей впервые сутки жизни
- 2) смертность детей на первой неделе жизни
- 3) смертность детей на первом месяце жизни
- 4) смертность детей на первом году жизни
- 5) смертность детей в возрасте до 2 лет

65. НАИБОЛЬШИЙ УДЕЛЬНЫЙ ВЕС В СТРУКТУРЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ИМЕЕТ

- 1) антенатальная смертность
- 2) интранатальная смертность
- 3) ранняя неонатальная смертность

- 4) постнеонатальная смертность
- 5) младенческая смертность

66. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА НИЖЕ

- 1) 130 г/л
- 2) 120 г/л
- 3) 115 г/л
- 4) 110 г/л
- 5) 125 г/л

67. МАССИВНОЕ МАТОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ВСЛЕДСТВИЕ ДВС СИНДРОМА ОБУСЛОВЛЕНО

- 1) гипотонией матки
- 2) коагулопатией потребления, истощение факторов свертывания
- 3) задержкой оболочек, частей плаценты
- 4) атонией матки
- 5) дефектом последа

68. ПРИ 40 НЕД. БЕРЕМЕННОСТИ И СРЕДНИХ РАЗМЕРАХ ПЛОДА ВЫСОТА ДНА МАТКИ И ОКРУЖНОСТЬ ЖИВОТА ДОЛЖНЫ СООТВЕТСТВОВАТЬ

- 1) 105 и 38 см
- 2) 85 и 32 см
- 3) 95 и 32 см
- 4) 85 и 34 см
- 5) 85 и 30 см

69. ГОЛОВКА ПЛОДА У ПЕРВОБЕРЕМЕННОЙ ПРИ СРОКЕ 40 НЕД. ДОЛЖНА БЫТЬ РАСПОЛОЖЕНА ПО ОТНОШЕНИЮ К ПЛОСКОСТЯМ ТАЗА

- 1) над входом в таз
- 2) прижата к входу в таз
- 3) фиксирована малым сегментом во входе в таз
- 4) фиксирована большим сегментом во входе в таз
- 5) в узкой части полости малого таза

70. АМНИОСКОПИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОМОГАЕТ В ДИАГНОСТИКЕ

- 1) гипоксии плода
- 2) пороков развития плода
- 3) пола плода
- 4) состояния плода
- 5) расположения плаценты

71. ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПЕРИОДОМ СЧИТАЕТСЯ ПРОМЕЖУТОК ВРЕМЕНИ

- 1) с периода зачатия и заканчивающийся рождением плода
- 2) со срока беременности 22 недели и заканчивающийся 7-ю сутками жизни новорожденного
- 3) с периода рождения плода и заканчивающийся через месяц после родов
- 4) с 22 недель беременности и заканчивающийся 14-ю сутками после рождения
- 5) с 12 недель беременности и заканчивающийся 14-ю сутками после рождения

72. К ПЛОДОРАЗРУШАЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ ОТНОСИТСЯ

- 1) кесарево сечение
- 2) клейдотомия
- 3) вакуум-экстракция плода
- 4) акушерские щипцы
- 5) перинеотомия

73. ДЕКАПИТАЦИЯ – ЭТО

- 1) опорожнение от внутренностей груди и брюшной полости
- 2) отделение головки от туловища в области шейных позвонков
- 3) уменьшение объема плечевого пояса
- 4) уменьшение объема внутриутробного плода
- 5) рассечение позвоночника плода

74. АКУШЕРСКИЙ ПЕРИТОНИТ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ ПОСЛЕ

- 1) срочных родов
- 2) искусственного аборта
- 3) самопроизвольного выкидыша
- 4) внематочной беременности
- 5) кесарева сечения

75. ТЯЖЕСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АКУШЕРСКОГО ПЕРИТОНИТА НЕ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) реактивности организма родильницы
- 2) степени микробного обсеменения матки
- 3) вида обезболивания
- 4) вирулентности микроорганизма
- 5) наличия технических осложнений в ходе операции

76. В НОРМЕ ОКОЛОПЛОДНЫЕ ВОДЫ ИЗЛИВАЮТСЯ

- 1) до начала родовой деятельности
- 2) в родах, при раскрытии маточного зева на 2-3 см
- 3) в родах, при полном или почти полном раскрытии маточного зева
- 4) во II периоде родов
- 5) в родах, при раскрытии маточного зева на 5-6 см

77. К ПРЕДВЕСТНИКАМ РОДОВ ОТНОСИТСЯ

- 1) появление регулярных схваток
- 2) излитие околоплодных вод
- 3) отхождение слизистой пробки
- 4) кровянистые выделения из половых путей
- 5) повышение аппетита

78. ПОСЛЕ ВЫПИСКИ РОДИЛЬНИЦЫ С РЕБЕНКОМ ИЗ РОДИЛЬНОГО ДОМА ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19 РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1) карантин в течение 14 дней
- 2) карантин в течение 1 месяца
- 3) карантин в течение 5 дней
- 4) свободно перемещаться
- 5) карантин на 7 дней

79. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ЛАКТАЦИОННОГО МАСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гангренозный
- 2) флегмонозный
- 3) абсцедирующий
- 4) инфильтративно-гнойный
- 5) инфильтративный

80. К ПЕРВОМУ ЭТАПУ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ САЗОНОВА-БАРТЕЛЬСА ОТНОСИТСЯ

- 1) параметрит
- 2) послеродовой эндометрит
- 3) распространенный тромбофлебит
- 4) септический шок
- 5) пельвиоперитонит

81. ДЛИТЕЛЬНЫЙ ГИПЕРТОНУС МАТКИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) предлежания плаценты.
- 2) ПОНРП
- 3) шеечно-перешеечной беременности
- 4) истмико-цервикальной недостаточности
- 5) угрозы прерывания беременности

82. ВЫДЕЛЯЮТ _____?_____ СТАДИЙ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО САЗОНОВУ-БАРТЕЛЬСУ

- 1) 4
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 5

83. КЛЕЙДОТОМИЯ - ЭТО

- 1) опорожнение от внутренностей груди и брюшной полости
- 2) отделение головки от туловища в области шейных позвонков
- 3) уменьшение объема плечевого пояса
- 4) уменьшение объема внутриутробного плода
- 5) рассечение позвоночника плода

84. ЭВИСЦЕРАЦИЯ - ЭТО

- 1) отделение головки от туловища в области шейных позвонков
- 2) уменьшение объема плечевого пояса
- 3) уменьшение объема внутриутробного плода
- 4) рассечение позвоночника плода
- 5) опорожнение от внутренностей груди и брюшной полости

85. ИНСТРУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ЭКСТРАКЦИИ ПЛОДА ЗА ТАЗОВЫЙ КОНЕЦ

- 1) крючок Брауна
- 2) акушерские щипцы
- 3) краниокласт
- 4) инструменты не требуются
- 5) вакуум-экстрактор KIWI

86. ВИД ОПЕРАЦИИ, К КОТОРОМУ ОТНОСИТСЯ ЭКСТРАКЦИЯ ПЛОДА ЗА ТАЗОВЫЙ КОНЕЦ

- 1) к подготавливающим родовые пути
- 2) к способствующим быстрому родоразрешению
- 3) к родоразрешающим
- 4) исправляющих положение плода
- 5) к плодоразрушающим

87. ВИД ОПЕРАЦИИ, К КОТОРОМУ ОТНОСИТСЯ ПЕРИНЕОТОМИЯ

- 1) к родоразрешающим
- 2) исправляющих положение плода
- 3) сохраняющих беременность
- 4) к плодоразрушающим
- 5) к подготавливающим родовые пути

88. ВИД ОПЕРАЦИИ, К КОТОРОМУ ОТНОСИТСЯ ОПЕРАЦИЯ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

- 1) исправляющих положение плода
- 2) сохраняющих беременность
- 3) к плодоразрушающим
- 4) к родоразрешающим
- 5) к подготавливающим родовые пути

89. ЗАМЕДЛЕНИЕ СКОРОСТИ РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ В РОДАХ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ

- 1) об угрозе разрыва матки
- 2) о ПОНРП
- 3) о латентной фазе родов
- 4) о разрыве шейки матки
- 5) о слабости РД

90. ДИСКООРДИНАЦИЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ – ЭТО

- 1) нарушение тройного нисходящего градиента сократительной деятельности матки.
- 2) поочередное сокращение дна, тела и нижнего сегмента матки
- 3) преобладание дистракции волокон миометрия
- 4) смещение водителя ритма с дна в шейку матки
- 5) последовательная смена ретракции и дистракции волокон миометрия

91. НАЗОВИТЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ АМНИОТОМИИ

- 1) прелиминарный период
- 2) раскрытие маточного зева 3-4 см
- 3) острая гипоксия плода
- 4) нормальное количество околоплодных вод
- 5) полное или почти полное открытие маточного зева

92. К ТРЕТЬЕМУ ЭТАПУ ПОСЛЕРОДОВОГО СЕПТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПО КЛАССИФИКАЦИИ С.В. САЗОНОВА И А.В. БАРТЕЛЬСА ОТНОСИТСЯ

- 1) тазовый тромбофлебит
- 2) тромбофлебит вен нижних конечностей
- 3) септический шок
- 4) разлитой перитонит
- 5) эндометрит

93. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ЛИХОРАДКИ НА 3-4 ДЕНЬ ПОСЛЕ РОДОВ

- 1) инфекция мочевого тракта
- 2) мастит
- 3) эндометрит
- 4) перитонит
- 5) тромбофлебит

94. К ЧЕТВЕРТОМУ ЭТАПУ ПОСЛЕРОДОВОГО СЕПТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПО КЛАССИФИКАЦИИ С.В. САЗОНОВА И А.В. БАРТЕЛЬСА ОТНОСИТСЯ

- 1) септический шок
- 2) тазовый тромбофлебит
- 3) тромбофлебит вен нижних конечностей

- 4) пельвиоперитонит
- 5) эндометрит

95. ПОКАЗАНИЕ К УДАЛЕНИЮ МАТКИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

- 1) имбибиция маточных стенок кровью
- 2) наличие патологии развития матки
- 3) перерастяжение матки
- 4) наличие рубца на матке
- 5) обнаружение интерстициального миоматозного узла

96. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ РОДИЛЬНИЦЫ ПРИ БЫСТРО НАРАСТАЮЩЕЙ ГЕМАТОМЕ ВЛАГАЛИЩА

- 1) применяют тугую, давящую повязку на область гематомы, а/бактериальная и антианемическая терапия
- 2) тугая тампонада ложа гематомы, внутрь - витамин С, хлорид кальция
- 3) проводят антианемическое лечение, кровоостанавливающие препараты
- 4) прикладывают холод на область гематомы
- 5) вскрытие, прошивание гематомы, а/бактериальная и антианемическая терапия

97. КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ УГРОЖАЮЩЕГО РАЗРЫВА МАТКИ

- 1) эффективные схватки
- 2) отек шейки матки
- 3) сильная родовая деятельность
- 4) отсутствие болезненности нижнего сегмента матки
- 5) не проводится

98. ПРИЧИНЫ РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В РОДАХ

- 1) слабость родовой деятельности
- 2) разрыв матки в родах
- 3) гидроцефалия плода
- 4) амниотомия
- 5) эпизиотомия

99. ПРИЧИНА РАЗРЫВА ПРОМЕЖНОСТИ В РОДАХ

- 1) ригидность тканей промежности
- 2) гипотрофия плода
- 3) правильное оказание акушерского пособия в родах
- 4) прорезывание головки плода малым косым размером
- 5) правильное (сгибательное) предлежание головки плода

100. ПРИЧИНА РАЗРЫВА ВЛАГАЛИЩА В РОДАХ

- 1) нормальное течение родового акта
- 2) крупные размеры головки плода
- 3) правильное оказание акушерского пособия в родах

- 4) прорезывание головки плода малым косым размером
- 5) правильное (сгибательное) предлежание головки плода

101. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) увеличение размеров матки
- 2) аменорея
- 3) наличие хориального гонадотропина в моче
- 4) положительный тест на беременность
- 5) наличие сердцебиения плода

102. ОСНОВНАЯ РОЛЬ ЭСТРОГЕНОВ В РОДАХ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ

- 1) в повышении уровня прогестерона
- 2) в снятии прогестеронового блока в плацентарной площадке матки
- 3) в снижении секреции тиреотропного гормона у матери и плода
- 4) в ослаблении продукции пролактина
- 5) в прогестероновом блоке плацентарной площадкой рецепторов окситоцина

103. ПОКАЗАНИЕМ К ЭПИЗИОТОМИИ В РОДАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гемолитическая болезнь плода
- 2) преждевременные роды
- 3) головное предлежание плода
- 4) угрожающий разрыв промежности
- 5) начавшийся разрыв промежности

104. АДЕКВАТНАЯ СОКРАТИТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МАТКИ В РОДАХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) расслаблением продольных гладкомышечных пучков при интенсивном сокращении поперечных волокон
- 2) сокращением продольных гладкомышечных пучков при интенсивном сокращении поперечных волокон
- 3) смещением водителя ритма (пейсмейкера) с дна на тело матки
- 4) гипертонусом нижнего сегмента матки
- 5) значительным повышением базального тонуса матки

105. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ГИПОГАЛАКТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) снижение секреции пролактина
- 2) невынашивание беременности в анамнезе
- 3) резус-конфликтная беременность
- 4) преждевременный разрыв плодных оболочек
- 5) реконструктивно-пластические операции на молочной железе в анамнезе

106. ВЕДЕНИЕ РОДОВ ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ НЕ ТРЕБУЕТ КОНТРОЛЯ

- 1) за состоянием роженицы и плода
- 2) за «врезыванием и прорезыванием» предлежащей части плода

- 3) за давлением в межворсинчатом пространстве
- 4) за состоянием фетоплацентарного кровотока.
- 5) за характером потужной деятельности

107. В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ПРОИСХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЛОВОЙ СИСТЕМЕ РОДИЛЬНИЦЫ

- 1) полное формирование канала шейки матки
- 2) дистракция, контракция матки и тромбообразование сосудов плацентарной площадки
- 3) ретракция, контракция матки и тромбообразование сосудов плацентарной площадки
- 4) субинволюция матки
- 5) растяжение влагалища

108. СОКРАТИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ МАТКИ В РОДАХ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) уровня тиреотропного гормона
- 2) уровня АКТГ гормона
- 3) содержания тромбксана
- 4) концентрации окситоцина, выделяемого гипофизом матери и плода
- 5) содержания адренорецепторов в миометрии

109. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РОДОВ У ПЕРВОРОДЯЩИХ

- 1) от 8 до 14 часов
- 2) от 6 до 4 часов
- 3) от 8 до 6 часов
- 4) от 4 до 2 часов
- 5) от 6 до 12 часов

110. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РОДОВ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ

- 1) от 4 до 2 часов
- 2) от 8 до 14 часов
- 3) от 6 до 12 часов
- 4) от 6 до 7 часов
- 5) более суток

111. ОБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ НАЧАЛА РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) регулярные схватки, открытие ш/матки (2-3 см)
- 2) продвижение плода по родовому каналу
- 3) излитие околоплодных вод
- 4) тахикардия плода
- 5) отхождение слизистой пробки

112. СКОРОСТЬ РАСКРЫТИЯ МАТОЧНОГО ЗЕВА У ПЕРВОРОДЯЩИХ В ЛАТЕНТНУЮ ФАЗУ РОДОВ

- 1) 0,1-0,2 см/час

- 2) 3 см/час
- 3) 0,1 см/час
- 4) 1-2 см/час
- 5) 0,35 см/час

113. КЛАССИЧЕСКОЕ РУЧНОЕ ПОСОБИЕ ПО ВЫВЕДЕНИЮ РУЧЕК ПЛОДА ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ ОКАЗЫВАЕТСЯ

- 1) при прорезывании ягодич
- 2) для выведения головки
- 3) при запрокинутых ручках/ручке
- 4) при ножном предлежании
- 5) после рождения плода до пупка при эффективных потугах

114. РОДЫ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ПЛОДА ДО ПУПОЧНОГО КОЛЬЦА, ДОЛЖНЫ ЗАКОНЧИТЬСЯ ЧЕРЕЗ

- 1) 5 мин.
- 2) 15 мин.
- 3) 5-7 сек.
- 4) 10 мин.
- 5) 30 мин.

