001. Совместное пребывание матери и новорожденного организуется:

 в специализированном родильном доме

 в неспециализированном родильном доме

 в обсервационном отделении родильного дома

 в послеоперационных палатах родильного дома

 в перинатальных центрах

002. Первое прикладывание к груди матери здоровых новорожденных проводится обычно:

 сразу после рождения

 через 6 ч после рождения

 через 8 ч после рождения

 через 12 ч после рождения

 через 24 ч после рождения

003. Минимальный интервал между беременностями, несоблюдение которого, как правило, увеличивает в 2 раза показатели материнской и перинатальной смертности, составляет:

 5 лет

 4 года

 3 года

 2 года

 1 год

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

 после стихания острых симптомов заболевания

 в день постановки диагноза

 по выздоровлении, для реабилитации

 после выписки матери из родильного дома

 после консультации врача детской больницы

005. В структуре причин материнской смертности первое место занимает:

 преэклампсия

 экстрагенитальная патология

 кровотечения

 инфекция

 разрыв матки

006. Показатель материнской смертности рассчитывается следующим образом:

 (число женщин, умерших в родах)/ (число родов×100 000)

 (число женщин, умерших от осложнений беременности со срока 28 недель)/ (число родившихся живыми и мертвыми)×100 000

 (число умерших беременных независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности)/ (число родившихся живыми)×100000

 (число женщин, умерших во время беременности в сроке 28 недель и больше, в родах и в течение 2 недель послеродового период/ (число родившихся живыми и мертвыми)×100 000

 (число умерших беременных, независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности)/ (число родившихся живыми и мертвыми)×100 000

007. Основным показателем эффективности работы женской консультации по планированию семьи является:

 число женщин на участке

 абсолютное число женщин, направленных на аборт в течение года

 число осложнений после абортов

 число абортов на 1000 женщин фертильного возраста

 число самопроизвольных выкидышей на 1000 женщин фертильного возраста

008. Показатель эффективности диспансеризации гинекологических больных – это:

 число пролеченных больных в стационаре

 число больных, направленных на санаторное лечение

 снижение гинекологической заболеваемости с временной утратой трудоспособности

 удельный вес снятых в течение года с диспансерного учета с выздоровлением из числа больных, состоявших на диспансерном учете в течение года

 снижение числа с выявленными онкологическими заболеваниями

009. Стойкого снижения числа абортов удается достичь, когда доля женщин фертильного возраста, использующих современные средства контрацепции (ВМС, гормональные контрацептивы) составляет:

 15-20%

 25-30%

 35-40%

 45-50%

 55-60%

010. Основной отчетный документ о деятельности родильного дома, направляемый в вышестоящие органы медицинской статистики – это:

 отчет лечебно-профилактического учреждения (ф. N 1)

 отчет по форме 32

 журнал учета санитарно-просветительной работы (ф. 038-о/у)

 статистический талон для регистрации уточненных диагнозов (ф. 025-2/у)

 журнал госпитализации

011. Понятие перинатальная смертность означает:

 смерть ребенка в родах

 потеря плода "вокруг родов" - в антенатальном, интранатальном и раннем неонатальном периоде

 мертворождаемость

 антенатальная гибель плода

 смерть плода в течение 2 часов после родов

012. Показатель перинатальной смертности рассчитывается следующим образом:

 (число мертворожденных)/ (число родов×1000)

 (число умерших интранатально)/ (число родившихся мертвыми)×1000

 (число мертворожденных + число умерших в первые 168 ч после рождения)/ (число родившихся живыми и мертвыми)×1000

 (число умерших в первые 7 суток после рождения)/ (число родов×1000)

 (число мертворожденных + число умерших в первые 168 ч после рождения)/ (число родившихся живыми)×1000

013. Основным показателем эффективности профилактического гинекологического осмотра работающих женщин является:

 число осмотренных женщин

 число гинекологических больных, взятых на диспансерный учет

 число женщин, направленных на лечение в санаторий

 доля выявленных гинекологических больных из числа осмотренных женщин

 число прооперированных гинекологических больных

014. Наибольший удельный вес в структуре перинатальной смертности имеет:

 антенатальная смертность

 интранатальная смертность

 ранняя неонатальная смертность

 постнеонатальная смертность

 смертность в течение 6 месяцев после родов

015. Хирургическое лечение трубного бесплодия показано:

 при выявлении непроходимости в одной из маточных труб

 во всех случаях при выявлении механического трубного бесплодия

 при часто рецидивирующих воспалительных процессах в придатках матки

 при отсутствии эффекта от проводимой консервативной терапии и настойчивого стремления женщины иметь детей

 при отсутствии других подтвержденных причин бесплодия

016. Летальность новорожденных при родовой травме определяется следующим образом:

 абсолютное число детей, умерших от родовой травмы

 (число детей, умерших от родовой травмы)/ (число родившихся живыми)×100

 (число умерших детей в первые 7 суток)/ (число родившихся живыми)×1000

 (число детей, умерших от родовой травмы)/ (число детей, страдающих родовой травмой)×100

 (число детей, умерших от родовой травмы)/ (число детей, страдающих родовой травмой)×1000

017. Роль смотровых гинекологических кабинетов поликлиник состоит:

 в диспансеризации гинекологических больных

 в обследовании и наблюдении беременных женщин

 в проведении периодических медицинских осмотров работающих женщин

 в охвате профилактическими осмотрами работающих и неработающих женщин

 в охвате профилактическими осмотрами учащихся

018. Одним из основных критериев живорождения является:

 масса плода 500 г и более

 рост плода 25 см и более

 срок беременности 22 недели и более

 наличие самостоятельного дыхания

 наличие рефлексов

019. Показатель материнской летальности от эклампсии рассчитывается следующим образом:

 (число женщин, умерших от эклампсии)/ (общее число женщин, умерших от всех причин)×1000

 (число женщин, умерших от эклампсии)/ (общее число женщин, умерших от всех причин)×100

 (число женщин, умерших от эклампсии)/ (общее число родов×10 000)

 (число женщин, умерших от эклампсии)/ (число родившихся живыми и мертвыми)×100 000

 (число женщин, умерших от эклампсии)/ (число родившихся живыми)×100 000

020. Осмотр терапевтом женщин при физиологически протекающей беременности проводится:

 при первой явке

 при первой явке и в 32 недели беременности

 во втором триместре беременности

 в 36 недель беременности

 перед родами

021. Синдром истощения яичников характеризуется всем перечисленным, кроме:

 прекращением менструаций

 монофазным характером кривой базальной температуры (ниже 37°С)

 сохранения овуляции

 отрицательной пробой с прогестероном

 положительной пробой с эстрогенами и прогестероном

022. Передняя стенка влагалища в ее верхнем отделе граничит:

 с мочеточниками

 с дном мочевого пузыря

 с шейкой мочевого пузыря

 с мочеиспускательным каналом

023. Задняя стенка влагалища в средней ее части соприкасается:

 с прямой кишкой

 с сигмовидной кишкой

 с прямокишечно-маточным углублением (дугласовым карманом)

 с тканями промежности

 с петлями тонкого кишечника

024. Границей между наружными и внутренними половыми органами является:

 наружный маточный зев

 внутренний маточный зев

 девственная плева (вход во влагалище)

 малые половые губы

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

 7-8 см

 9-10 см

 10-12 см

 15-18 см

 19-20 см

026. Нижний маточный сегмент начинает формироваться со следующих сроков беременности:

 16 недель

 18 недель

 20 недель

 22 недели

 24 недели

027. Диафрагма таза образуется:

 глубокой поперечной мышцей промежности

 мышцей, поднимающей задний проход

 мочеполовой диафрагмой

 поверхностной поперечной мышцей промежности

028. Длина тела небеременной матки у женщин составляет:

 6-7 см

 7-8 см

 8-9 см

 9-10 см

 11-12 см

029. Основные особенности строения влагалища все перечисленное, кроме:

 стенка покрыта многослойным плоским эпителием

 в слизистой оболочке нет желез

 во влагалище нет подслизистого слоя

 содержимое влагалища - это только результат секреции шеечных желез,

маточных труб, клетки слущенного эпителия влагалища

030. От области наружных половых органов и нижней части влагалища лимфа оттекает преимущественно в лимфоузлы:

 внутренние подвздошные

 крестцовые

 паховые и наружные подвздошные

031. Увеличение матки во время беременности НЕ происходит за счет:

 гипертрофии мышечных волокон матки

 гиперплазии мышечных волокон матки

 растяжения стенок матки растущим плодом

 растяжения мышц передней брюшной стенки

032. Какие из указанных связок матки подвергаются растяжению при беременности в наименьшей степени:

 круглые

 кардинальные

 крестцово-маточные

033. Под акушерской промежностью подразумевают участок тканей:

 между задней спайкой и копчиком

 между задней спайкой и анусом

 между анусом и копчиком

 от нижнего края лона до ануса

 от нижнего края лона до копчика

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

 0.1-0.3 см

 0.4-0.6 см

 0.7-0.9 см

 1.0-1.2 см

 1.3-1.5 см

035. В пубертатном периоде влагалищная часть шейки матки имеет, следующие особенности:

 покрыта цилиндрическим эпителием

 стык многослойного плоского и цилиндрического эпителиев располагается на поверхности эктоцервикса

 покрыта многослойным плоским эпителием

036. Большая железа преддверия влагалища имеет следующие основные функциональные особенности:

 имеет строение альвеолярной железы с мелкими и крупными протоками

 выводной проток ее располагается на границе средней и нижней трети больших половых губ

капсула большой железы преддверия тесно прилежит к вестибулярному венозному сплетению

 железа постоянно выделяет муцинозный секрет

037. Физиологическое течение климактерического периода характеризуется:

 прекращением менструальной и репродуктивной функций

 резко выраженными изменением эмоционального и вегетативного статуса

 не резко выраженными "приливами"

038. Функция самоочищения влагалища НЕ зависит:

 от уровня эстрогенной насыщенности организма женщины

 от массивности обсеменения влагалища патогенной микрофлорой

 от выраженности влагалищных складок

 от длины влагалища

039. К основным фазам климактерия НЕ относится:

 пременопауза

 менопауза

 постменопауза

 перименопауза

040. Матка располагается в малом тазу следующим образом:

 влагалищная часть шейки и наружный зев располагаются на уровне седалищных остей

 тело и шейка матки располагаются под открытым впереди тупым углом друг к другу

 матка располагается в брюшной полости симметрично по отношению к срединной линии

041. Яичник НЕ поддерживается в брюшной полости:

 собственной связкой яичника

 широкой маточной связкой

 воронко-тазовой связкой

 крестцово-маточными связками

042. Околоматочная клетчатка (параметрий) характеризуется всеми указанными признаками, кроме:

 расположена между листками широкой маточной связки

 расположена на уровне шейки матки

 расположена в основании широких маточных связок

 обеспечивает интимное соединение брюшины с маткой

043. Наружные половые органы НЕ снабжаются кровью за счет ветвей:

 бедренной артерии

 внутренней срамной артерии

 маточной артерии

044. От верхней части влагалища, шейки матки и области перешейка лимфа НЕ оттекает в лимфоузлы:

 наружные подвздошные

 внутренние подвздошные

 крестцовые

 паховые

045. От дна матки, труб и яичников лимфа оттекает в лимфоузлы, кроме:

 парааортальные

 лежащие на нижней полой вене (паракавальные)