115. ВЕРОЯТНЫЙ ПРИЗНАК БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) увеличение молочных желез и выделение молозива
- 2) плаксивость, раздражительность, смена настроения
- 3) пальпация мелких частей плода
- 4) неукротимая рвота
- 5) сонливость

116. СОМНИТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) прекращение менструаций
- 2) изменение обонятельных ощущений
- 3) увеличение молочных желез и выделение молозива
- 4) определение ХГЧ в моче
- 5) наличие плода в матки

117. ПОНЯТИЕ ДОНОШЕННОГО ПЛОДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО

- 1) массе тела новорожденного более 2,5 кг
- 2) сроку беременности
- 3) шкале Апгар
- 4) состоянию сердечной деятельности плода
- 5) признакам физического развития плода

118. ОСНОВНОЙ КРИТЕРИЙ ЗРЕЛОСТИ ПЛОДА

- 1) оценка по шкале Сильвермана
- 2) оценка по шкале Апгар
- 3) срок беременности

- 4) длина плода 48 см и выше
- 5) частота сердцебиения плода 120 – 140 уд/мин

119. ПЛОСКОСТЬ ВХОДА В МАЛЫЙ ТАЗ ОГРАНИЧЕНА

- 1) верхним краем лона, серединой вертлужной впадины, сочленением 2-го и 3-го крестцовых позвонков
- 2) верхним краем лона, безымянными линиями, верхушкой мыса
- 3) серединой внутренней поверхности лона, безымянными линиями, верхушкой мыса
- 4) серединой внутренней поверхности лона, седалищными осями, сочленением 2-го и 3-го крестцовых позвонков
- 5) серединой внутренней поверхности лона, безымянными линиями, копчиком

120. ПЛОСКОСТЬ ШИРОКОЙ ЧАСТИ МАЛЫЙ ТАЗА ОГРАНИЧЕНА

- 1) верхним краем лона, серединой вертлужной впадины, сочленением 2-го и 3-го крестцовых позвонков
- 2) верхним краем лона, безымянными линиями, верхушкой мыса
- 3) серединой внутренней поверхности лона, безымянными линиями, верхушкой мыса
- 4) серединой внутренней поверхности лона, серединой вертлужных впадин, сочленением 2-го и 3-го крестцовых позвонков
- 5) серединой внутренней поверхности лона, безымянными линиями, копчиком

121. ПЛОСКОСТЬ УЗКОЙ ЧАСТИ ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА ОГРАНИЧЕНА

- 1) нижним краем лонного сочленения, седалищными осями, крестцово-копчиковым сочленением
- 2) нижним краем лонного сочленения, безымянными линиями, верхушкой крестца
- 3) серединой внутренней поверхности лона, седалищными осями, сочленением 2-го и 3-го крестцовых позвонков
- 4) серединой внутренней поверхности лона, серединой вертлужных впадин, сочленением между 2-м и 3-м крестцовыми позвонками
- 5) нижним краем лонного сочленения, седалищными буграми, крестцово-копчиковым сочленением

122. ПЛОСКОСТЬ ВЫХОДА МАЛОГО ТАЗА ОГРАНИЧЕНА

- 1) нижним краем лона, седалищными буграми, крестцово-копчиковым сочленением
- 2) нижним краем лонного сочленения, седалищными осями, крестцово-копчиковым сочленением
- 3) нижним краем лонного сочленения, седалищными буграми, верхушкой копчика

- 4) верхним краем лонного сочленения, седалищными буграми, верхушкой копчика
- 5) нижним краем лонного сочленения, безымянными линиями, верхушкой копчика

123. ПЛАЦЕНТА ВЫПОЛНЯЕТ СЛЕДУЮЩУЮ РОЛЬ В ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ МАТЕРИ И ПЛОДА ПРИ НОРМАЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ

- 1) подавляет антигенную стимуляцию матери
- 2) стимулирует антигенную стимуляцию матери
- 3) препятствует свободному транспорту антигенов, антител и клеток
- 4) блокирует механизмы взаимной толерантности матери и плода
- 5) снижает синтез прогестерон-индуцированного блокирующего фактора

124. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПОЧЕК ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) пиелонефрит
- 2) амилоидоз почек
- 3) гломерулонефрит
- 4) гидронефроз
- 5) МКБ

125. НАРУШЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СИСТЕМЕ «МАТЬ – ПЛАЦЕНТА – ПЛОД» ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ СЛЕДУЮЩИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

- 1) ВПР плода
- 2) преэклампсии
- 3) синдрому фето-фетальной трансфузии
- 4) неиммунной водянки плода
- 5) ГСД

126. ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННОГО СВЯЗАНА

- 1) с изоиммунизацией матери групповыми антигенами крови плода
- 2) с аутоиммунизацией матери групповыми антигенами крови плода
- 3) с аутоиммунизацией матери по резус-фактору
- 4) причины гемолитической болезни плода не известны
- 5) с аутоиммунизацией матери по системе АВО

127. ИЗОИММУНИЗАЦИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНА НЕСОВМЕСТИМОСТЬЮ

- 1) крови матери и плода по резус-фактору
- 2) групп крови матери и отца
- 3) крови матери и плода по системе HLA
- 4) крови матери и плода по системе тромбоцитарных антигенов
- 5) групп крови матери и отца по системе АВ0

128. ПОСЛЕ ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЧАСТОТА ИММУНИЗАЦИИ У РЕЗУС ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ ЖЕНЩИН СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 30%
- 2) 50%
- 3) 10%
- 4) 20%
- 5) 100%

129. ЧАСТОТА ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА ОБЫЧНО СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 0,3-0,7%
- 2) 3-7%
- 3) 10%
- 4) 15%
- 5) 20%

130. НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРИЗНАКОМ ИЗОИММУНИЗАЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) снижение титра антител
- 2) наличие «полных» антител
- 3) «скачущий» титр антител
- 4) признаки гипоплазии плаценты и плода
- 5) стабильный титр антител

131. В НАШЕЙ СТРАНЕ ЗА КРИТЕРИЙ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ПЛОДА (НОВОРОЖДЕННОГО) ПРИНИМАЕТСЯ СРОК БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) 20 недель
- 2) 21 неделю
- 3) 22 недели
- 4) 25 недель
- 5) 28 недель

132. НАИМЕНЬШАЯ МАССА ТЕЛА ЖИЗНЕСПОСОБНОГО ПЛОДА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1000 г
- 2) 800 г
- 3) 500 г
- 4) 450 г
- 5) 400 г

133. ПРИ РАЗВИТИИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ПЛОДА ИМЕЕТ МЕСТО

- 1) развитие гипопроотеинемии и повышение проницаемости сосудов
- 2) расстройство функции почек
- 3) развитие гиперпротеинемии и понижение проницаемости сосудов
- 4) гипоплазия поджелудочной железы

5) гипоплазия эритроцитарного ростка костного мозга плода

134. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У НОВОРОЖДЕННОГО ОПРЕДЕЛЯЮТ В КРОВИ

- 1) количество юных форм лейкоцитов
- 2) почасовой прирост билирубина, группу крови, резус-принадлежность крови
- 3) почасовой прирост билирубина, наличие ретикулоцитарного криза
- 4) группу крови, резус-принадлежность крови, наличие анизо- и пойкилоцитов
- 5) группу крови, резус-принадлежность крови

135. АДЕКВАТНОЙ РЕАКЦИЕЙ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЛОДА НА ЗАДЕРЖКУ ДЫХАНИЯ У МАТЕРИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) реакция сердечной деятельности плода не изменяется
- 2) реакция сердечной деятельности плода в норме отсутствует
- 3) вначале урежение, а затем учащение
- 4) урежение частоты сердечных сокращений
- 5) учащение частоты сердечных сокращений

136. В РОДАХ ПРИ ГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА СЛЕДУЮЩАЯ БАЗАЛЬНАЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ СЧИТАЕТСЯ НОРМАЛЬНОЙ

- 1) 110-160 в минуту
- 2) 100-150 в минуту
- 3) 100-180 в минуту
- 4) 105-160 в минуту
- 5) 160-200 в минуту

137. ТОКСИЧНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) прямой и непрямой билирубин
- 2) общий билирубин
- 3) прямой билирубин
- 4) непрямой билирубин
- 5) уровень билирубина не оказывает токсического воздействия

138. ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ У НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ ОСТРОЙ ГИПОКСИИ ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ ХРОНИЧЕСКОЙ

- 1) ОЦК и гематокрит при острой гипоксии не меняются
- 2) повышением ОЦК и повышением гематокрита
- 3) повышением ОЦК и снижением гематокрита
- 4) снижением ОЦК и снижением гематокрита
- 5) снижением ОЦК и повышением гематокрита

139. ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НОВОРОЖДЕННОГО ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) степенью незрелости новорожденного
- 2) гестационным возрастом новорожденного
- 3) его длиной тела
- 4) его массой
- 5) его длиной тела и массой

140. СЕКРЕЦИЮ СУРФАКТАНТА В ЛЕГКИХ ПЛОДА УСИЛИВАЕТ

- 1) окситоцин
- 2) ацетилхолин
- 3) простагландин F-2-альфа
- 4) глюкокортикоиды
- 5) углекислый газ

141. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ ДАННЫЕ

- 1) результаты ультразвуковой фетометрии
- 2) о содержании прогестерона
- 3) о содержании плацентарного лактогена
- 4) о содержании трофобластического гамма-глобулина
- 5) о содержании простагландинов

142. ПРИЧИНОЙ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПЛОДА МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ

- 1) родовая травма ЦНС
- 2) пороки развития пищевода
- 3) пороки развития почек
- 4) абсолютно короткая пуповина
- 5) крупные размеры плода

143. ГИПОКСИЧЕСКИ-ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПЛОДА ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ

- 1) повышения маточно-плацентарного кровообращения
- 2) снижения маточно-плацентарного кровообращения
- 3) преждевременного излития околоплодных вод
- 4) повышения активности процессов апоптоза клеток плода
- 5) преобладания тонуса парасимпатической нервной системы плода

144. ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ТОКОЛИТИКОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) угроза прерывания беременности во II- III триместрах беременности
- 2) сахарный диабет
- 3) тиреотоксикоз
- 4) ПОНРП
- 5) предлежание плаценты

145. ПРИ ОСМОТРЕ ПЕРЕНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ВЫЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ

- 1) яички не опустились в мошонку
- 2) клитор и малые половые губы не прикрыты большими
- 3) сухая морщинистая кожа с небольшим количеством сыровидной смазки
- 4) сухая морщинистая кожа с обильным количеством сыровидной смазки
- 5) небольшая исчерченность стоп

146. ОСТРАЯ ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЕСТЬ СЛЕДСТВИЕ

- 1) длительной угрозы преждевременного прерывания беременности
- 2) изосерологической несовместимости крови матери
- 3) перенашивания беременности
- 4) курении беременной
- 5) ПОНРП

147. ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПЕРЕНОШЕННОСТИ ПЛОДА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) узкие швы и роднички, плотные кости черепа
- 2) живот увеличен в размерах с явным расхождением прямых мышц
- 3) обилие сыровидной смазки
- 4) яички не опущены в мошонку
- 5) ногтевые пластинки не доходят до кончиков пальцев

148. СТЕПЕНЬ СУЖЕНИЯ ТАЗА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО УМЕНЬШЕНИЮ РАЗМЕРА

- 1) вертикальной диагонали пояснично-крестцового ромба
- 2) высоты стояния дна матки
- 3) горизонтальной диагонали пояснично-крестцового ромба
- 4) истинной конъюгаты
- 5) анатомической конъюгаты

149. В ПРОГНОЗЕ РОДОВ ПРИ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКОМ ТАЗЕ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- 1) окружность живота
- 2) высота стояния дна матки
- 3) размер истинной конъюгаты
- 4) размеры ромба Михаэлиса
- 5) возраст беременной

150. КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ – ЭТО

- 1) таз, который имеет размеры 25-29-30-20 см
- 2) одна из форм анатомически узкого таза
- 3) отсутствие продвижения головки плода при слабости родовой деятельности
- 4) несоответствие головки плода и таза матери, выявленное во время родов

5) несоответствие головки плода и таза матери, выявленное при беременности

151. ОСНОВНЫМИ ПРИЧИНАМИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) анатомическое сужение таза и наличие крупного плода
- 2) чрезмерно сильная родовая деятельность
- 3) переднетеменной асинклитизм
- 4) плод, с признаками СЗРП
- 5) отсутствие предгравидарной подготовки пациентки и наличие крупного плода

152. РОДЫ ПРИ I СТЕПЕНИ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА (ОТНОСИТЕЛЬНОЕ НЕСООТВЕТСТВИЕ) ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИМ

- 1) биомеханизм родов не соответствует форме таза
- 2) длительность родового акта дольше обычного
- 3) симптом Вастена резко положительный
- 4) рано появляются признаки угрожающего разрыва мат
- 5) особенных отличий от родов с нормальными размерами таза нет

153. ПОТУГИ ПРИ ГОЛОВКЕ, ПРИЖАТОЙ К ВХОДУ В МАЛЫЙ ТАЗ, И ОТОШЕДШИХ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОДАХ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ

- 1) о клинически узком тазе
- 2) об анатомически узком тазе
- 3) об ущемлении передней губы шейки матки
- 4) о начавшемся разрыве матки
- 5) об окончании первого периода родов

154. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ВАСТЕНА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1) об угрозе разрыва матки
- 2) о наличии крупного плода
- 3) о крайней степени несоответствия головки плода и таза матери
- 4) о развитии слабости родовой деятельности
- 5) о начавшемся разрыве лонного сочленения

155. ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ ОЦЕНКУ ТАЗА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ

- 1) период родов значения не имеет
- 2) после излития околоплодных вод
- 3) во II периоде родов
- 4) в конце I периода родов
- 5) при беременности

156. ПРИ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКОМ ТАЗЕ II СТЕПЕНИ И ЖИВОМ ПЛОДЕ ВОПРОС О РОДОСТИМУЛЯЦИИ РЕШАЕТСЯ, КАК ПРАВИЛО, СЛЕДУЮЩИМ

- 1) проводится всегда
- 2) не проводится
- 3) в зависимости от артериального давления роженицы
- 4) в зависимости от предлежания плода
- 5) в зависимости от расположения головки по отношению ко входу в малый таз

157. ДЛЯ ВЫБОРА ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ ВАЖНЕЕ ВСЕГО ОПРЕДЕЛИТЬ

- 1) размеры плода
- 2) росто-весовые показатели женщины
- 3) размеры ромба Михаэлиса
- 4) размеры индекса Соловьева
- 5) форму анатомически узкого таза и степень сужения таза

158. ПРИ НАРУЖНОМ АКУШЕРСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ О ПОПЕРЕЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ ПЛОДА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1) окружность живота более 100 см
- 2) высота дна матки свыше 39 см
- 3) отсутствие предлежащей части, определяемой третьим приемом Леопольда
- 4) уменьшение вертикального размера пояснично-крестцового ромба
- 5) увеличение вертикального размера пояснично-крестцового ромба

159. В ЭТИОЛОГИИ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ, ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО, ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩЕЕ

- 1) гестационный сахарный диабет
- 2) возраст женщины
- 3) перенесенная беременность
- 4) рубец на матке после операции кесарева сечения
- 5) предлежание плаценты

160. ПОСОБИЕ ПО ЦОВЬЯНОВУ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ СЛЕДУЮЩЕМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА

- 1) чисто ягодичном
- 2) переднем виде затылочного предлежания
- 3) коленном
- 4) заднем виде затылочного предлежания
- 5) переднеголовном предлежании

161. ЧИСТО ЯГОДИЧНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ

- 1) ножки согнуты в тазобедренных суставах и вытянуты вдоль туловища
- 2) ножки согнуты в коленных суставах и вытянуты вдоль туловища
- 3) ножки разогнуты в тазобедренных суставах и согнуты в коленных суставах

- 4) ножки согнуты в коленных и тазобедренных суставах
- 5) ножки согнуты в тазобедренных суставах

162. СМЕШАННОЕ ЯГОДИЧНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ

- 1) ножки согнуты в тазобедренных суставах и вытянуты вдоль туловища
- 2) ножки разогнуты в тазобедренных суставах и согнуты в коленных суставах
- 3) ножки согнуты в коленных суставах и вытянуты вдоль туловища
- 4) ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах
- 5) ножки согнуты только в коленных суставах

163. ОСЛОЖНЕНИЕМ ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) чрезмерный внутренний поворот плечиков
- 2) запрокидывание ручек плода за головку
- 3) отхождение мекония у плода
- 4) чрезмерное сгибание головки плода
- 5) поворот плода спинкой кпереди

164. К ПОСОБИЮ ПО МЕТОДУ ЦОВЬЯНОВА ПРИ ЧИСТО ЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ПРИСТУПАЮТ, КОГДА

- 1) плод рождается до угла лопаток
- 2) плод рождается до пупочного кольца
- 3) пререзывается задняя ягодица
- 4) пререзываются обе ягодицы
- 5) пререзывается передняя ягодица

165. СОКРАТИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ МАТКИ ПРИ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЫЧНО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) последовательной сменой ретракции и дистракции волокон миометрия
- 2) снижением ритма и снижением амплитуды сокращения матки
- 3) сохранением ритма и снижением амплитуды сокращения матки
- 4) увеличением частоты схваток
- 5) повышением внутриматочного давления

166. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ДИСКООРДИНАЦИИ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ ОТНОСИТСЯ

- 1) снижение силы и продолжительности схваток
- 2) уплотнение краев шейки матки в схватку
- 3) понижение базального тонуса матки
- 4) затруднение опорожнения кишечника
- 5) преждевременный разрыв плодных оболочек

167. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ, НЕОБХОДИМО

- 1) производить продольное рассечение тела матки
- 2) использовать биосовместимые соединительные элементы
- 3) обеспечить герметичность полости матки при зашивании разреза на матке шелком
- 4) обеспечить герметичность полости матки при зашивании разреза на матке полиамидом
- 5) производить расширение разреза стенки матки острым путем

168. ДЛЯ ТЕЧЕНИЯ БЫСТРЫХ РОДОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) укорочение периода раскрытия шейки матки
- 2) слабость потуг
- 3) повышение температуры тела
- 4) удлинение периода изгнания плода
- 5) укорочение последового периода

169. К ОСНОВНЫМ ФАКТОРАМ РОЖДЕНИЯ КРУПНОГО ПЛОДА СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ

- 1) преэклампсию
- 2) сахарный диабет
- 3) гипотиреоз
- 4) артериальную гипотонию
- 5) возраст беременной старше 35 лет

170. ПРАВИЛА СПОСОБА И ПОРЯДКА ВВЕДЕНИЯ ЛОЖЕК АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ, СЛЕДУЮЩИЕ

- 1) левую ложку держат левой рукой и вводят в левую половину таза матери
- 2) правую ложку держит правой рукой и вводит в левую половину таза матери
- 3) левую ложку держат правой рукой и вводят в правую половину таза матери
- 4) правую ложку держат левой рукой и вводят в левую половину таза матери
- 5) наложение акушерских щипцов зависит от того, какой рукой лучше владеет акушер

171. ПРИ НАЛОЖЕНИИ ВЫХОДНЫХ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ ЛОЖКИ ДОЛЖНЫ ЛЕЖЬ НА ГОЛОВКУ ПЛОДА

- 1) в малом косом размере
- 2) в поперечном размере
- 3) в среднем косом размере
- 4) в прямом размере
- 5) в большом косом размере

172. ДЛЯ ОПЕРАЦИИ НАЛОЖЕНИЯ ВЫХОДНЫХ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ НЕОБХОДИМО УСЛОВИЕ

- 1) живой или мертвый плод
- 2) открытие шейки матки полное
- 3) отсутствие плодного пузыря и раскрытие шейки матки 4-5 см
- 4) лобное вставление головки живого доношенного плода
- 5) головка плода прижата ко входу в м/таз

173. ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ – ЭТО ПАТОЛОГИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ПЛАЦЕНТА РАСПОЛАГАЕТСЯ

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

174. КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ПРИ НИЗКОЙ ПЛАЦЕНТАЦИИ ОБУСЛОВЛЕНО

- 1) ПОНРП
- 2) повышенной порозностью стенки сосудов ворсин хориона
- 3) гипертрофическими изменениями ворсин хориона
- 4) сниженным отложением фибриноидного вещества на поверхности плаценты
- 5) склерозированием ворсин и отслойкой плаценты

175. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНИТЬ

- 1) радиоизотопную сцинтиграфию
- 2) тепловидение
- 3) ультразвуковое сканирование
- 4) приемы Леопольда
- 5) проведение влагалищного исследования

176. ОСОБЕННОСТЬЮ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) начинается только ночью, во сне
- 2) болезненность матки при пальпации
- 3) всегда наружное
- 4) имеются признаки внутрибрюшного кровотечения
- 5) наружного кровотечения может и не быть

177. ПРИ НЕПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ, ЗНАЧИТЕЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ РОДОВЫХ ПУТЕЙ И ОТКРЫТИИ МАТОЧНОГО ЗЕВА НА 5-6 СМ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПОКАЗАНО

- 1) через естественные родовые пути с ранней амниотомией и без родостимуляции
- 2) через естественные родовые пути с гемотрансфузией и родостимуляцией
- 3) путем операции кесарева сечения
- 4) путем наложения вакуум-экстрактора KIWI
- 5) путем наложения акушерских щипцов

178. ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ У БЕРЕМЕННЫХ

- 1) с тяжелой преэклампсией
- 2) с анемией
- 3) с гипотиреозом
- 4) с артериальной гипотонией
- 5) с гиперандрогенией

179. ПРИ ПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ОПЕРАЦИЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ОБЫЧНО ПРОИЗВОДИТСЯ В ПЛАНОВОМ ПОРЯДКЕ

- 1) на 38 неделе
- 2) в 40 недель
- 3) с началом родовой деятельности
- 4) при постановке диагноза
- 5) в 35-36 недель

180. ПРИ ПЛОТНОМ ПРИКРЕПЛЕНИИ ПЛАЦЕНТЫ ВОРСИНЫ ХОРИОНА ПРОНИКАЮТ ВГЛУБЬ СТЕНКИ МАТКИ

- 1) в парабазальный слой слизистой оболочки
- 2) в базальный слой слизистой оболочки
- 3) в спонгиозный слой слизистой оболочки
- 4) в компактный слой слизистой оболочки
- 5) прямо в миометрий

181. ДЛЯ ПОЛНОГО ИСТИННОГО ПРИРАЩЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРНО

- 1) отсутствие каких-либо кровянистых выделений из половых путей
- 2) отсутствие каких-либо кровянистых выделений из половых путей в послеродовом периоде
- 3) сильное кровотечение из половых путей через 5 – 10 минут после рождения плода
- 4) небольшие кровянистые выделения из половых путей сразу после рождения плода
- 5) не сворачиваемость крови, вытекающей из половых путей

182. ДЛЯ ИСТИННОГО ПРИРАЩЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРНО ВРАСТАНИЕ ВОРСИН ХОРИОНА

- 1) в парабазальный слой слизистой оболочки
- 2) в базальный слой слизистой оболочки
- 3) в спонгиозный слой слизистой оболочки
- 4) в компактный слой слизистой оболочки
- 5) в миометрий

183. ПРИ ЧАСТИЧНОМ ПЛОТНОМ ПРИКРЕПЛЕНИИ ПЛАЦЕНТЫ НА ФОНЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ КРОВОПОТЕРИ ПОКАЗАНО

- 1) капельное внутривенное введение метилэргометрина
- 2) одномоментное внутривенное введение окситоцина
- 3) ручное отделение плаценты
- 4) операция кесарева сечения (во избежание массивного кровотечения)
- 5) применить способ выделения последа по Абуладзе

184. ПРИ КРОВОПОТЕРЕ, РАВНОЙ 20 – 25% ОТ ОЦК, ШОКОВЫЙ ИНДЕКС РАВЕН

- 1) 0,5
- 2) 0,6
- 3) 0,8
- 4) 1,0
- 5) 1,2

185. В ПАТОГЕНЕЗЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ШОКА БОЛЬШОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- 1) группа крови и резус-фактор пациентки
- 2) исходное иммунодефицитное состояние роженицы
- 3) время излития околоплодных вод и длительность безводного промежутка
- 4) объем кровопотери
- 5) количество эритроцитов и тромбоцитов

186. СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ СПОСОБСТВУЮТ РАЗВИТИЮ ОСТРОЙ ФОРМЫ ДВС-СИНДРОМА

- 1) истинное приращение плаценты
- 2) многоплодная беременность
- 3) массивное гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде
- 4) беременность, возникшая в результате применения ВРТ
- 5) маловодие

187. КРИТИЧЕСКИМ УРОВНЕМ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ШОКЕ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

- 1) 80 мм. рт. ст.
- 2) 75 мм. рт. ст.
- 3) 70 мм. рт. ст.
- 4) 60 мм. рт. ст.
- 5) 30 мм. рт. ст.

188. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) уменьшением интенсивности шевеления плода
- 2) высоким процентом продольных положений плода
- 3) к плодоразрушающим
- 4) повторяемостью кровотечения из половых путей
- 5) к подготавливающим родовые пути

189. ВЫРАЖЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ НА ГЛАЗНОМ ДНЕ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) для эпилепсии
- 2) для раннего токсикоза
- 3) для миопии
- 4) для преэклампсии
- 5) для гипертонической болезни

190. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ НАПРАВЛЕНА

- 1) на нормализацию микроциркуляции, гемодинамики
- 2) на ликвидацию гиперволемии
- 3) на нормализацию функционирования гематоэнцефалического барьера
- 4) на ликвидацию гиперпротеинемии
- 5) на нормализацию плацентарного барьера

191. ОТЕКИ НА ЛИЦЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) для поликистоза почек
- 2) для гестационного пиелонефрита
- 3) для МКБ
- 4) для умеренной преэклампсии
- 5) для гломерулонефрита

192. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) возраст первородящей 30 лет и старше
- 2) синдром задержки роста плода в предшествующей беременности
- 3) миопия
- 4) гипертоническая болезнь
- 5) артериальная гипотония

193. УХУДШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ РОЖЕНИЦЫ С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ I ПЕРИОДА РОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВАНИЕМ

- 1) применения вакуум-экстракции плода
- 2) для более активной стимуляции родовой деятельности
- 3) для более быстрого родоразрешения путем операции кесарева сечения
- 4) для перинеотомии
- 5) для амниотомии и оценки характера околоплодных вод

194. ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННОЙ ИМЕЕТ МЕСТО

- 1) гиперкоагуляция
- 2) гипокоагуляция
- 3) дегидратация тканей
- 4) повышение количества тромбоцитов
- 5) повышение эластичности мембраны эритроцитов

195. ПРИЗНАКОМ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) олигурия менее 500 мл/сут
- 2) снижение АЛТ, АСТ сыворотки крови
- 3) анизоцитоз, пойкилоцитоз клеток крови
- 4) протеинурия $>0,3$ г/сут, но менее 3,0 г/сут.
- 5) артериальная гипертензия выше 140/90 мм. рт. ст.

196. ДЛЯ УМЕРЕННОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ

- 1) снижение тромбоцитов менее 100 тыс.*10⁹/л.
- 2) артериальная гипертензия выше 160/100 мм рт. ст.
- 3) олигурия менее 500 мл/сут.
- 4) мелькание «мушек» перед глазами
- 5) артериальная гипертензия 140/90 мм рт. ст. и выше

197. ПРИ РАЗРЫВЕ ПРОМЕЖНОСТИ II СТЕПЕНИ СОХРАНЯЕТСЯ ЦЕЛОСТНОСТЬ

- 1) мышц промежности
- 2) наружного сфинктера прямой кишки
- 3) стенок влагалища
- 4) задней спайки
- 5) кожи промежности

198. ПРИ РАЗРЫВЕ ПРОМЕЖНОСТИ III СТЕПЕНИ ШВЫ НАКЛАДЫВАЮТ В СЛЕДУЮЩЕЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ

- 1) на слизистую влагалища, мышцы промежности, сфинктер прямой кишки, стенку прямой кишки, кожу про
- 2) на стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, мышцы промежности, слизистую влагалища, кожу промежности
- 3) на стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, слизистую влагалища, мышцы промежности, кожу промежности
- 4) на стенку влагалища, стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, мышцы промежности, кожу промежности
- 5) на стенку прямой кишки, стенку влагалища, сфинктер прямой кишки, мышцы промежности, кожу промежности

199. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ЗАШИВАНИЯ РАЗРЫВА ПРОМЕЖНОСТИ III СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ушивание разрыва стенки прямой кишки
- 2) восстановление сфинктера прямой кишки

- 3) наложение швов на мышцы промежности
- 4) восстановление слизистой влагалища
- 5) восстановление кожи промежности

200. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ГЕМАТОМЫ В ОБЛАСТИ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ИЛИ ПОД СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ ВЛАГАЛИЩА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ

- 1) возможным появлением признаков гиповолемии
- 2) наличием опухолевидного образования сине-багровой окраски
- 3) гематомы в области влагалища и наружных половых органов протекают преимущественно бессимптомно
- 4) размягчением тканей над образованием и болезненностью
- 5) уплотнением тканей над опухолевидным образованием

201. ТЯЖЕСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА ЗАВИСИТ

- 1) от возраста роженицы
- 2) от степени микробной обсемененности матки
- 3) от количества родов в анамнезе
- 4) от питания роженицы
- 5) от количества аборт в анамнезе

202. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ИНФИЛЬТРАТИВНОГО МАСТИТА ПОСЛЕ РОДОВ

- 1) температура тела 38 – 39 град. С
- 2) гнойные выделения из сосков
- 3) болезненный участок уплотнения в молочной железе при пальпации
- 4) участки флюктуации в области уплотнения в молочной железе
- 5) втяжение соска, серозные выделения из сосков

203. УСЛОВИЕ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА

- 1) санация брюшной полости
- 2) соблюдение правил асептики и антисептики
- 3) несостоятельность швов на матке
- 4) тщательный гемостаз
- 5) дренирование брюшной полости

204. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПЕРИТОНИТА ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ НА ФОНЕ ХОРИОАМНИОНИТА ХАРАКТЕРНО

- 1) умеренная интоксикация
- 2) появление симптоматики на 4 – 6-е сутки после операции
- 3) появление симптоматики на 1 – 2-е сутки после операции
- 4) рецидивирующий парез кишечника
- 5) брадикардия

205. ХАРАКТЕРНАЯ ОСОБЕННОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО
МАСТИТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

- 1) возрастание числа заболевших женщин старше 30 лет
- 2) преобладание гангренозной формы
- 3) наличие субклинической формы
- 4) преобладание инфильтративной формы
- 5) возрастание числа заболевших женщин старше 20 лет

206. ВЕДУЩЕЕ ЗВЕНО В ПАТОГЕНЕЗЕ ПЕРИТОНИТА

- 1) болезненность внизу живота
- 2) паралитическая непроходимость кишечника
- 3) асцит
- 4) гепато-лиенальный синдром
- 5) гиперволемиа

207. ЭЛЕМЕНТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ, ПРОВОДИМОЙ У
БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТОМ, ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА
СЕЧЕНИЯ

- 1) оперативное лечение в объеме удаления маточных труб
- 2) нормализация ОЦК, иммуно- и витаминотерапия
- 3) рациональная антибиотикотерапия, нормализация ОЦК, восстановление перистальтики кишечника
- 4) нормализация ОЦК, цитостатики
- 5) восстановление перистальтики кишечника

208. СВЯЗЬ МАТЕРИНСКОГО ОРГАНИЗМА И ПЛОДА
ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1) барорецепторы стенки матки
- 2) пуповину
- 3) плаценту
- 4) водные оболочки плода
- 5) децидуальную оболочку матки

209. ОСНОВНОЙ ФУНКЦИЕЙ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) амортизационная
- 2) гормональная
- 3) запирающая
- 4) секретирующая
- 5) трансформирующая

210. ЭМБРИОПАТИЕЙ НАЗЫВАЮТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1) все внутриутробные пороки развития плода
- 2) возникшие на стадии развития эмбриона, до завершения эмбриогенеза
- 3) заболевания, обусловленные изменениями генетического материала в процессе созревания половых клеток
- 4) аномалии развития плода, возникшие в первом триместре беременности

5) аномалии развития плода, возникшие во втором триместре беременности

211. БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ МАТЕРИНСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ ПРОНИКАЕТ В МЕЖВОРСИНЧАТОЕ ПРОСТРАНСТВО ЧЕРЕЗ

- 1) магистральные сосуды матки
- 2) плацентарные септы
- 3) спиральные артерии
- 4) сосуды пуповины
- 5) котиледоны

212. ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЕ НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ

- 1) повышается систолическое давление крови
- 2) повышается диастолическое давление крови
- 3) повышается объем циркулирующей крови
- 4) понижается объем циркулирующей крови
- 5) повышается периферическое сопротивление сосудов

213. ЖЕЛТУХА ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ПОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) до 48 час жизни
- 2) после 48 час жизни
- 3) после 7 суток жизни
- 4) после 10 суток жизни
- 5) после 15 суток жизни

214. ДЛЯ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГБП ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД

- 1) кардиотокография
- 2) определение биофизического профиля плода
- 3) амниоцентез и определение оптической плотности билирубина
- 4) доплерометрия и определение значений максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии (МСС СМА)
- 5) аускультация сердцебиения плода

215. БЕРЕМЕННАЯ ПОСЕЩАЕТ ЖЕНСКУЮ КОНСУЛЬТАЦИЮ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) 1 раз в неделю
- 2) 1 раз в 10 дней
- 3) 1 раз в 2 недели
- 4) 1 раз в месяц
- 5) 2 раза в триместр

216. ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ БЕРЕМЕННАЯ ДОЛЖНА ПОСЕЩАТЬ ЖЕНСКУЮ КОНСУЛЬТАЦИЮ

- 1) 1 раз в 2 недели
- 2) 1 раз в неделю
- 3) 1 раз в 10 дней
- 4) по необходимости
- 5) 1 раз в месяц

217. БЕРЕМЕННАЯ ЖЕНЩИНА ПОЛУЧАЕТ ДОРОДОВЫЙ ОТПУСК ПРИ ОДНОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В СРОКЕ

- 1) 28 недель
- 2) 30 недель
- 3) 32 недель
- 4) 34 недель
- 5) 35 недель

218. ПРИ НАБЛЮДЕНИИ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ИССЛЕДОВАНИЕ ОБЩЕГО АНАЛИЗА МОЧИ БЕРЕМЕННЫМ ПРОВОДИТСЯ

- 1) к каждому посещению врача
- 2) 1 раз в неделю
- 3) 2 раза в месяц
- 4) 1 раз в месяц
- 5) 2 раза в триместр

219. ОСМОТРЫ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ВРАЧОМ-АКУШЕРОМ-ГИНЕКОЛОГОМ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДЯТСЯ НЕ МЕНЕЕ

- 1) 3 раза
- 2) 5 раз
- 3) 7 раз
- 4) 10 раз
- 5) количество осмотров определяется возрастом беременной женщины

220. К МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ ОТНОСИТСЯ СМЕРТНОСТЬ ЖЕНЩИНЫ ОТ

- 1) ДТП
- 2) внематочной беременности
- 3) суицида
- 4) отравления
- 5) ЧМТ

221. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ НА БЕРЕМЕННОСТЬ ОСНОВЫВАЮТСЯ НА ОПРЕДЕЛЕНИИ

- 1) эстрогенов в моче
- 2) прогестерона в крови
- 3) плацентарного лактогена

- 4) лютеинизирующего гормона
- 5) хорионического гонадотропина

222. ВЫСОТА СТОЯНИЯ ДНА МАТКИ ПРИ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ 20 НЕДЕЛЬ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) на уровне пупка
- 2) на 2 пальца выше пупка
- 3) на 2 пальца ниже пупка
- 4) на середине расстояния между пупком и лоном
- 5) под диафрагмой

223. ВЫСОТА СТОЯНИЯ ДНА МАТКИ ПРИ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ 36 НЕДЕЛЬ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) на середине расстояния между пупком и лоном
- 2) на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком
- 3) доходит до мечевидного отростка
- 4) на 2 пальца ниже мечевидного отростка
- 5) под диафрагмой

224. АУСКУЛЬТАЦИЯ СЕРДЕЧНЫХ ТОНОВ ПЛОДА СТАНОВИТСЯ ВОЗМОЖНОЙ СО СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) с 22 недель
- 2) с 20 недель
- 3) с 16 недель
- 4) с 25 недель
- 5) с 28 недель

225. ДНО МАТКИ НА УРОВНЕ ЛОНА СООТВЕТСТВУЕТ СРОКУ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) 5–6 недель
- 2) 7–8 недель
- 3) 9–10 недель
- 4) 12 недель
- 5) 13–14 недель

226. ДОПУСТИМЫМ НОРМАЛЬНЫМ ОБЪЕМОМ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ КРОВОПОТЕРЯ

- 1) до 300 мл
- 2) до 600 мл
- 3) до 1000 мл
- 4) до 1200 мл
- 5) до 1500 мл

227. ДЛЯ ОПЕРАЦИИ НАЛОЖЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ НЕОБХОДИМЫ УСЛОВИЯ

- 1) полное раскрытие маточного зева
- 2) целый плодный пузырь
- 3) глубокая недоношенность
- 4) нахождения головки плода в плоскости входа в малый таз
- 5) третьей степени чистоты влагалищного мазка

228. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОПЕРАЦИИ НАЛОЖЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ ОТНОСЯТ

- 1) острую гипоксию плода
- 2) соскальзывания щипцов
- 3) клинически узкий таз
- 4) гипотонического кровотечения
- 5) минимальный риск травматизации матери и плода

229. ДЛЯ ОПЕРАЦИИ НАЛОЖЕНИЯ ВАКУУМ-ЭКСТРАКТОРА НЕОБХОДИМЫ УСЛОВИЯ

- 1) раскрытие маточного зева 3-4 см
- 2) отсутствие плодного пузыря
- 3) глубокая недоношенность
- 4) нахождения головки плода в плоскости входа в малый таз
- 5) тазовое предлежание

230. ПРИ ЗАПУЩЕННОМ ПОПЕРЕЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ ДОНОШЕННОГО ПЛОДА, УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОМ ЕГО СОСТОЯНИИ ПОКАЗАНО

- 1) комбинированный акушерский поворот плода на головку с последующей его экстракцией
- 2) наружный акушерский поворот плода на головку
- 3) родостимуляция окситоцином в надежде на самоизворот плода
- 4) операция кесарева сечения
- 5) краниотомия

231. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИИ ПЛОДА

- 1) полное раскрытие маточного зева
- 2) отсутствие плодного пузыря
- 3) живой плод
- 4) расположение головки большим сегментом во входе в малый таз
- 5) расположение головки малым сегментом во входе в малый таз

232. ВЫДЕЛЯЮТ _?_ ПРИЕМА НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1) два
- 2) четыре
- 3) пять
- 4) три
- 5) шесть

233. ИНВОЛЮЦИЯ МАТКИ ПОСЛЕ РОДОВ ЗАМЕДЛЯЕТСЯ ПРИ

- 1) родах крупным плодом
- 2) преждевременных родах
- 3) анемии
- 4) хронической гипоксии плода
- 5) одноплодной беременности

234. РАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕТОД РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА И I СТЕПЕНИ СУЖЕНИЯ ТАЗА

- 1) через естественные родовые пути в срок, консервативно
- 2) через естественные родовые пути, акушерские щипцы
- 3) кесарево сечение влагалищным доступом
- 4) абдоминальное кесарево сечение
- 5) досрочное родоразрешение через естественные родовые пути

235. НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ ИМЕЕТ

- 1) тошнота, рвота
- 2) извращение вкуса, обоняния
- 3) задержка менструаций
- 4) боли внизу живота
- 5) слабость, головокружение

236. ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) полное предлежание плаценты
- 2) рубец на матке
- 3) эпизиотомия в анамнезе
- 4) возраст первородящей 30 лет
- 5) анатомически узкий таз I степени

237. НЕДОСТАТКИ НИЖНЕСРЕДИННОЙ ЛАПАРОТОМИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

- 1) более быстрое вхождение в брюшную полость
- 2) хороший обзор органов нижней половины брюшной полости и малого таза
- 3) возможность полноценной ревизии органов верхней половины брюшной полости
- 4) образование грыж белой линии живота
- 5) меньшая частота гематом передней брюшной стенки в послеоперационном периоде

238. ДЛЯ СИЛЬНОЙ (ЧРЕЗМЕРНОЙ) РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРНЫ СХВАТКИ

- 1) сильные, продолжительные и часто повторяющиеся с длительными интервалами

- 2) сильные, непродолжительные, часто повторяющиеся с короткими интервалами
- 3) сильные, продолжительные, редко повторяющиеся с длинными интервалами
- 4) сильные, продолжительные, часто повторяющиеся с короткими интервалами
- 5) слабые, редкие, с длинными интервалами

239. ДЛЯ РОДОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ СЛАБОСТИ РОДОВЫХ СИЛ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) внутривенное капельное введение окситоцина
- 2) внутривенное капельное введение атосибана
- 3) внутривенное капельное введение магния сульфата
- 4) внутривенное капельное введение гинипрала
- 5) пероральный прием мифепристона

240. СХВАТКИ ПРИ ДИСКООРДИНИРОВАННОЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) одинаковые только по силе
- 2) одинаковые только по продолжительности
- 3) одинаковые по силе и продолжительности
- 4) повторяются с различными интервалами, различные по силе и продолжительности
- 5) приводят к поступательному движению предлежащей части

241. ПРИ ТЕТАНУСЕ (ТОТАЛЬНОЙ ДИСТОНИИ) МАТКИ СТЕПЕНЬ РАСКРЫТИЯ МАТОЧНОГО ЗЕВА

- 1) не изменяется
- 2) уменьшается
- 3) увеличивается
- 4) сначала уменьшается, потом увеличивается
- 5) сначала увеличивается, потом уменьшается

242. ТАКТИКА ПРИ ДИСКООРДИНАЦИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ДИАГНОСТИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА

- 1) операция кесарева сечения
- 2) ведение родов через естественные родовые пути, лечение гипоксии плода
- 3) амниотомия
- 4) эпизиотомия
- 5) введение токолитиков

243. ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В РОДАХ

- 1) анатомически узкий таз I степени
- 2) угрожающий разрыв матки
- 3) хроническая плацентарная недостаточность
- 4) нормальные размеры плода

5) прелиминарный период

244. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) корпоральное кесарево сечение
- 2) кесарево сечение поперечным разрезом в нижнем маточном сегменте
- 3) кесарево сечение продольным разрезом в нижнем маточном сегменте
- 4) истмико-корпоральное кесарево сечение
- 5) экстраперитонеальное кесарево сечение

245. ОСОБЕННОСТЬ КОРПОРАЛЬНОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

- 1) риск ранения сосудистого пучка
- 2) большой объём кровопотери при проведении разреза на матке
- 3) большой риск ранения подлежащей части плода
- 4) более частая гематурия вследствие сдавления мочевого пузыря
- 5) риск ранения мочевого пузыря при выраженном спаечном процессе в области нижнего маточного сегмента

246. НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ ГИПОТОНИЧЕСКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) наличии рубца на матке
- 2) перерастяжении матки (многоводие, многоплодная беременность)
- 3) предлежании плаценты
- 4) корпоральном кесаревом сечении
- 5) экстраперитонеальном кесаревом сечении

247. ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

- 1) анализ социально-бытовых условий беременной
- 2) проведения УЗИ
- 3) проведение витаминотерапии
- 4) катетеризации мочевого пузыря непосредственно перед операцией
- 5) анализ паритета родов

248. К ВЕРОЯТНЫМ ПРИЗНАКАМ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) пигментация кожных покровов и появление «полос беременности»
- 2) функциональное расстройство нервной системы и психики
- 3) увеличение размеров матки, изменение ее формы и консистенции, изменения молочных желез, появление положительных биологических и иммунологических реакций на беременность
- 4) прослушивание сердцебиения плода, пальпация частей плода
- 5) данные УЗИ

249. ФОРМУЛА ДЛЯ РАСЧЕТА ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ МАССЫ ПЛОДА В III ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРНОЙ

- 1) окружность живота (ОЖ) * высоту стояния дна матки (ВДМ)

- 2) $OЖ - ВДМ$
- 3) $(OЖ - ВДМ) / 2$
- 4) $OЖ / ВДМ$
- 5) $(OЖ + ВД) / 1,5$

250. ПОЛОЖЕНИЕ СТРЕЛОВИДНОГО ШВА В ПРАВОМ КОСОМ РАЗМЕРЕ И МАЛОГО РОДНИЧКА СПЕРЕДИ СЛЕВА СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) второй позиции заднему виду
- 2) второй позиции переднему виду
- 3) первой позиции переднему виду
- 4) первой позиции заднему виду
- 5) второй позиции

3. ПЕРЕЧЕНЬ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПО ГИНЕКОЛОГИИ

Выберите один правильный ответ

1. ПРОДУКЦИЯ ПРОГЕСТЕРОНА ВОЗРАСТАЕТ В
 - 1) фолликулиновой фазе
 - 2) лютеиновой фазе
 - 3) фазе регенерации
 - 4) фазе десквамации
 - 5) фазе пролиферации
2. ГОНАДОТРОПНЫЕ ГОРМОНЫ ВЫРАБАТЫВАЮТСЯ
 - 1) надпочечниками
 - 2) яичниками
 - 3) щитовидной железой
 - 4) гипоталамусом
 - 5) гипофизом
3. ЗРЕЛЫЙ ФОЛЛИКУЛ НАЗЫВАЕТСЯ
 - 1) антральным
 - 2) цирхоральным
 - 3) преовуляторным
 - 4) тоническим
 - 5) примордиальным
4. ЭПИТЕЛИЙ, ВЫСТИЛАЮЩИЙ ВЛАГАЛИЩНУЮ ЧАСТЬ ШЕЙКИ МАТКИ
 - 1) кубический
 - 2) эпителиоидный
 - 3) цилиндрический
 - 4) многослойный плоский
 - 5) железистый
5. ЖЕНЩИНЫ С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ ВХОДЯТ В ГРУППУ РИСКА
 - 1) по воспалительным заболеваниям гениталий
 - 2) по родовому травматизму
 - 3) по развитию гиперпластического синдрома и опухолей гениталий
 - 4) по аномалиям положения матки
 - 5) по выпадению матки
6. ПРИ НОРМАЛЬНОМ МЕНСТРУАЛЬНОМ ЦИКЛЕ ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ЭСТРОГЕННОЙ НАСЫЩЕННОСТИ ИМЕЕТ МЕСТО
 - 1) на 21й день цикла
 - 2) на 14й день цикла
 - 3) на 5-7й день цикла

- 4) на 28й день цикла
- 5) на 1-2й день цикла

7. ПЕРЕЧИСЛИТЕ МИКРОДОЗИРОВАННЫЕ КОК

- 1) Джес, ДжесПлюс, Логест
- 2) Бисекурин, Нон-овлон
- 3) Тризистон, Триквилар
- 4) Фемоден, Ярина, ЯринаПлюс
- 5) Депо-Провера, Импланон

8. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ КОК ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) аномальные маточные кровотечения неорганической природы
- 2) воспалительные заболевания гениталий в анамнезе
- 3) предменструальный синдром
- 4) дисменорея
- 5) тромбоэмболические заболевания в анамнезе

9. ОСНОВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭСТРОГЕНОВ НА ЭНДОМЕТРИЙ

- 1) способствуют преждевременной менопаузе
- 2) прекашают (ослабляют) пролиферативные процессы в эндометрии
- 3) вызывают секреторные преобразования в эндометрии
- 4) вызывают аменорею
- 5) активируют пролиферативные процессы в эндометрии

10. ЭСТРОГЕНЫ В ЖЕНСКОМ ОРГАНИЗМЕ ВЫРАБАТЫВАЮТСЯ

- 1) в жировой ткани
- 2) желтым телом
- 3) растущим фолликулом
- 4) растущим фолликулом и жировой тканью
- 5) в гипофизе

11. АНДРОГЕНЫ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ МОГУТ ВЫРАБАТЫВАТЬСЯ

- 1) жировой тканью
- 2) яичниками
- 3) надпочечниками
- 4) гипофизом
- 5) жировой тканью, яичниками и надпочечниками

12. ГРАНУЛЕЗНАЯ ТКАНЬ ЯИЧНИКА В ОСНОВНОМ ПРОДУЦИРУЕТ

- 1) эстрогены
- 2) андрогены
- 3) прогестерон
- 4) пролактин
- 5) рилизинг-гормоны

13. ЦИРХОРАЛЬНЫЙ РИТМ ВЫРАБОТКИ ГОНАДОТРОПИНОВ СПОСОБСТВУЕТ

- 1) преждевременной менопаузе
- 2) гиперфункции яичников
- 3) возникновению гиперплазии эндометрия
- 4) становлению регулярного менструального цикла
- 5) гиперандрогении

14. К ГОНАДОТРОПНЫМ ГОРМОНАМ ОТНОСИТСЯ

- 1) ФСГ
- 2) ЛГ
- 3) ТТГ
- 4) свободный тестостерон
- 5) ФСГ и ЛГ

15. ПРОЛАКТИН В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ ОТВЕЧАЕТ ЗА

- 1) рост и развитие молочных желез
- 2) обеспечение лактации
- 3) характер полового оволосения
- 4) продолжительность интервалов между менструациями
- 5) рост и развитие молочных желез, обеспечение лактации

16. ТЕКА-ТКАНЬ ЯИЧНИКА В ОСНОВНОМ ВЫРАБАТЫВАЕТ

- 1) андрогены
- 2) эстрогены
- 3) прогестерон
- 4) пролактин
- 5) рилизинг-гормоны

17. ЖЕЛТОЕ ТЕЛО В ОСНОВНОМ ВЫРАБАТЫВАЕТ

- 1) эстрогены
- 2) андрогены
- 3) пролактин
- 4) рилизинг-гормоны
- 5) прогестерон

18. ДОМИНАНТНЫЙ ФОЛЛИКУЛ В ОСНОВНОМ ВЫРАБАТЫВАЕТ

- 1) рилизинг-гормоны
- 2) прогестерон
- 3) эстрогены
- 4) пролактин
- 5) андрогены

19. ПРОГЕСТЕРОН В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ В ОСНОВНОМ ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ

- 1) желтым телом

- 2) жировой тканью
- 3) растущим фолликулом
- 4) надпочечниками
- 5) щитовидной железой

20. ДЕЙСТВИЕ ЭСТРОГЕНОВ НА МАТКУ ВЫРАЖАЕТСЯ В

- 1) пролиферации эндометрия
- 2) секреторной трансформации эндометрия
- 3) децидуализации эндометрия
- 4) десквамации эндометрия
- 5) секреторной трансформации и децидуализации эндометрия

21. ДЕЙСТВИЕ ПРОГЕСТЕРОНА НА МАТКУ ВЫРАЖАЕТСЯ В

- 1) пролиферации эндометрия
- 2) секреторной трансформации эндометрия
- 3) децидуализации эндометрия
- 4) десквамации эндометрия
- 5) секреторной трансформации и децидуализации эндометрия

22. ДЕЙСТВИЕ АНДРОГЕНОВ НА МАТКУ ВЫРАЖАЕТСЯ В

- 1) пролиферации эндометрия
- 2) секреторной трансформации эндометрия
- 3) децидуализации эндометрия
- 4) десквамации эндометрия
- 5) выраженного действия на матку у андрогенов нет

23. МЕНАРХЕ - ЭТО

- 1) первая менструация в жизни
- 2) последняя менструация в жизни
- 3) все менструации в юности, до установления регулярного менструального цикла
- 4) первая беременность
- 5) последняя менструация в жизни

24. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА СЧИТАЕТСЯ

- 1) с последнего дня наступившей менструации до первого дня следующей менструации
- 2) с первого дня последней менструации до первого дня следующей менструации
- 3) за 3 цикла от первого дня последней менструации до последнего дня последней менструации
- 4) с последнего дня наступившей менструации до последнего дня следующей менструации
- 5) нет верного ответа

25. ПРЕОВУЛЯТОРНЫЙ ФОЛЛИКУЛ ИМЕЕТ ДИАМЕТР, РАВНЫЙ

- 1) 18-20мм

- 2) 10-12мм
- 3) 25-30мм
- 4) 14-16мм
- 5) более 35мм

26. ЖЕЛТОЕ ТЕЛО В ОСНОВНОМ СЕКРЕТИРУЕТ

- 1) кортизол
- 2) окситоцин
- 3) андростендион
- 4) пролактин
- 5) прогестерон

27. ГРАНУЛЕЗНЫЕ КЛЕТКИ Фолликулов яичников в основном секретируют

- 1) кортизол
- 2) окситоцин
- 3) прогестерон
- 4) тестостерон
- 5) эндогенный эстрадиол

28. Цирхоральный ритм секреции гонадотропинов – это секреция гонадолиберина с частотой примерно

- 1) 1 раз в 90 минут
- 2) 1 раз в 30 минут
- 3) 1 раз в 180 минут
- 4) 1 раз в сутки
- 5) 1 раз в месяц

29. Лютеинизирующий гормон вырабатывается в

- 1) гипоталамусе
- 2) гипофизе
- 3) фолликулах яичника
- 4) желтом теле
- 5) надпочечниках

30. Фолликулостимулирующий гормон вырабатывается в

- 1) гипоталамусе
- 2) фолликулах яичника
- 3) гипофизе
- 4) желтом теле
- 5) надпочечниках

31. Пролактин вырабатывается в

- 1) гипофизе
- 2) гипоталамусе
- 3) фолликулах яичника
- 4) желтом теле

5) надпочечниках

32. ГОНАДОЛИБЕРИН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В

- 1) гипофизе
- 2) надпочечниках
- 3) желтом теле
- 4) фолликулах яичника
- 5) гипоталамусе

33. ПРОГЕСТЕРОН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В

- 1) гипофизе
- 2) надпочечниках
- 3) желтом теле
- 4) гипоталамусе
- 5) фолликулах яичника

34. ЭНДОГЕННЫЙ ЭСТРАДИОЛ ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ В

- 1) фолликулах яичника
- 2) желтом теле
- 3) надпочечниках
- 4) гипофизе
- 5) гипоталамусе

35. ДЛЯ НОРМАЛЬНОГО ЯИЧНИКОВОГО ЦИКЛА ХАРАКТЕРНЫ ФАЗЫ

- 1) лютеиновая, затем фолликулиновая
- 2) фолликулиновая, затем лютеиновая
- 3) пролиферации, затем секреции
- 4) секреторная, затем пролиферативная
- 5) десквамации, затем секреции

36. ДЛЯ НОРМАЛЬНОГО МАТОЧНОГО ЦИКЛА ХАРАКТЕРНЫ ФАЗЫ

- 1) лютеиновая, затем фолликулиновая
- 2) фолликулиновая, затем лютеиновая
- 3) пролиферации, затем секреции
- 4) секреторная, затем пролиферативная
- 5) десквамации, затем секреторная

37. ДЛЯ НОРМАЛЬНОГО МАТОЧНОГО ЦИКЛА ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СМЕНЫ ФАЗ ЭНДОМЕТРИЯ

- 1) десквамация, пролиферация, секреция
- 2) десквамация, секреция, пролиферация
- 3) десквамация, фолликулярная фаза, затем секреторная
- 4) десквамация, фаза секреции, лютеиновая фаза
- 5) десквамация, лютеиновая фаза, затем секреторная

38. ДИАГНОСТИРОВАТЬ ОВУЛЯЦИЮ НЕ ПОЗВОЛЯЕТ

- 1) специальный мочевой амбулаторный тест

- 2) УЗИ
- 3) диагностическая гистероскопия
- 4) фолликулометрия
- 5) субъективные ощущения женщины и измерение ректальной температуры

39. КИСЛУЮ СРЕДУ ВЛАГАЛИЩА В ОСНОВНОМ ОБЕСПЕЧИВАЕТ

- 1) нормальный уровень пролактина
- 2) повышенный уровень пролактина
- 3) адекватная продукция эстрогенов, нормальная выработка молочной кислоты
- 4) гиперандрогения
- 5) нет верного ответа

40. НОРМАЛЬНАЯ МИКРОФЛОРА ЖЕНЩИНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПРЕДСТАВЛЕНА В ОСНОВНОМ

- 1) лактобактериями
- 2) кишечной палочкой
- 3) гарднереллами
- 4) аэробами
- 5) анаэробами

41. НОРМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) не более 28 дней
- 2) не более 21 дня
- 3) не менее 40 дней
- 4) 24-38 дней
- 5) 35-40 дней

42. НОРМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) не менее 7 дней
- 2) от 6 до 8 дней
- 3) до 7-8 дней
- 4) не более 4х дней
- 5) 1-3 дня

43. ЭСТРОГЕННЫМ ГОРМОНОМ, КОТОРЫЙ МОЖЕТ ВЫРАБАТЫВАТЬСЯ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ В ПЕРИОД ПОСТМЕНОПАУЗЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) эстрон
- 2) эндогенный эстрадиол
- 3) пролактин
- 4) эстрадиол-дипропионат
- 5) прогестерон

44. В ЦЕПИ БИОСИНТЕЗА СТЕРОИДОВ ПЕРВЫМ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫМ ВЕЩЕСТВОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) эстрадиол
- 2) эстриол
- 3) тестостерон
- 4) прогестерон
- 5) холестерин

45. В ЯИЧНИКЕ АНДРОГЕНЫ СЛУЖАТ СУБСТРАТОМ ДЛЯ ОБРАЗОВАНИЯ

- 1) прогестерона
- 2) эстрогенов
- 3) ингибина Б
- 4) пролактина
- 5) кортизола

46. ФАЗА СЕКРЕЦИИ В ЭНДОМЕТРИИ МОЖЕТ БЫТЬ ПОЛНОЦЕННОЙ, ТОЛЬКО ЕСЛИ

- 1) полноценно прошла фаза пролиферации
- 2) произошла овуляция
- 3) функционирует полноценное желтое тело
- 4) отторжение эндометрия было неравномерным
- 5) полноценно прошла фаза пролиферации, произошла овуляция, функционирует полноценное желтое тело

47. АНДРОГЕНЫ ОБРАЗУЮТСЯ

- 1) в яичнике (интерстициальных клетках, строме, внутренней теке)
- 2) в сетчатой зоне коры надпочечников
- 3) в желтом теле яичника
- 4) в доминантном фолликуле
- 5) в яичнике (интерстициальных клетках, строме, внутренней теке), в сетчатой зоне коры надпочечников

48. ФСГ СТИМУЛИРУЕТ

- 1) продукцию кортикостероидов
- 2) продукцию ТТГ
- 3) рост фолликулов в яичнике
- 4) гиперсекрецию пролактина
- 5) секрецию окситоцина

49. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ГИПОТАЛАМУСА, ГИПОФИЗА И ЯИЧНИКОВ В РЕГУЛЯЦИИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ

- 1) одно звено (вышележащее) стимулирует работу другого звена (нижележащего)

- 2) нижележащее звено тормозит или регулирует работу вышележащего звена
- 3) гиперфункция гипофиза не влияет на менструальный цикл
- 4) одно звено (вышележащее) стимулирует работу другого звена (нижележащего), нижележащее звено тормозит или регулирует работу вышележащего звена
- 5) между звеньями нет взаимодействия

50. РИЛИЗИНГ - ФАКТОРЫ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ

- 1) передачу нервных импульсов в кровеносную систему
- 2) выработку эстрогенов
- 3) выработку андрогенов
- 4) выработку прогестерона
- 5) регуляцию функции гипофиза

51. ГИПОТАЛАМУС ВЫРАБАТЫВАЕТ

- 1) эстрогены
- 2) прогестерон
- 3) релизинг-факторы
- 4) гонадотропные гормоны
- 5) андрогены

52. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СУБМУКОЗНОЙ МИОМЫ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) хирургический
- 2) гормональная терапия
- 3) химиотерапия
- 4) фитотерапия
- 5) физиолечение

53. ХАРАКТЕРНАЯ ОСОБЕННОСТЬ МИОМЫ МАТКИ

- 1) злокачественная опухоль
- 2) опухоль стромы полового тяжа
- 3) гормонально-активная опухоль
- 4) исходит из ткани эндометрия
- 5) доброкачественная гормонально-зависимая опухоль

54. ФАКТОР, НЕ СПОСОБСТВУЮЩИЙ ВОЗНИКНОВЕНИЮ МИОМЫ МАТКИ, ЭТО

- 1) генетическая предрасположенность
- 2) перенесенные аборт
- 3) использование современных КОК
- 4) гормональные нарушения, расстройства менструальной функции
- 5) вредные факторы окружающей среды

55. НЕХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ПРИ МИОМЕ МАТКИ - ЭТО

- 1) диарея
- 2) боли внизу живота
- 3) кровотечение
- 4) симптомы сдавления соседних органов
- 5) хроническая постгеморрагическая анемия

56. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СУБМУКОЗНОЙ МИОМЫ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) кровотечение
- 2) отсутствие нарушений менструального цикла
- 3) скудные менструации
- 4) безболезненные менструации
- 5) злокачественное перерождение

57. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ МИОМЫ МАТКИ

- 1) быстрый рост опухоли
- 2) подозрение на саркому матки
- 3) интерстициальная миома матки размерами до 3х см
- 4) размеры опухоли свыше 12-13 недель беременности
- 5) субмукозная локализация узла

58. СОГЛАСНО СОВРЕМЕННЫМ ПРЕДСТАВЛЕНИЯМ, ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ МИОМЫ МАТКИ ИГРАЮТ

- 1) прогестерон
- 2) эстрогены
- 3) андрогены
- 4) гормоны щитовидной железы
- 5) комбинированные оральные контрацептивы (КОК)

59. ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ МИОМЕ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) медленный рост опухоли
- 2) регресс опухоли в постменопаузе
- 3) интерстициальная миома матки с размерами узлов до 3х см
- 4) размеры матки 6-7 недель беременности
- 5) субсерозная миома матки на ножке

60. К РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ МИОМЕ МАТКИ ОТНОСИТСЯ

- 1) консервативная миомэктомия
- 2) удаление родившегося субмукозного узла
- 3) гистерэктомия
- 4) эмболизация маточных артерий
- 5) ФУЗ-абляция узла

61. НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫЕ ДНИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЛАНОВОЙ ОПЕРАЦИИ ПО УДАЛЕНИЮ МИОМЫ МАТКИ

- 1) после очередной менструации

- 2) во время очередной менструации
- 3) накануне очередной менструации
- 4) в дни предполагаемой овуляции
- 5) день менструального цикла не имеет значения

62. КОНСЕРВАТИВНАЯ МИОМЭКТОМИЯ ПРОИЗВОДИТСЯ ОБЫЧНО

- 1) у пациенток репродуктивного возраста
- 2) в перименопаузе
- 3) в постменопаузе
- 4) при сочетании миомы с распространенным аденомиозом
- 5) при подозрении на саркому матки

63. С ПОЗИЦИЙ ПАТОГЕНЕЗА, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ МИОМЫ МАТКИ

- 1) химиотерапия
- 2) физиотерапия
- 3) гормональная терапия
- 4) противовоспалительная терапия
- 5) фитотерапия

64. ГРУППА ПРЕПАРАТОВ, ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ЭФФЕКТИВНАЯ ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ МИОМЫ МАТКИ

- 1) агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона
- 2) гестагены
- 3) эстрогены
- 4) спазмолитики
- 5) анальгетики

65. ФАКТОР РАЗВИТИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА

- 1) ожирение
- 2) почечно-каменная болезнь
- 3) рассеянный склероз
- 4) избыток тиреоидных гормонов
- 5) рефлюкс менструальной крови

66. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЭНДОМЕТРИОЗА НАИМЕНЕЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) обильные менструации
- 2) болезненные менструации
- 3) ожирение
- 4) боли при половой жизни
- 5) «мажущие» кровянистые выделения до и/или после менструации

67. ХАРАКТЕРНЫЕ УЗИ-ПРИЗНАКИ ВНУТРЕННЕГО ЭНДОМЕТРИОЗА (АДЕНОМИОЗА)

- 1) эндометриоидные кисты яичников

- 2) узловые образования в матке с четкой капсулой
- 3) уменьшение толщины задней стенки матки
- 4) мелкие узловые включения без четкой капсулы, расположенные диффузно
- 5) гиперплазия и полипоз эндометрия

68. НАРУЖНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ, КАК ПРАВИЛО, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ ПРИЗНАКОМ

- 1) тазовые боли
- 2) почечная колика
- 3) фебрильная температура
- 4) гнойные выделения из половых путей
- 5) галакторея

69. АДЕНОМИОЗ - ЭТО

- 1) воспаление слизистой оболочки матки
- 2) гиперплазия эндометрия
- 3) внутренний эндометриоз 1-4 степени распространенности
- 4) предрак эндометрия
- 5) эктопия шейки матки

70. МЕТОДОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ УТОЧНИТЬ СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ВНУТРЕННЕГО ЭНДОМЕТРИОЗА, СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

- 1) клинический анализ крови
- 2) урография
- 3) сцинтиграфия
- 4) УЗИ органов малого таза
- 5) осмотр в зеркалах

71. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ С ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЗИЦИЙ МЕТОД КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА

- 1) радиоволновой
- 2) физиотерапевтический
- 3) химиотерапевтический
- 4) лазеротерапия
- 5) гормональная терапия

72. МЕТОДОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ УТОЧНИТЬ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУЖНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА, СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

- 1) КТ органов малого таза
- 2) МРТ органов малого таза
- 3) УЗИ почек
- 4) УЗИ щитовидной железы
- 5) осмотр в зеркалах

73. ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ВНУТРЕННЕМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ ВОЗМОЖНО ПОРАЖЕНИЕ СОСЕДНИХ ОРГАНОВ. НЕ ИНФОРМАТИВНА В ДАННОМ СЛУЧАЕ ДИАГНОСТИКА С ПОМОЩЬЮ

- 1) цитологического исследования шейки матки и цервикального канала на атипические клетки
- 2) колоноскопии
- 3) ректороманоскопии
- 4) цистоскопии
- 5) лапароскопии

74. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА, С ПОЗИЦИЙ ПАТОГЕНЕЗА

- 1) гормональная терапия с применением тиреоидного гормона
- 2) гормональная терапия с применением аналогов соматотропин-рилизинг-факторов
- 3) гормональная терапия с применением эстрогенов
- 4) гормональная терапия с применением антиандрогенов
- 5) гормональная терапия с применением агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона

75. ПРИМЕНЕНИЕ ГЕСТАГЕНОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ

- 1) увеличению опухоли в размерах
- 2) злокачественному перерождению
- 3) трансформации в опухоль яичника
- 4) трансформации в рак шейки матки
- 5) полному излечению миомы матки

76. ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИЮ ПРИ ВНУТРЕННЕМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ ЛУЧШЕ ПРОВОДИТЬ

- 1) сразу после менструации
- 2) независимо от дня менструального цикла
- 3) в дни предполагаемой овуляции
- 4) накануне очередной менструации
- 5) во время очередной менструации

77. К МАЛОЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА И ЕГО СИМПТОМОВ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ

- 1) хирургическое лечение
- 2) лечение гестагенами в непрерывном режиме
- 3) лечение агонистами гонадотропин-рилизинг-гормона
- 4) прием комбинированных оральных контрацептивов (КОК)
- 5) антибактериальную терапию

78. НЕЛЬЗЯ ЛЕЧИТЬ ЭНДОМЕТРИОЗ И ЕГО СИМПТОМЫ С ПОМОЩЬЮ

- 1) гормонотерапии гестагенами в непрерывном режиме
- 2) хирургического вмешательства
- 3) гормонотерапии эстрогенами
- 4) гормонотерапии КОК (комбинированными оральными контрацептивами)
- 5) гормонотерапии агонистами гонадотропинг-рилизинг-гормона

79. ПРИ МИОМЕ МАТКИ, ЕСЛИ НЕТ ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ, ПАЦИЕНТКЕ НЕОБХОДИМО ИЗБЕГАТЬ

- 1) вредные факторы окружающей среды, чрезмерную инсоляцию
- 2) беременность
- 3) гормональную контрацепцию
- 4) менопаузальную заместительную гормональную терапию
- 5) внутриматочную контрацепцию

80. МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДИФFUЗНОЙ ФОРМЫ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ:

- 1) местное назначение прогестерона
- 2) оперативное лечение
- 3) аденомэктомия
- 4) секторальная резекция молочной железы
- 5) мастэктомия

81. У БОЛЬНОЙ 28 ЛЕТ В ОБЕИХ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗАХ ПАЛЬПИРУЮТСЯ МЕЛКИЕ ОЧАГИ УПЛОТНЕНИЯ. КОЖА МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ НЕ ИЗМЕНЕНА, ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ СОСКОВ НЕТ, ЛИМФОУЗЛЫ НЕ ПАЛЬПИРУЮТСЯ. ДИАГНОЗ

- 1) двусторонняя диффузная фиброзно-кистозная мастопатия
- 2) фиброаденома молочной железы
- 3) инфильтративно-отечная форма рака
- 4) диффузный двусторонний мастит
- 5) маститоподобный рак молочной железы

82. ПОСЛЕДНЯЯ МЕНСТРУАЦИЯ В ЖИЗНИ

- 1) менопауза
- 2) постменопауза
- 3) аменорея
- 4) менархе
- 5) дисменорея

83. В РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЕ ЖЕНЩИНЫ СУЩЕСТВУЕТ СЛЕДУЮЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО УРОВНЕЙ РЕГУЛЯЦИИ:

- 1) 5
- 2) 6
- 3) 4
- 4) 3
- 5) 7

84. КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ВКЛЮЧАЮТ

- 1) профилактику ожирения
- 2) консультирование кардиологом
- 3) лечение половых партнеров от ИППП
- 4) проведение хирургических аборт
- 5) обследование, лечение и диспансерное наблюдение женщин

85. ЗАДАЧАМИ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) профилактика метаболического синдрома
- 2) ранний охват, наблюдение и ведение беременных
- 3) прерывание беременности на сроках свыше 12 недель
- 4) обследование на туберкулез
- 5) проведение кульдоцентеза при подозрении на внематочную беременность

86. АМЕНОРЕЯ ПРИ СИНДРОМЕ «ПУСТОГО» ТУРЕЦКОГО СЕДЛА НЕ СВЯЗАНА

- 1) с наличием синехий в полости матки
- 2) с травмой гипофиза
- 3) с атрофией ткани гипофиза
- 4) с патологическими родами
- 5) с удалением гипофиза

87. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С АМЕНОРЕЕЙ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА ВКЛЮЧАЕТ

- 1) коррекцию психоэмоциональных нарушений, адекватное питание, циклическую витаминно\гормонотерапию
- 2) длительный прием психотропных препаратов, строгое соблюдение низкоуглеводной диеты
- 3) гирудотерапию
- 4) менопаузальную заместительную гормональную терапию
- 5) хирургическое лечение – удаление яичника

88. У ЖЕНЩИНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ВЕРХНЕ-НАРУЖНОМ КВАДРАНТЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОДИНОЧНЫЙ БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ УЗЕЛ ДИАМЕТРОМ 2СМ ПЛОТНОЙ КОНСИСТЕНЦИИ, ПОДВИЖНЫЙ. СОСОК НЕ ИЗМЕНЕН, ВЫДЕЛЕНИЙ НЕТ, РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ НЕ УВЕЛИЧЕНЫ. ВАШ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- 1) фиброаденома молочной железы
- 2) диффузная мастопатия
- 3) хронический мастит
- 4) рожеподобный рак
- 5) острый мастит

89. У БОЛЬНОЙ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ФИБРОАДЕНОМУ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ПУНКТАТА ИЗ ОПУХОЛИ ОБНАРУЖЕНЫ АТИПИЧНЫЕ КЛЕТКИ. КАК ПОСТУПИТЬ С БОЛЬНОЙ

- 1) направить к онкологу
- 2) выполнить простую мастэктомию
- 3) назначить антибактериальную терапию
- 4) назначить гормональную терапию
- 5) наблюдение с контрольным осмотром через 6 месяцев

90. ЭНДОМЕТРИОЗ - ЭТО

- 1) воспаление эндометрия
- 2) воспаление внутренней слизистой оболочки матки
- 3) эндометрит
- 4) эктопия эндометрия вне полости матки
- 5) вариант внематочной беременности редкой локализации

91. НАРУЖНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ - ЭТО

- 1) воспаление эндометрия при инфекциях
- 2) воспаление эндометрия после аборта
- 3) распространение ткани эндометрия за пределы слизистой оболочки матки, на брюшину, яичники и т.п.
- 4) распространение ткани эндометрия в мышцу матки и на ее серозный покров
- 5) вариант предрака эндометрия

92. ВНУТРЕННИЙ ЭНДОМЕТРИОЗ - ЭТО

- 1) наличие ткани эндометрия в структуре мышцы матки и ее серозном покрове
- 2) вариант предрака эндометрия
- 3) одна из форм рака эндометрия
- 4) наличие ткани эндометрия в структуре яичника
- 5) наличие ткани эндометрия в структуре соседних органов (мочевой пузырь, прямая кишка и т.п.)

93. РАДИКАЛЬНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ПРИ НАРУЖНО-ВНУТРЕННЕМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ У ЖЕНЩИНЫ 52 ЛЕТ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

- 1) удаление придатков с обеих сторон
- 2) надвлагалищную ампутацию матки без придатков
- 3) ампутацию шейки матки
- 4) экстирпацию матки без придатков
- 5) экстирпацию матки с придатками

94. СИТУАЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ МОЖНО НЕ ПРОВОДИТЬ ГИСТЕРЭКТОМИЮ, А УДАЛИТЬ ТОЛЬКО МИОМАТОЗНЫЙ УЗЕЛ

- 1) множественная миома матки гигантских размеров 23-24 недели у женщины 50 лет
- 2) быстрорастущая миома матки у женщины 60 лет
- 3) субсерозный узел на тонкой ножке 15см в диаметре, у женщины 34 лет
- 4) миома матки в сочетании с эндометриозом, анемия 2 степени у женщины 50 лет
- 5) подозрение на саркому матки у женщины 50 лет

95. СИТУАЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ЕСТЬ НЕОБХОДИМОСТЬ ПРОВОДИТЬ ГИСТЕРЭКТОМИЮ ПРИ МИОМЕ

- 1) пациентка 52 лет, с миомой матки, увеличение матки до 14 недель беременности, с кровотечениями и анемией 2 степени
- 2) бессимптомная интерстициальная миома матки при размерах матки 5-6 недель у женщины 29 лет
- 3) миома матки, подвергшаяся регрессу, у женщины 60 лет
- 4) одиночный субсерозный узел диаметром 9см у женщины 38 лет
- 5) впервые выявленная миома матки небольших размеров

96. СИТУАЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ВОЗМОЖНО КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ

- 1) подозрение на саркому матки
- 2) растущая миома матки в постменопаузе
- 3) субмукозная миома матки
- 4) миома матки гигантских размеров
- 5) интерстициальная миома с диаметром узла до 2х см

97. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МАЛЫХ ФОРМ НАРУЖНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО

- 1) гистероскопия
- 2) УЗИ
- 3) лапароскопия
- 4) бимануальное гинекологическое исследование
- 5) гистеросальпингография

98. ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ СУБСЕРОЗНОЙ МИОМЫ НА НОЖКЕ

- 1) хирургический метод
- 2) гормональная терапия
- 3) гистерорезектоскопия
- 4) химиотерапия
- 5) физиотерапия

99. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ НАИМЕНЕЕ ИНФОРМАТИВНО

- 1) гистеросальпингография
- 2) лапароскопия

- 3) УЗИ органов малого таза
- 4) МРТ органов малого таза
- 5) бимануальное гинекологическое исследование

100. ПОКАЗАНИЕМ К ПЛАНОВОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ МИОМЕ ЯВЛЯЮТСЯ РАЗМЕРЫ МАТКИ

- 1) 5-6 недель беременности
- 2) 6-7 недель беременности
- 3) 12 недель беременности и более
- 4) 7-8 недель беременности
- 5) 9-10 недель беременности

101. ПРЕПАРАТ, ПРИМЕНЯЮЩИЙСЯ ДЛЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЭНДОМЕТРИОЗА

- 1) диеногест
- 2) папаверина гидрохлорид
- 3) флюконазол
- 4) ибупрофен
- 5) нимесулид

102. ГРУППА ПРЕПАРАТОВ, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРИМЕНЯЮЩИХСЯ ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ МИОМЫ МАТКИ

- 1) антибиотики
- 2) спазмолитики
- 3) эстрогены
- 4) гепатопротекторы
- 5) антагонисты прогестерона

103. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ НАРУЖНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО

- 1) хирургическое лечение
- 2) гормональная терапия
- 3) сочетание хирургического лечения и гормональной терапии
- 4) вылечить невозможно, применяются только симптоматические методы
- 5) физиотерапия

104. ДЛЯ АДЕНОМИОЗА АБСОЛЮТНО НЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) образование в миометрии узлов, окруженных четкой капсулой
- 2) увеличение размеров матки
- 3) равномерное увеличение размеров матки накануне менструации
- 4) неравномерное увеличение размеров матки накануне менструации
- 5) распространение эндометриальной ткани в мышечный слой матки

105. ВАРИАНТЫ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

- 1) прямая кишка
- 2) мочевого пузыря
- 3) послеоперационный рубец
- 4) тело матки
- 5) прямая кишка, мочевого пузыря, послеоперационный рубец

106. ПРИ ВНУТРЕННЕМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ 3-4 СТАДИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПОКАЗАНО

- 1) оперативное лечение – удаление придатков матки
- 2) консервативное лечение - фитотерапия
- 3) оперативное лечение - гистерэктомия
- 4) консервативное лечение - физиотерапия
- 5) консервативное лечение - химиотерапия

107. ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОК С ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

- 1) подавление клинически активного эндометриоза гормональными препаратами
- 2) избавление от последствий эндометриоза в виде рубцово-спаечного процесса в малом тазу
- 3) нормализация репродуктивной функции у пациенток детородного возраста
- 4) подавление клинически активного эндометриоза гормональными препаратами, избавление от последствий эндометриоза в виде рубцово-спаечного процесса в малом тазу, нормализация репродуктивной функции у пациенток детородного возраста
- 5) индуцирование преждевременной недостаточности яичников

108. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

- 1) регулярные безболезненные менструации
- 2) неосложненные роды
- 3) регулярная половая жизнь
- 4) ветряная оспа в детском возрасте
- 5) менструальный рефлюкс

109. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОК С ЭНДОМЕТРИОЗОМ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ

- 1) эстрогены
- 2) гестагены
- 3) агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона, гестагены
- 4) агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона
- 5) антипростагландины

110. ПРИ ВЫБОРЕ МЕТОДА ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЭНДОМЕТРИОЗОМ НЕОБХОДИМО РУКОВОДСТВОВАТЬСЯ

- 1) возрастом пациентки, локализацией эндометриоза, степенью распространенности процесса
- 2) локализацией эндометриоза
- 3) степенью распространенности процесса
- 4) наличием расстройств мочеиспускания
- 5) наличием расстройств дыхания

111. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЭНДОМЕТРИОЗА ШЕЙКИ МАТКИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) кольпоскопию
- 2) ампутацию шейки матки
- 3) диатермоэксцизию
- 4) лапароскопию
- 5) диатермоконизацию

112. ДЛЯ ВНУТРЕННЕГО ЭНДОМЕТРИОЗА 2 СТЕПЕНИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ

- 1) бесплодие
- 2) «мажущие» кровянистые выделения до и\или после менструации, бесплодие
- 3) дискомфорт внизу живота, не связанный с менструацией
- 4) вторичная аменорея
- 5) постоянное вздутие живота

113. К ВНУТРЕННЕМУ ГЕНИТАЛЬНОМУ ЭНДОМЕТРИОЗУ ОТНОСИТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ

- 1) яичники
- 2) маточные трубы
- 3) серозный покров сигмовидной кишки
- 4) пузырно-маточная складка
- 5) тело матки

114. МАКСИМАЛЬНО ВЫРАЖЕННЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ОБЫЧНО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

- 1) малой форме наружного генитального эндометриоза
- 2) яичников
- 3) тела матки
- 4) мочевого пузыря
- 5) влагалищной части шейки матки

115. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АДЕНОМИОЗА МЕТОДОМ ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИИ НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ДНИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА:

- 1) за 1-2 дня до начала менструации
- 2) на 20-22й день цикла

- 3) сразу после окончания менструации
- 4) на 12-14й день цикла
- 5) на 18-21й день цикла, в «окно имплантации»

116. ТЕРМИН «АДЕНОМИОЗ» ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) только при разрастании эндометриоидной ткани в мышечном слое матки
- 2) во всех случаях выявления эндометриоза, независимо от локализации
- 3) только при эндометриозе, который сопровождается образованием кист яичников
- 4) только если имеется дополнительное формирование миоматозных узлов
- 5) только при ретроцервикальном эндометриозе

117. ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ ЭНДОМЕТРИОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) эффективность консервативной терапии
- 2) наличие эндометриомы яичника размером более 5 см
- 3) эндометриоз шейки матки
- 4) аденомиоз 2 степени распространения
- 5) аденомиоз 1 степени распространения

118. ВЛИЯНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА РАЗВИТИЕ ЭНДОМЕТРИОЗА

- 1) беременность никак не влияет на заболевание, а заболевание не влияет на течение беременности
- 2) обратное развитие эндометриоза наблюдается в послеродовом периоде у лактирующих женщин
- 3) активизируется развитие эндометриоза на протяжении всей беременности
- 4) образуются эндометриоидные кисты яичников
- 5) нет верного ответа

119. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЭКСТРЕННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МИОМЕ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) сочетание миомы с эктопией шейки матки
- 2) размеры опухоли свыше 12 недель беременности
- 3) рождающийся субмукозный узел, кровотечение
- 4) интерстициальный миоматозный узел диаметром 3 см
- 5) сочетание миомы матки и туберкулеза гениталий

120. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПЛАНОВОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) размеры опухоли свыше 12 недель беременности
- 2) сочетание миомы с эктопией шейки матки
- 3) рождающийся субмукозный узел, кровотечение
- 4) сочетание миомы матки и туберкулеза гениталий
- 5) интерстициальный миоматозный узел диаметром 3 см

121. ИНТЕРСТИЦИАЛЬНАЯ МИОМА МАТКИ МАЛЫХ РАЗМЕРОВ, КАК ПРАВИЛО, ВЛИЯЕТ НА

- 1) объем менструальной кровопотери
- 2) функцию мочевого пузыря
- 3) возникновение болевого синдрома, хронических тазовых болей
- 4) функцию кишечника
- 5) нет значимого влияния

122. ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) выжидательный
- 2) дезинтоксикация
- 3) хирургический
- 4) переливание плазмы и крови
- 5) инфузионная терапия кристаллоидами

123. ПРЕРЫВАНИЕ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИСХОДИТ В СРОКИ

- 1) при задержке менструации 2-4 недели
- 2) при задержке менструации не менее 6 недель
- 3) в срок очередной менструации
- 4) в дни предполагаемой овуляции
- 5) за 1-2 дня до предполагаемой менструации

124. ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ (АНЕМИЧЕСКАЯ) И СМЕШАННАЯ ФОРМА АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА ЛЕЧАТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

- 1) оперативно
- 2) консервативно
- 3) с обязательной гемотрансфузией
- 4) никогда не показана госпитализация в стационар
- 5) с обязательной массивной антибактериальной терапией

125. БОЛЕВАЯ (АЛГИЧЕСКАЯ) ФОРМА АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА ЛЕЧИТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

- 1) оперативно
- 2) консервативно
- 3) с обязательной гемотрансфузией
- 4) никогда не показана госпитализация в стационар
- 5) с обязательной массивной антибактериальной терапией

126. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ:

- 1) полость матки
- 2) шейка матки
- 3) яичник
- 4) маточная труба
- 5) круглая связка матки

127. ОТДЕЛ ТРУБЫ, В КОТОРОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРОИСХОДИТ ПРИКРЕПЛЕНИЕ ПЛОДНОГО ЯЙЦА ПРИ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) истмический
- 2) интерстициальный
- 3) фимбриальный
- 4) ампулярный
- 5) одинаково часто во всех отделах

128. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫПОЛНЯЕМЫЙ ОБЪЕМ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ПРЕРВАВШЕЙСЯ ПО ТИПУ РАЗРЫВА ТРУБЫ

- 1) удаление маточных труб с обеих сторон
- 2) удаление придатков на пораженной стороне
- 3) удаление пораженной трубы
- 4) дренирование брюшной полости
- 5) консервативная операция с сохранением трубы

129. ОПЕРАЦИОННЫЙ ДОСТУП, ПОКАЗАННЫЙ ПРИ ГЕМОРАГИЧЕСКОМ ШОКЕ 2-3 СТЕПЕНИ ВСЛЕДСТВИЕ РАЗРЫВА БЕРЕМЕННОЙ ТРУБЫ

- 1) нижнесрединная лапаротомия от лона до пупка
- 2) срединная лапаротомия от лона до мечевидного отростка
- 3) лапаротомия по Пфанненштилю
- 4) лапароскопия
- 5) доступ не имеет принципиального значения, главное быстрее начать операцию

130. ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ПЕРЕЛИВАНИЯ СВЕЖЕЗАМОРОЖЕННОЙ ПЛАЗМЫ

- 1) восполнение ОЦК
- 2) дезинтоксикация
- 3) коррекция анемии
- 4) общеукрепляющая терапия
- 5) восполнение дефицита факторов свертывания крови

131. ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ПЕРЕЛИВАНИЯ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ МАССЫ

- 1) восполнение ОЦК
- 2) дезинтоксикация
- 3) коррекция анемии
- 4) общеукрепляющая терапия
- 5) восполнение дефицита факторов свертывания крови

132. ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ПЕРЕЛИВАНИЯ КОЛЛОИДНЫХ РАСТВОРОВ

- 1) восполнение ОЦК
- 2) дезинтоксикация

- 3) коррекция анемии
- 4) общеукрепляющая терапия
- 5) восполнение дефицита факторов свертывания крови

133. ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРИСТАЛЛОИДНЫХ РАСТВОРОВ

- 1) восполнение ОЦК
- 2) дезинтоксикация
- 3) коррекция анемии
- 4) общеукрепляющая терапия
- 5) восполнение дефицита факторов свертывания крови

134. К КОЛЛОИДНЫМ РАСТВОРАМ ОТНОСИТСЯ

- 1) физиологический раствор хлорида натрия
- 2) раствор Рингера
- 3) гидроксиэтилированный крахмал
- 4) ацесоль
- 5) 5% раствор глюкозы

135. С ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННОЙ ЦЕЛЮ, КАК ПРАВИЛО, ПРИМЕНЯЕТСЯ ИНФУЗИЯ

- 1) кристаллоидных растворов
- 2) коллоидных растворов
- 3) эритроцитарной массы
- 4) эритроцитарной взвеси
- 5) тромбомассы

136. ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ - ЭТО

- 1) разлитое воспаление брюшины малого таза и брюшной полости
- 2) tuboовариальный абсцесс
- 3) некроз матки
- 4) аппендикулярный инфильтрат
- 5) воспаление брюшины малого таза

137. ТЯЖЕЛЫЙ ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ ШОК ЧАЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ

- 1) трубной беременности, прервавшейся по типу аборта
- 2) болевой формы апоплексии яичника
- 3) трубной беременности, прервавшейся по типу разрыва трубы
- 4) перекрута опухоли яичника
- 5) острого сальпингита

138. ГНОЙНЫЙ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ ЧАЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ

- 1) трубной беременности, прервавшейся по типу аборта
- 2) болевой формы апоплексии яичника

- 3) трубной беременности, прервавшейся по типу разрыва трубы
- 4) перекрута опухоли яичника
- 5) острого гнойного сальпингита

139. ДЛЯ ПЕРЕКРУТА ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРН

- 1) геморрагический шок
- 2) разлитой гнойный перитонит
- 3) бессимптомное течение
- 4) нарушения сердечного ритма
- 5) выраженный болевой синдром, тошнота, рвота

140. КЛИНИКА ОСТРОГО ЖИВОТА ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ НАРУШЕНИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ МИОМАТОЗНОГО УЗЛА ДАННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

- 1) интерстициального
- 2) интерстициально-субсерозного
- 3) субсерозного на ножке
- 4) субмукозного
- 5) перешеечного

141. ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ПРЕРВАВШЕЙСЯ ПО ТИПУ РАЗРЫВА ТРУБЫ

- 1) выраженное кровотечение из половых путей
- 2) резкие боли внизу живота, кратковременная потеря сознания, снижение артериального давления
- 3) нарушение оттока мочи
- 4) бессимптомное течение
- 5) почечная колика

142. ПРИ ПРЕРЫВАНИИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ НЕ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) обильного кровотечения из половых путей со сгустками
- 2) болей внизу живота
- 3) положительного теста на беременность
- 4) тошноты, головокружения
- 5) кратковременной потери сознания

143. К КРИСТАЛЛОИДНЫМ РАСТВОРАМ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) физиологический раствор хлорида натрия
- 2) раствор Рингера
- 3) гидроксипропилированный крахмал
- 4) ацесоль
- 5) 5% раствор глюкозы

144. МЕТОД, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ С МАКСИМАЛЬНОЙ СТЕПЕНЬЮ ВЕРОЯТНОСТИ

- 1) диагностическая лапароскопия
- 2) УЗИ органов малого таза
- 3) пункция брюшной полости через задний свод влагалища
- 4) мочевого тест на беременность
- 5) бимануальное гинекологическое исследование

145. К МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСИТСЯ

- 1) диагностическая лапароскопия
- 2) УЗИ почек
- 3) гистеросальпингография
- 4) УЗИ органов брюшной полости
- 5) клинический анализ крови

146. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДИТСЯ С

- 1) острым инфарктом
- 2) апоплексией яичника
- 3) острым бронхитом
- 4) инсультом
- 5) туберкулезом легких

147. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ПРЕРВАВШЕЙСЯ РАЗРЫВОМ ТРУБЫ, КАК ПРАВИЛО, ВКЛЮЧАЮТ

- 1) повышение температуры тела до фебрильных значений
- 2) резкие боли внизу живота, обморочное состояние, слабость
- 3) нарушение оттока мочи
- 4) нарушение оттока желчи
- 5) обильное маточное кровотечение

148. ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ НЕ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В

- 1) маточной трубе
- 2) полости матки
- 3) яичнике
- 4) брюшной полости
- 5) рудиментарном роге

149. ОБЪЕМ ОПЕРАЦИИ ПРИ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА ВКЛЮЧАЕТ

- 1) удаление матки
- 2) коагуляцию кровоточащих сосудов яичника, ушивание яичника
- 3) удаление придатков на стороне поражения
- 4) двустороннее удаление придатков
- 5) аппендэктомию

150. ПРАВИЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПЕРФОРАЦИИ МАТКИ ВО ВРЕМЯ МЕДИЦИНСКОГО АБОРТА

- 1) продолжить выскабливание полости матки
- 2) прекратить выскабливание, назначить постельный режим, холод на низ живота, наблюдение
- 3) прекратить выскабливание, назначить постельный режим, холод на низ живота, антибиотики, гемотрансфузию
- 4) произвести лапароскопию\лапаротомию, ревизию органов брюшной полости и малого таза, ушивание перфорационного отверстия
- 5) произвести экстирпацию матки с придатками

151. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, С КОТОРЫМ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ТРУБНУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ

- 1) острый панкреонекроз
- 2) рак шейки матки
- 3) генитальный инфантилизм
- 4) острый пиелонефрит
- 5) апоплексия яичника

152. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) яичник
- 2) рудиментарный рог
- 3) маточная труба
- 4) брюшная полость
- 5) шейка матки

153. ОПЕРАЦИЯ, ПОКАЗАННАЯ ПРИ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ПРОФУЗНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

- 1) выскабливание цервикального канала
- 2) экстирпация матки
- 3) вакуум-аспирация плодного яйца
- 4) диатермоконизация шейки матки
- 5) ножевая ампутация шейки матки

154. НАИБОЛЕЕ РЕДКАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) полость матки
- 2) маточная труба
- 3) ампулярный отдел маточной трубы
- 4) истмический отдел маточной трубы
- 5) брюшная беременность

155. КЛИНИКА ОСТРОГО ЖИВОТА ОБЫЧНО РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) прервавшейся трубной беременности
- 2) эктопии шейки матки
- 3) самопроизвольном выкидыше
- 4) микроинвазивном раке шейки матки

5) синдроме поликистозных яичников

156. СРОК, ПРИ КОТОРОМ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРЕРЫВАЕТСЯ ТРУБНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

- 1) 2-3 недели
- 2) 4-6 недель
- 3) 7-10 недель
- 4) 11-12 недель
- 5) свыше 12 недель

157. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) диагностическая лапароскопия
- 2) УЗИ почек
- 3) анализ крови на кортизол
- 4) динамическое исследование уровня прогестерона
- 5) гистероскопия

158. ПРИЧИНА, ВЛИЯЮЩАЯ НА ПРОДВИЖЕНИЕ ПЛОДНОГО ЯЙЦА В МАТКУ ПОСЛЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

- 1) интерстициальная миома матки
- 2) субмукозная миома матки
- 3) истинная эрозия шейки матки
- 4) спайки внутри маточной трубы
- 5) эктопия шейки матки

159. СИМПТОМ, КОТОРЫЙ СОПРОВОЖДАЕТ ТРУБНУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ

- 1) боли внизу живота, задержка менструации
- 2) очень обильные кровянистые выделения из половых путей
- 3) нарушение оттока мочи
- 4) боль за грудиной
- 5) ректальное кровотечение

160. ЛЕЧЕНИЕ АНЕМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА

- 1) применение антипростагландинов
- 2) антибактериальная терапия
- 3) хирургическое
- 4) лучевая терапия
- 5) назначение КОК

161. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА

- 1) анемическая, алгическая, смешанная
- 2) острая, подострая, хроническая
- 3) легкая, тяжелая
- 4) шоковая, геморрагическая

- 5) болевая, судорожная

162. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ АНЕМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА

- 1) УЗИ органов малого таза
- 2) развернутый анализ крови
- 3) гистеросальпингография
- 4) кольпоскопия
- 5) кульдоцентез

163. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) кульдоцентез
- 2) биопсия эндометрия
- 3) диагностическая лапароскопия
- 4) определение ХГЧ в моче
- 5) УЗИ органов брюшной полости

164. ТАКТИКА ПРИ ДИАГНОСТИРОВАНИИ БРЮШНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) оперативное лечение
- 2) сохраняющая терапия для пролонгирования беременности
- 3) рассасывающая терапия
- 4) наблюдение в динамике
- 5) гемостатическая терапия

165. ПРИ ПЕРФОРАЦИИ МАТКИ НЕОБХОДИМО ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОИЗВЕСТИ ЛАПАРОСКОПИЮ ЛИБО ЛАПАРОТОМИЮ, ЕСЛИ

- 1) перфорация матки произведена зондом
- 2) состояние больной удовлетворительное
- 3) признаки кровотечения в брюшную полость не выражены
- 4) выраженные признаки внутрибрюшного кровотечения
- 5) всегда при подозрении на перфорацию матки

166. ДЛЯ ПЕРЕКРУТА ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА ХАРАКТЕРНО

- 1) сильные боли внизу живота, возникшие после физического напряжения, при бимануальном исследовании в малом тазу определяется резко болезненная опухоль, положительные симптомы раздражения брюшины на стороне опухоли
- 2) при бимануальном исследовании в малом тазу определяется резко болезненная опухоль
- 3) положительные симптомы раздражения брюшины на стороне опухоли
- 4) сильные боли внизу живота
- 5) дизурические расстройства

167. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО АБОРТА В НАЧАЛЕ ОПЕРАЦИИ ВОЗНИКЛО ОБИЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ. ДИАГНОСТИРОВАНА ШЕЕЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ. ТАКТИКА ВРАЧА

- 1) чревосечение, экстирпация матки
- 2) ускорить удаление плодного яйца кюреткой
- 3) попытаться удалить плодное яйцо пальцем
- 4) удаление плодного яйца вакуум-эксхолеацией
- 5) отказаться от выскабливания, оставить больную под наблюдение

168. У БОЛЬНОЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ ПО ПОВОДУ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА ОБНАРУЖЕНО НЕБОЛЬШОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ПЕРФОРАЦИОННОГО ОТВЕРСТИЯ 5ММ. НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ

- 1) лапаротомию и удаление яичника
- 2) лапаротомию и удаление матки с придатками
- 3) лапаротомию и удаление придатков матки на стороне поражения
- 4) коагуляцию кровоточащих сосудов под контролем лапароскопии
- 5) лапароскопию, санацию и дренирование брюшной полости

169. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА ЗАВИСИТ ОТ

- 1) возраста больной
- 2) характера кровотечения и выраженности болевого синдрома
- 3) выраженности болевого синдрома
- 4) характера кровотечения
- 5) сопутствующей экстрагенитальной патологии

170. АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА ЧАЩЕ НАСТУПАЕТ

- 1) в среднюю стадию фазы секреции (васкуляризация желтого тела)
- 2) сразу после менструации
- 3) во время менструации
- 4) за 1-2 дня до начала менструации
- 5) в период атрезии фолликула

171. ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ, СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ ГЕМОРАГИЧЕСКИМ ШОКОМ 2-3СТ, У БОЛЬНОЙ С АПОПЛЕКСИЕЙ ЯИЧНИКА ПОКАЗАНО

- 1) консервативная терапия – покой, холод на низ живота
- 2) лапаротомия, ушивание разрыва яичника
- 3) лапароскопия, коагуляция кровоточащих сосудов
- 4) лапароскопия, санация брюшной полости
- 5) наблюдение дежурного врача за динамикой симптомов, по показаниям - гемотрансфузия

172. У БОЛЬНОЙ С КЛИНИЧЕСКИМ ДИАГНОЗОМ АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие воспаления придатков в анамнезе

- 2) дисфункция яичников
- 3) внутрибрюшное кровотечение
- 4) болевой синдром
- 5) нарушение менструального цикла

173. АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА - ЭТО

- 1) остро возникшее кровоизлияние с нарушением \без нарушения целостности яичника
- 2) перекрут яичника вокруг собственной связки
- 3) остро возникшее нарушение кровоснабжения яичника
- 4) сдавление яичника беременной маткой
- 5) некроз яичника

174. ПРИЧИНА «ОСТРОГО ЖИВОТА» ВСЛЕДСТВИЕ ОСТРОЙ ИШЕМИИ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

- 1) внематочная беременность
- 2) перекрут опухоли яичника
- 3) миома матки размерами более 12 недель
- 4) префораия тубоовариального абсцесса
- 5) апоплексия яичника

175. К ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ФОРМАМ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСИТСЯ

- 1) яичниковая
- 2) шеечная
- 3) трубная
- 4) межсвязочная
- 5) беременность в рудиментарном маточном роге

176. В ХИРУРГИЧЕСКУЮ НОЖКУ КИСТЫ ЯИЧНИКА ВХОДИТ

- 1) собственная связка яичника, воронко-тазовая связка и маточная труба (мезосальпинкс)
- 2) воронко-тазовая связка и собственная связка яичника
- 3) маточная труба (мезосальпинкс)
- 4) собственная связка яичника
- 5) круглая связка матки

177. В АНАТОМИЧЕСКУЮ НОЖКУ КИСТЫ ЯИЧНИКА ВХОДИТ

- 1) собственная связка яичника и воронко-тазовая связка
- 2) воронко-тазовая связка
- 3) маточная труба (мезосальпинкс) и собственная связка яичника
- 4) собственная связка яичника и круглая связка матки
- 5) круглая связка матки

178. ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПРИДАТКАХ ПРИ ПЕРЕКРУТЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА ЗАВИСЯТ

- 1) от степени перекрута и его давности
- 2) от сопутствующих заболеваний
- 3) от возраста женщины
- 4) от наличия половых инфекций
- 5) от сопутствующей соматической патологии

179. ОБЪЕМ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЯИЧНИКА У ЖЕНЩИНЫ 55 ЛЕТ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1) гистерэктомии с придатками и резекции большого сальника
- 2) экстирпации матки с придатками
- 3) удалении придатков на стороне поражения
- 4) удалении придатков с обеих сторон
- 5) надвлагалищной ампутации матки с придатками

180. ПРИ ПЕРЕКРУЧИВАНИИ КИСТЫ ЯИЧНИКА У ЖЕНЩИНЫ 35 ЛЕТ, ЕСЛИ С МОМЕНТА ПЕРЕКРУТА ПРОШЛИ СУТКИ, СЛЕДУЕТ ПРОИЗВОДИТЬ

- 1) удаление яичника
- 2) удаление матки с придатками
- 3) удаление придатков с обеих сторон
- 4) резекцию пораженного яичника
- 5) удаление придатков на стороне перекрута

181. ВО ВРЕМЯ ЛАПАРОСКОПИИ У ЖЕНЩИНЫ 30 ЛЕТ ОБНАРУЖЕНА ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ КИСТА ОДНОГО ЯИЧНИКА ДИАМЕТРОМ 6 СМ. СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ

- 1) лапаротомию, удаление придатков на стороне поражения
- 2) лапаротомию, удаление пораженного яичника
- 3) энуклеацию кисты во время лапароскопии
- 4) образование не удаляется
- 5) лапароскопию, удаление пораженного яичника

182. ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ПАРАОВАРИАЛЬНОЙ КИСТЫ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ

- 1) вылушивание кисты
- 2) удаление придатков на стороне поражения
- 3) удаление маточной трубы на стороне поражения и вылушивание кисты
- 4) удаление яичника на стороне поражения
- 5) резекцию яичника на стороне поражения

183. ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ПЕРЕКРУТА ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА

- 1) перекрученную ножку опухоли обязательно надо раскрутить, чтобы разобраться в анатомии
- 2) всегда производят экстирпацию матки с придатками
- 3) удаляют оба яичника
- 4) экспресс-диагностика для исключения рака никогда не проводится

5) при давности перекрута более 2-3 часов – удаление придатков на стороне поражения, при меньшей давности перекрута - возможна деторсия

184. К ИСТИННОМУ РАКУ ЯИЧНИКОВ ОТНОСЯТСЯ

- 1) все злокачественные опухоли яичника
- 2) только герминогенные опухоли
- 3) только опухоли эпителиального происхождения
- 4) только стромальные опухоли
- 5) только группа теком-фибром

185. ОБЪЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РАННЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

- 1) резекция яичника с возможно большим сохранением здоровой ткани
- 2) удаление придатков на стороне поражения
- 3) удаление матки
- 4) удаление придатков с обеих сторон
- 5) надвлагалищная ампутация матки с придатками на стороне поражения

186. ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНОЙ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ ЯИЧНИКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) стадией заболевания и гистоструктурой опухоли
- 2) наличием порока митрального клапана 1 ст. без регургитации
- 3) наличием хронического бронхита
- 4) перенесенным сифилисом
- 5) характером менструальной функции

187. К ИСТИННОМУ РАКУ ЯИЧНИКОВ МОЖНО ОТНЕСТИ

- 1) дермоидную кистому
- 2) арренобластому
- 3) цистаденокарциному
- 4) кисту желтого тела
- 5) гранулезоклеточную опухоль

188. К ЭСТРОГЕНПРОДУЦИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛИ СТРОМЫ ПОЛОВОГО ТЯЖА МОЖНО ОТНЕСТИ

- 1) гранулезоклеточную опухоль
- 2) тератобластому
- 3) цистаденокарциному
- 4) кисту желтого тела
- 5) арренобластому

189. К АНДРОГЕНПРОДУЦИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛИ СТРОМЫ ПОЛОВОГО ТЯЖА МОЖНО ОТНЕСТИ

- 1) гранулезоклеточную опухоль
- 2) тератобластому

- 3) цистаденокарциному
- 4) кисту желтого тела
- 5) арренобластому

190. К ОПУХОЛЕВИДНЫМ ОБРАЗОВАНИЯМ ЯИЧНИКОВ МОЖНО ОТНЕСТИ

- 1) гранулезоклеточную опухоль
- 2) тератобластому
- 3) цистаденокарциному
- 4) кисту желтого тела
- 5) арренобластому

191. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КИСТАХ ЯИЧНИКА РАЗМЕРАМИ ДО 5CM

- 1) никогда не проводится, даже при отсутствии тенденции к уменьшению размеров в динамике
- 2) проводится всегда только с помощью пункции
- 3) операция назначается немедленно, как только обнаружена киста
- 4) операция включает удаление придатков на стороне поражения
- 5) назначается при отсутствии положительной динамики по уменьшению размеров кисты в течение 3-х месяцев от момента обнаружения

192. К ОПУХОЛЕВИДНЫМ ПРОЦЕССАМ В ЯИЧНИКЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) хронический сальпингит
- 2) муцинозная киста
- 3) серозная киста
- 4) киста желтого тела
- 5) цистаденокарцинома

193. К ОПУХОЛЕВИДНЫМ ПРОЦЕССАМ В ЯИЧНИКЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) тератобластома
- 2) фолликулярная киста
- 3) хорионкарцинома
- 4) арренобластома
- 5) муцинозная киста

194. К ЭПИТЕЛИАЛЬНЫМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ЯИЧНИКА (ИСТИННЫЙ РАК) ОТНОСИТСЯ

- 1) аденокарцинома
- 2) лютеиновая киста
- 3) хорионкарцинома
- 4) арренобластома
- 5) фиброма

195. ВЕДУЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ:

- 1) тазовая боль

- 2) слизистые выделения
- 3) гнойные выделения
- 4) общая слабость
- 5) контактные кровотечения

196. ДИАГНОЗ ВНУТРИЭПИТЕЛИАЛЬНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН ТОЛЬКО НА ОСНОВАНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ

- 1) цервикоскопии
- 2) гистероскопии
- 3) гистологического исследования биоптата шейки матки и соскоба эндоцервикса
- 4) расширенной кольпоскопии
- 5) цитологического исследования мазков-отпечатков с влажной части шейки матки

197. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ СКРИНИНГ-ТЕСТ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

- 1) цитологическое исследование цервикального мазка
- 2) простая кольпоскопия
- 3) бимануальное ректовагинальное исследование
- 4) вакуум-кюретаж канала шейки матки
- 5) цитологическое исследование аспирата из полости матки

198. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

- 1) цервикоскопия
- 2) УЗИ
- 3) гистероскопия
- 4) метросальпингография
- 5) гистологическое исследование

199. МИКРОКАРЦИНОМА ШЕЙКИ МАТКИ - ЭТО

- 1) опухоль ограничена шейкой матки
- 2) рак шейки матки с инвазией опухоли более 3мм за пределы базальной мембраны
- 3) рак шейки матки с инвазией опухоли менее 3мм за пределы базальной мембраны
- 4) опухоль с прорастанием в параметрий
- 5) опухоль с прорастанием в прямую кишку

200. ПРИ ОБШИРНЫХ КОНДИЛОМАХ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ НА 1 ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- 1) иссечение кондилом
- 2) влажное орошение раствором ромашки
- 3) тампоны с маслом шиповника

- 4) грязелечение
- 5) применение раствора марганцовки

201. ОТНОСИТЕЛЬНО РАННИМ СИМПТОМ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) боли
- 2) примесь крови в кале
- 3) дизурические расстройства
- 4) выделения с ихорозным запахом
- 5) контактные кровотечения

202. ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ 4 СТАДИИ У БЕРЕМЕННОЙ НА РОКЕ 34-35 НЕДЕЛЬ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- 1) сочетанную лучевую терапию
- 2) симптоматическую терапию
- 3) родоразрешение путем операции кесарево сечение
- 4) индукцию родов через естественные родовые пути
- 5) пролонгирование беременности до срока 38-40 недель

203. К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ШЕЙКИ МАТКИ ОТНОСИТСЯ

- 1) дисплазия
- 2) эндоцервицит
- 3) простая лейкоплакия
- 4) эрозивный эктропион
- 5) рубцовая деформация шейки матки

204. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) посткоитальный тест
- 2) цервикоскопия
- 3) проба Шиллера
- 4) цервикография
- 5) гистология биоптата

205. ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ 4 СТАДИИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- 1) лучевая терапия в сочетании с химиотерапией
- 2) химиотерапия
- 3) симптоматическое лечение
- 4) хирургическое лечение
- 5) антибактериальная терапия

206. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПА ШЕЙКИ МАТКИ НЕОБХОДИМО

- 1) хирургическое удаление полипа
- 2) проведение курса витаминотерапии

- 3) проведение противовирусной терапии
- 4) местная антибактериальная терапия
- 5) проведение рентгенотерапии

207. ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРОЕ ОТНОСИТСЯ К ПРЕДРАКОВЫМ СОСТОЯНИЯМ ШЕЙКИ МАТКИ

- 1) псевдоэрозия
- 2) дисплазии
- 3) папилломы
- 4) кондиломы
- 5) эрозивный эктропион

208. ДЛЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ 0 СТАДИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) инфильтрация параметральной клетчатки
- 2) инвазия за базальную мембрану
- 3) отсутствие инвазии за базальную мембрану
- 4) распространение за пределы шейки матки
- 5) метастазы только в регионарные лимфатические узлы

209. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ 23 ЛЕТ, У КОТОРОЙ ДИАГНОСТИРОВАНА ЭКТОПИЯ ШЕЙКИ МАТКИ, ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

- 1) диатермокоагуляции шейки матки
- 2) динамического наблюдения
- 3) проведения ВПЧ-теста
- 4) рекомендаций по контрацепции
- 5) цитологии мазка на атипичные клетки с шейки матки

210. ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ЭРОЗИВНОМ ЭКТРОПИОНЕ

- 1) гормонотерапия
- 2) только местно-санирующее лечение
- 3) циклическая витаминотерапия
- 4) прижигание ваготилом
- 5) хирургическое лечение – радиоволновая эксцизия\конизация

211. ПРАВИЛЬНО БРАТЬ БИОПСИЙНЫЙ МАТЕРИАЛ ПРИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

- 1) с пораженного участка
- 2) с участка здоровой ткани рядом с поражением
- 3) с пораженного участка + фрагмент подлежащей здоровой ткани
- 4) из верхней трети цервикального канала
- 5) из полости матки

212. ЭПИТЕЛИЙ, ВЫСТИЛАЮЩИЙ ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ КАНАЛ

- 1) цилиндрический
- 2) ресничный

- 3) эпителиоидный
- 4) плоский
- 5) кубический

213. ТЯЖЕЛАЯ ДИСПЛАЗИЯ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ - ЭТО

- 1) начальная форма рака
- 2) фоновый процесс
- 3) дисгормональная гиперплазия
- 4) проявление метастазирования опухоли
- 5) предрак

214. СКРИНИНГ-МЕТОДОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) визуальный осмотр
- 2) влагалищное исследование
- 3) цитологическое исследование мазков с шейки матки
- 4) радионуклидный метод
- 5) УЗИ органов малого таза

215. ОПЕРАЦИЯ ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ НАДВЛАГАЛИЩНОЙ АМПУТАЦИИ МАТКИ УДАЛЕНИЕМ

- 1) шейки матки
- 2) параметральной клетчатки
- 3) подвздошных лимфатических узлов
- 4) тела матки
- 5) верхней трети влагалища и всего лимфатического коллектора, окружающего матку

216. ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЭПИТЕЛИИ

- 1) только в поверхностном слое
- 2) только в отдельных клетках
- 3) во всех слоях, кроме поверхностного
- 4) переход на мышечный слой
- 5) во всех слоях эпителия

217. РАК ШЕЙКИ МАТКИ - ЭТО

- 1) доброкачественная опухоль
- 2) пограничная опухоль
- 3) злокачественная опухоль вирусной этиологии
- 4) злокачественная опухоль стрептококковой этиологии
- 5) заболевание, частота которого снижается после 40 лет

218. К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ОТНОСИТСЯ

- 1) ранняя менопауза
- 2) начало половой жизни в 20-25 лет
- 3) отсутствие инфекций, передающихся половым путем
- 4) наличие папилломавирусной инфекции
- 5) мочекаменная болезнь

219. УМЕРЕННАЯ ДИСПЛАЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ - ЭТО

- 1) воспаление
- 2) дисбактериоз
- 3) начальная форма рака
- 4) фоновый процесс
- 5) предрак

220. ВЕДУЩАЯ РОЛЬ В КАНЦЕРОГЕНЕЗЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИНАДЛЕЖИТ

- 1) гормональному дисбалансу
- 2) хламидийной инфекции
- 3) бактериальному вагинозу
- 4) трихомониазу
- 5) вирусу папилломы человека

221. К ОБЛИГАТНОМУ ПРЕДРАКУ ШЕЙКИ МАТКИ ОТНОСИТСЯ

- 1) полип цервикального канала
- 2) истинная эрозия
- 3) дисплазия
- 4) эрозивный эктропион
- 5) эндометриоз

222. ОПЕРАЦИЯ ВЕРТГЕЙМА - ЭТО

- 1) удаление матки с придатками, верхней третью влагалища, околоматочной клетчаткой и регионарными лимфатическими узлами
- 2) удаление матки с придатками и верхней третью влагалища
- 3) надвлагалищная ампутация матки с придатками, аппендэктомия
- 4) экстирпация матки с придатками
- 5) экстирпация матки без придатков

223. 2 СТАДИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) распространением за пределы шейки, но без вовлечения в процесс стенок таза и верхней трети влагалища
- 2) вовлечением в опухолевой процесс стенки мочевого пузыря
- 3) вовлечением в опухолевой процесс слизистой оболочки прямой кишки
- 4) вовлечением верхней трети влагалища и нарушением функции почек
- 5) клинически определяемым поражением, ограниченным строго шейкой матки

224. СТАНДАРТНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ 1 СТАДИИ У ЖЕНЩИНЫ 49 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) удаление матки с придатками и верхней третью влагалища
- 2) операция Вертгейма
- 3) экстирпация матки с придатками
- 4) конусовидная ампутация шейки матки
- 5) криодеструкция шейки матки

225. ДЛЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ 2 СТАДИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) контактные кровотечения
- 2) нарушение функции почек
- 3) бессимптомное течение
- 4) метастазирование в сальник
- 5) поражение соседних органов

226. СКРИНИНГОВЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В РОССИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) кольпоскопия
- 2) осмотр в зеркалах
- 3) влагалищное исследование
- 4) ВПЧ-тест
- 5) цитологическое исследование мазков с шейки матки

227. МИКРОИНВАЗИВНЫЙ РАК ШЕЙКИ МАТКИ НАЗЫВАЮТ «КОМПЕНСИРОВАННЫМ» В СВЯЗИ С ТЕМ, ЧТО ОН ИМЕЕТ

- 1) малую стромальную инвазию и низкую потенцию к метастазированию
- 2) метастазы только в регионарные лимфатические узлы
- 3) раковые эмболы в лимфатических сосудах
- 4) метастазы только в мочевой пузырь
- 5) метастазы только в слизистую оболочку прямой кишки

228. МИКРОИНВАЗИВНЫЙ РАК ШЕЙКИ МАТКИ ПО СВОЕМУ КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ СХОДЕН

- 1) с тяжелой дисплазией
- 2) с внутриэпителиальным раком
- 3) с инвазивным раком
- 4) с эндоцервицитом
- 5) с бактериальным вагинозом

229. ТЯЖЕЛАЯ ДИСПЛАЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ - ЭТО

- 1) поилоцитоз
- 2) эрозивный эктропион
- 3) микроинвазивный рак
- 4) истинная эрозия
- 5) предрак

230. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВАКЦИНАЦИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ВАКЦИНЫ

- 1) гардасил, церварикс
- 2) солкотриховак
- 3) БЦЖ
- 4) АКДС
- 5) солкоуровак

231. СОГЛАСНО СОВРЕМЕННЫМ ПРЕДСТАВЛЕНИЯМ, ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ТЯЖЕЛОЙ ДИСПЛАЗИИ И РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ИГРАЕТ

- 1) вирус папилломы человека
- 2) вирус простого герпеса 1 и 2 типов
- 3) ветряная оспа
- 4) уреаплазменная инфекция
- 5) описторхоз

232. ОСНОВНОЙ МЕТОД УТОЧНЯЮЩЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЛЕЙКОПЛАКИИ ШЕЙКИ МАТКИ

- 1) визуальный осмотр
- 2) ВПЧ-тест
- 3) простая кольпоскопия
- 4) мазок на онкоцитологию
- 5) гистологическое исследование биопсийного материала

233. НА УЧЕТЕ У ОНКОЛОГА-ГИНЕКОЛОГА СОСТОЯТ БОЛЬНЫЕ СО СЛЕДУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

- 1) полип цервикального канала
- 2) простая форма лейкоплакии
- 3) легкая дисплазия
- 4) дисплазия тяжелой степени
- 5) эктопия шейки матки

234. КОНТАКТНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ

- 1) рака шейки матки
- 2) лейкоплакии шейки матки
- 3) рака яичника
- 4) рака тела матки
- 5) рака тонкой кишки

235. ЭКТОПИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН С ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ВПЧ-ТЕСТОМ ПОДЛЕЖИТ

- 1) наблюдению и цитологическому скринингу
- 2) обязательной биопсии
- 3) радиоволновой терапии

- 4) обязательному хирургическому лечению
- 5) повторному ВПЧ-тестированию каждые 3 месяца

236. ОСНОВНОЙ ФАКТОР МАЛИГНИЗАЦИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙКИ МАТКИ - ЭТО

- 1) бактериальный вагиноз
- 2) инфицирование вирусом герпеса 7 типа
- 3) инфицирование высокоонкогенными штаммами ВПЧ
- 4) инфицирование ВИЧ
- 5) отсутствие половой жизни

237. ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА И ОПРАВДАНА

- 1) у девушек, еще не живших половой жизнью
- 2) у женщин в менопаузе
- 3) у женщин старше 45 лет
- 4) у девочек до 11 лет
- 5) сразу после родов

238. В ГРУППУ РИСКА ПО ВОЗНИКНОВЕНИЮ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ВХОДЯТ ЖЕНЩИНЫ

- 1) перенесшие гемотрансфузию
- 2) имеющие эктопию шейки матки
- 3) инфицированные ВИЧ
- 4) с внематочной беременностью
- 5) инфицированные ВПЧ

239. СПОСОБ КОНТРАЦЕПЦИИ, МАКСИМАЛЬНО ИСКЛЮЧАЮЩИЙ РИСК РАЗВИТИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ - ЭТО

- 1) внутриматочная спираль
- 2) комбинированные оральные контрацептивы
- 3) механическая барьерная контрацепция
- 4) календарный метод
- 5) физиологические методы

240. К ВАМ ОБРАТИЛАСЬ ЖЕНЩИНА С ПРОСЬБОЙ ПОДОБРАТЬ ПРОТИВОЗАЧАТОЧНОЕ СРЕДСТВО. НЕ ЗАМУЖЕМ. ПОЛОВОЙ ЖИЗНЬЮ ЖИВЕТ 1-2 РАЗА В МЕСЯЦ. ПАРТНЕРЫ РАЗНЫЕ. БЕРЕМЕННОСТЕЙ НЕ БЫЛО. ВЫ ПОРЕКОМЕНДУЕТЕ

- 1) презерватив
- 2) постинор
- 3) внутриматочную спираль
- 4) комбинированные оральные контрацептивы
- 5) календарный метод

241. ЖЕНЩИНЕ 40 ЛЕТ, ИМЕЮЩЕЙ 3Х ДЕТЕЙ, СОМАТИЧЕСКИ ЗДОРОВОЙ, НЕ ПЛАНИРУЮЩЕЙ ДЕТОРОЖДЕНИЕ, ОПТИМАЛЬНА КОНТРАЦЕПЦИЯ:

- 1) прерванный половой акт
- 2) лактационная аменорея
- 3) календарный метод
- 4) постинор
- 5) хирургическая стерилизация

242. ЗАМУЖНЕЙ ЖЕНЩИНЕ 28 ЛЕТ, СТРАДАЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКИМ ТРОМБОФЛЕБИТОМ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, МАТЕРИ ОДНОГО РЕБЕНКА, ПОКАЗАНА КОНТРАЦЕПЦИЯ

- 1) комбинированные оральные контрацептивы
- 2) механическая барьерная контрацепция
- 3) внутриматочная контрацепция
- 4) прерванный половой акт
- 5) хирургическая стерилизация

243. 18-ЛЕТНЯЯ ПАЦИЕНТКА, ИМЕЮЩАЯ ВНЕМАТОЧНУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ В АНАМНЕЗЕ, ОБРАТИЛАСЬ ДЛЯ ПОДБОРА КОНТРАЦЕПЦИИ. ВЫ ПОРЕКОМЕНДУЕТЕ

- 1) КОК + барьерные методы
- 2) мини-пили
- 3) прерванный половой акт
- 4) добровольная стерилизация
- 5) инъекционные контрацептивы

244. МЕТОД ЮЗПЕ - ЭТО

- 1) инъекционная контрацепция
- 2) трансдермальная контрацепция
- 3) применение спермицидов
- 4) двойной голландский метод
- 5) метод экстренной контрацепции с помощью КОК

245. СПЕРМИЦИДЫ ОКАЗЫВАЮТ ПРОТИВОЗАЧАТОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЗА СЧЕТ

- 1) повышения вязкости цервикальной слизи
- 2) обратимой атрофии эндометрия
- 3) снижения подвижности сперматозоидов
- 4) торможения овуляции
- 5) повышения сократительной активности матки

246. ДИСГЕНЕТИЧЕСКИЙ ЯИЧНИК У БОЛЬНОЙ С АМЕНОРЕЕЙ ЯИЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА СКЛОНЕН К

- 1) малигнизации
- 2) вирилизации
- 3) феминизации

- 4) отсутствию изменений
- 5) индукции преждевременного полового развития

247. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ПЕРВИЧНОЙ АМЕНОРЕИ БЕЗ ЗАДЕРЖКИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ - ЭТО

- 1) отсутствие яичников
- 2) неправильное положение матки
- 3) удаление матки
- 4) полипы полости матки
- 5) пороки развития матки и влагалища с нарушением оттока менструальной крови

248. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ АМЕНОРЕЯ – ЭТО ОТСУТСТВИЕ МЕНСТРУАЦИИ

- 1) после 30 лет
- 2) после овариоэктомии
- 3) во время беременности
- 4) в период с 18 до 25 лет
- 5) после гистерэктомии

249. ПЕРВИЧНАЯ АМЕНОРЕЯ – ЭТО ОТСУТСТВИЕ МЕНАРХЕ В ВОЗРАСТЕ

- 1) 16 лет и старше
- 2) 9 лет
- 3) 26 лет
- 4) 10 лет
- 5) 14 лет

250. ВТОРИЧНАЯ АМЕНОРЕЯ – ЭТО ПРЕКРАЩЕНИЕ МЕНСТРУАЦИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА НА СРОК

- 1) 4 месяца
- 2) 5 месяцев
- 3) 1 месяца
- 4) 2 недели
- 5) 6 месяцев и более

4. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
1	4	41	1	81	2	121	1	161	1
2	2	42	1	82	1	122	3	162	4
3	5	43	2	83	3	123	3	163	2
4	1	44	1	84	5	124	1	164	4
5	1	45	3	85	4	125	2	165	3
6	3	46	5	86	3	126	1	166	2
7	3	47	1	87	5	127	1	167	2
8	4	48	4	88	4	128	3	168	1
9	1	49	3	89	5	129	1	169	2
10	3	50	4	90	1	130	3	170	1
11	1	51	1	91	5	131	3	171	2
12	5	52	2	92	4	132	3	172	2
13	3	53	1	93	3	133	1	173	2
14	1	54	3	94	1	134	2	174	5
15	1	55	5	95	1	135	5	175	3
16	2	56	2	96	5	136	1	176	3
17	1	57	5	97	2	137	4	177	3
18	4	58	3	98	2	138	4	178	1
19	2	59	5	99	1	139	1	179	1
20	5	60	1	100	2	140	4	180	2
21	1	61	1	101	5	141	1	181	2
22	3	62	4	102	2	142	1	182	5
23	3	63	2	103	5	143	2	183	3
24	1	64	4	104	1	144	1	184	4
25	2	65	3	105	1	145	3	185	4
26	1	66	4	106	3	146	5	186	3
27	1	67	2	107	3	147	1	187	4
28	3	68	1	108	4	148	4	188	4
29	2	69	2	109	1	149	3	189	5
30	3	70	1	110	3	150	4	190	1
31	4	71	2	111	1	151	1	191	5
32	3	72	2	112	5	152	2	192	4
33	1	73	2	113	3	153	1	193	3
34	2	74	5	114	1	154	3	194	1
35	5	75	3	115	1	155	4	195	1
36	3	76	3	116	2	156	2	196	5
37	4	77	3	117	1	157	5	197	2
38	4	78	1	118	4	158	3	198	2
39	1	79	1	119	2	159	5	199	1
40	4	80	2	120	4	160	1	200	2

№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
201	2	243	2	35	2	77	5	119	3
202	3	244	2	36	3	78	3	120	1
203	3	245	2	37	1	79	1	121	5
204	3	246	2	38	3	80	1	122	3
205	3	247	4	39	3	81	1	123	1
206	2	248	3	40	1	82	1	124	1
207	3	249	1	41	4	83	1	125	2
208	3	250	3	42	3	84	5	126	4
209	2	1	2	43	1	85	2	127	4
210	2	2	5	44	5	86	1	128	3
211	3	3	3	45	2	87	1	129	1
212	3	4	4	46	5	88	1	130	5
213	1	5	3	47	5	89	1	131	3
214	4	6	2	48	3	90	4	132	1
215	4	7	1	49	4	91	3	133	2
216	1	8	5	50	5	92	1	134	3
217	2	9	5	51	3	93	5	135	1
218	1	10	4	52	1	94	3	136	5
219	4	11	5	53	5	95	1	137	3
220	2	12	1	54	3	96	5	138	5
221	5	13	4	55	1	97	3	139	5
222	3	14	5	56	1	98	1	140	3
223	2	15	5	57	3	99	1	141	2
224	2	16	1	58	1	100	3	142	1
225	4	17	5	59	5	101	1	143	3
226	3	18	3	60	3	102	5	144	1
227	1	19	1	61	1	103	3	145	1
228	2	20	1	62	1	104	1	146	2
229	2	21	5	63	3	105	5	147	2
230	4	22	5	64	1	106	3	148	2
231	5	23	1	65	5	107	4	149	2
232	2	24	2	66	3	108	5	150	4
233	1	25	1	67	4	109	3	151	5
234	4	26	5	68	1	110	1	152	3
235	3	27	5	69	3	111	1	153	2
236	1	28	1	70	4	112	2	154	5
237	4	29	2	71	5	113	5	155	1
238	4	30	3	72	2	114	3	156	2
239	1	31	1	73	1	115	3	157	1
240	4	32	5	74	5	116	1	158	1
241	1	33	3	75	1	117	2	159	1
242	1	34	1	76	1	118	2	160	3

№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
161	1	179	1	197	1	215	1	233	4
162	5	180	5	198	5	216	5	234	1
163	3	181	3	199	3	217	3	235	1
164	1	182	1	200	1	218	4	236	3
165	5	183	5	201	5	219	5	237	1
166	1	184	3	202	3	220	5	238	5
167	1	185	1	203	1	221	3	239	3
168	4	186	1	204	5	222	1	240	1
169	2	187	3	205	3	223	1	241	5
170	1	188	1	206	1	224	3	242	3
171	2	189	5	207	2	225	1	243	1
172	3	190	4	208	3	226	5	244	5
173	1	191	5	209	1	227	1	245	3
174	2	192	4	210	5	228	1	246	1
175	3	193	2	211	3	229	5	247	5
176	1	194	1	212	1	230	1	248	3
177	1	195	5	213	5	231	1	249	1
178	1	196	3	214	3	232	5	250	5

Типография КрасГМУ
Заказ № 18565

660022, г.Красноярск, ул.П.Железняка, 1