 крестцовые

046. Основной анатомической особенностью яичниковой артерии является все, кроме:

 анастомозирует с яичниковой ветвью маточной артерии

 отходит чуть ниже почечной артерии

 проходит между листками широкой маточной связки вдоль ее свободного края

 отходит от наружной подвздошной артерии

047. Топографическая анатомия маточной артерии имеет следующие характерные признаки, кроме:

 делится на восходящую и нисходящую ветви

 на первом перекресте с мочеточником располагается позади мочеточника

 ее влагалищная ветвь идет по передне-боковой стенке влагалища с обеих сторон

 ее влагалищная ветвь анастомозирует с почечной артерией

048. Кариопикнотический индекс - это процентное отношение:

 эозинофильных поверхностных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке

 поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к общему числу клеток в мазке

 базальных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке

 парабазальных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке

 поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к эозинофильным поверхностным клеткам

049. Показателем недостаточности функции желтого тела на графике базальной температуры (при нормопонирующем менструальном цикле) является продолжительность второй фазы менее:

 4-6 дней

 6-8 дней

 8-10 дней

 10-12 дней

 13-15 дней

050. При двуфазном менструальном цикле разница базальной температуры I и II фаз составляет:

 0.2-0.3°С

 0.4-0.6°С

 0.7-0.8°С

 0.9-1.2°С

 1.3-1.5°С

051. Положительный симптом зрачка в течение всего менструального цикла свидетельствует:

 о наличии гиперандрогении

 об укорочении II фазы цикла

 о наличии ановуляторного цикла

 о наличии гиперэстрогении

 об удлинении II фазы цикла

052. Положительная прогестероновая проба при аменорее (проявление через 2-3 дня после отмены препарата менструально-подобного кровотечения) свидетельствует:

 о наличии атрофии эндометрия

 о достаточной эстрогенной насыщенности организма

 о гиперандрогении

 о гипоэстрогении

 о сниженном содержании в организме прогестерона

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

 о наличии аменореи центрального генеза

 о яичниковой форме аменореи

 о маточной форме аменореи

 о наличии синдрома склерокистозных яичников

 о гиперандрогении

054. При нормальном течении беременности уровень ХГ достигает максимума при сроке:

 5-6 недель

 7-8 недель

 9-10 недель

 11-12 недель

 13-14 недель

055. К методам, уточняющим диагноз синдрома истощения яичников, относят все, кроме:

 тесты функциональной диагностики

 определение гонадотропных гормонов

 УЗИ

 определение половых гормонов

 биопсия яичников

056. О тяжелом внутриутробном страдании плода по данным КТГ свидетельствует следующая амплитуда мгновенных осцилляций:

 0-5 в минуту

 5-10 в минуту

 10-15 в минуту

 15-20 в минуту

 20-25 в минуту

057. Несстрессовый тест основан:

 на оценке реактивности сердечно-сосудистой системы плода в ответ на его шевеление, сокращение матки, действие внешних раздражителей

 на реакции сердечной деятельности плода в ответ на внутривенное введение матери спазмолитиков

 на реакции сердечной деятельности плода в ответ на интрацервикальное введение матери простагланидинов

 на учете числа движений плода в течение 40 минут

 на учете числа движений плода в 1 ч

058. Показанием для проведения ирригоскопии и ректороманоскопии в гинекологии является:

 опухоль яичника

 подозрение на внематочную беременность

 эндометриоз

 рак эндометрия

 рак шейки матки

059. При подозрении на эндометриоз тела матки гистероскопию следует проводить:

 на 2-3-й день менструального цикла

 на 7-8-й день менструального цикла

 на 14-16-й день менструального цикла

 на 20-22-й день менструального цикла

 на 26-28-й день менструального цикла

060. Наименьшим сроком беременности, при котором "пустое" плодное яйцо при УЗИ надежно указывает на наличие анэмбрионии, является:

 2 недели

 4 недели

 6 недель

 8 недель

 10 недель

061. Суточная доза каберголина зависит:

 от возраста

 от длительности заболевания

 от исходного уровня эстрогенов

 от уровня пролактина в крови

 от данных гистологического исследования соскоба эндометрия

062. Симметричная задержка внутриутробного развития плода развивается:

 до 30 недель

 в 31-36 недель

 в 37-38 недель

 после 36 недель

 в любом сроке беременности

063. Акцелерация – это:

 учащение частоты сердечных сокращений плода (ЧСС)

 урежение ЧСС плода

 отражение аритмии сердечной деятельности плода

 отражение внутриутробной задержки роста плода

 отражение внутриутробной гипоксии плода

064. Ранние децелерации - это урежение сердечных сокращений плода:

 с началом схваток

 через 30-60 с после начала схватки

 через 120 с после схватки

 в паузу между схватками

 не зависит от наличия схваток

065. Гистероскопия позволяет дифференцировать:

 рак эндометрия от гиперплазии эндометрия

 крупный полип от подслизистого миоматозного узла, состояние эндометрия во II фазе менструального цикла от его гиперплазии

 плацентарный полип от узла хориокарциномы

 субсерозную миому матки от опухоли яичника

 хронический эндометрит от гиперплазии эндометрия

066. Родовая боль возникает вследствие:

 раздражения нервных окончаний матки и родовых путей

 повышения порога болевой чувствительности мозга

 нарушения передачи нервных импульсов при сокращениях матки

067. При лечении каберголинами беременность чаще всего наступает (от момента начала терапии):

 на первом месяце

 на третьем месяце

 через 1 год

 через 1.5-2 года

 через 3 года

068. Проба с дексаметазоном считается положительной, если в ответ на применение дексаметазона наблюдается следующее изменение уровня 17-кетостероидов в суточном количестве мочи:

 повышение на 50% и более

 повышение на 10-20%

 понижение на 10-20%

 понижение на 50% и более

 понижение на 30-40%

069. Повышенная продукция пролактина у больных с бесплодием может быть обусловлена всем перечисленным, кроме:

 развитием новообразования в гипоталамусе

 развитием аденомы гипофиза

 приемом антибиотиков

снижением продукции в гипоталамусе пролактинингибирующего фактора

 длительного приема нейролептиков

070. Для обезболивания родов в периоде раскрытия можно применять все перечисленные препараты, кроме:

 закиси азота с кислородом

 промедола

 тиопентала натрия

071. Промедол в терапевтических дозах обладает следующими свойствами:

 антиагрегантными

 антигистаминными

 аналгезирующими

072. При применении промедола в родах возможными осложнениями могут быть:

 анурия

 гипертензия

 угнетение дыхания у матери и плода

073. При применении фентанила в родах возможными осложнениями являются:

 угнетение сократительной деятельности матки

 гипотоническое кровотечение

 нарушение свертывающей системы крови

угнетение дыхания

074. Разовая оптимальная доза промедола, применяемого для обезболивания родов, составляет:

 5 мг

 20 мг

 50 мг

 100 мг

075. Повторное введение промедола допускается через:

 30 мин

 60 мин

 1.5 ч

 3-4 ч

076. Опасность угнетения дыхательного центра у новорожденного возникает, если промедол вводят до рождения плода:

 за 1 ч

 за 2 ч

 не зависит от времени введения

077. Промедол может вызвать:

 преждевременную отслойку плаценты

 угнетение дыхательного центра плода (новорожденного)

 преждевременное внутриутробное дыхание плода

078. Оптимальная длительность применения каберголинов с целью восстановления репродуктивной функции при гиперпролактинемии, как правило, составляет:

 постоянное применение

 не менее 1.5-2 лет

 1 год

 3-6 месяцев

 9-12 месяцев

079. Действие закиси азота начинается:

 сразу на вдохе

 через 20 с

 через 3 мин

 через 5 мин

080. Обезболивающее действие закиси азота прекращается:

 сразу после прекращения ингаляции

 через 20 с

 через 3 мин

 через 5 мин

081. Оптимальным соотношением смеси закиси азота с кислородом для обезболивания родов является:

 25 : 75

 50 : 50

 75 : 25

082. Для перидуральной анестезии применяются все перечисленные препараты, кроме:

 ропивакаина

 бупивакаина

 лидокаина

 новокаина

083. При перидуральной анестезии возможны следующие осложнения, кроме:

 токсическая реакция на анестетик

 кратковременная гипотензия

 кратковременное снижение сократительной активности матки

 угнетение ЦНС при соблюдении техники

084. Основным недостатком перидуральной анестезии является:

 периферическая вазоконстрикция

 нарушение компенсаторной вазоконстрикции при невосполненной кровопотере

 отсутствие болевого симптомокомплекса в условиях реальной угрозы разрыва матки

085. Для наложения акушерских щипцов применяют, как правило, следующий метод обезболивания:

 внутривенное введение анальгетиков

 ингаляция закиси азота с кислородом (2 : 1)

 пудендальная анестезия

 нижне-люмбальная перидуральная анестезия

086. При ручном обследовании послеродовой матки обычно применяют следующее обезболивание:

 ингаляционный анестетик

 внутривенное введение анестетика

 пудендальную анестезию

 парацервикальную анестезию

087. При угрозе разрыва матки применяют следующее обезболивание:

 промедолом

 пудендальную анестезию

общий наркоз

 парацервикальную анестезию

088. Для обезболивания преждевременных родов используется:

 закись азота с кислородом

 промедол

 баралгин

 эпидуральная анестезия

089. При зашивании разрыва промежности применяют следующее обезболивание, кроме:

 закиси азота с кислородом

 анальгетики внутривенно

 местная анестезия лидокаином

 пудендальной анестезии

090. Становление фетоплацентарной системы заканчивается:

 к 16-й неделе беременности

 к 20-й неделе беременности

 к 24-й неделе беременности

 к 28-й неделе беременности

 к 32-й неделе беременности

091. Ранняя функция цитотрофобласта состоит:

 в гистиотрофном питании зародыша

 в продукции ХГ (хорионического гонадотропина)

 в продукции ПЛ (плацентарного лактогена)

 в продукции экстрогенов

 в продукции прогестерона

092. Вторичные ворсинки хориона образуются:

 на 1-й неделе беременности

 на 2-й неделе беременности

 на 3-й неделе беременности

 на 4-й неделе беременности

 на 5-й неделе беременности

093. При нарушении маточно-плацентарного кровотока в первом триместре беременности развивается:

 первичная плацентарная недостаточность

 рвота беременных

 гипертония беременных

 гестационный диабет

094. Эмбриопатией называются заболевания:

 возникшее на стадии развития эмбриона, до завершения эмбриогенеза

 возникшие в первом триместре беременности

 возникшие во втором триместре беременности

 возникшие в третьем триместре беременности

 внутриутробные пороки развития плода

095. Эмбриогенез заканчивается:

 на 4-й неделе развития плода

 на 6-й неделе развития плода

 на 8-й неделе развития плода

 на 10-й неделе развития плода

 на 12-й неделе развития плода

096. При нарушении функции щитовидной железы развитие бесплодия обусловлено:

 выраженным нарушением жирового обмена

 постоянной гипотермией тела

 угнетением процессов овуляции

 уплотнением белочной оболочки яичников

 персистенцией фолликулов

097. При нормальной беременности наблюдаются следующие изменения гемодинамики:

 снижается объем циркулирующей плазмы

 уменьшается объем циркулирующих эритроцитов (ОЦЭ) на 30-40%

 отмечается гемоконцентрация

 возрастает объем циркулирующей крови (ОЦК) на 40-50%

 уменьшается сердечный выброс

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

 повышается систолическое давление крови

 повышается диастолическое давление крови

 повышается периферическое сопротивление сосудов

 снижается объем циркулирующей крови

 увеличивается объем циркулирующей крови

099. Пик прироста объема циркулирующей крови при нормальной беременности:

приходится на срок

 16-20 недель

 22-24 недели

 26-34 недель

 36-38 недель

 38-40 недель

100. В пищеварительной системе при беременности происходят следующие изменения:

 гипохлоргидрия

 усиление моторной функции желудка

 усиление перистальтики кишечника

 увеличение секреции пепсина

 увеличение секреции трипсина

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

 гиперкоагуляция

 гипокоагуляция

 коагулопатия потребления

 активизация только сосудисто-тромбоцитарного звена

 активизация только плазменного звена

102. Показатель скорости клубочковой фильтрации почек с 20 недель физиологически развивающейся беременности повышается:

 на 10%

 на 20%

 на 30%

 на 40%

 на 50%

103. Максимальное растяжение матки происходит при сроке беременности:

 20-26 недель

 27-30 недель

 31-36 недель

 37-39 недель

 40 недель

104. Запоздалое созревание плаценты может приводить:

 к перенашиванию беременности

 к преждевременным родам

 к незрелости плода

 к внутриутробной гипоксии плода

 к преждевременной отслойке плаценты

105. Оптимальная продолжительность родов у первородящей составляет:

 2-4 ч

 5-7 ч

 10-12 ч

 8-10 ч

 12-14 ч

106. При нарушении сократительной деятельности матки в родах миометральный кровоток:

 возрастает

 снижается

 не изменяется

 временно прекращается

 увеличивается в одних участках матки, уменьшается в других

107. Готовность фетоплацентарной системы к родам заключается:

 в усилении надпочечниками плода продукции кортизола

 в повышении продукции тиреотропного гормона у плода

 в повышении выработки прогестерона тканями плаценты

 в усиленной продукции гистамина тканями плаценты

 в снижении продукции эстрогенов тканями плаценты

108. Средний объем околоплодных вод в конце беременности составляет:

 100 мл

 500 мл

 1000 мл

 1500 мл

 2000 мл

109. При избыточном увеличении массы тела женщин во второй половине беременности следует заподозрить:

 крупный плод

 преэклампсию

 многоводие

 многоплодие

 врожденные пороки развития плода

110. Первый период физиологических родов заканчивается всегда:

 полным раскрытием шейки матки

 возникновением потуг

 излитием околоплодных вод

 через 4-6 ч от начала регулярных схваток

 через 6-8 ч от начала регулярных схваток

111. Окситоцин способствует отделению молока из молочных желез путем:

 сокращения миоэпителиальных клеток в молочных ходах

 увеличения секреции пролактина

 снижения содержания экстрогенов

 увеличения содержания эстрогенов

 снижения содержания прогестерона

112. Основная роль эстрогенов в родах заключается:

 в снижении уровня прогестерона

 в снятии прогестеронового блока в плацентарной площадке матки

 в усилении секреции тиреотропного гормона у матери и плода

 в усилении продукции пролактина

 в повышении чувствительности рецепторов матки к утеротоникам

113. Нормальная сократительная деятельность матки в родах характеризуется:

 значительным повышением базального тонуса матки

 гипертонусом нижнего сегмента матки

 смещением "водителя ритма" (пейсмекер) с дна на тело матки

 расслаблением поперечных гладкомышечных пучков при интенсивном сокращении продольных волокон

 появлением двух и более «водителей ритма»

114. Общее количество лохий в первую неделю послеродового периода составляет:

 50 мл

 100 мл

 200 мл

 до 1.0 литра

 до 1.5 литров

115. Перинатальным периодом считается промежуток времени, начинающийся:

 с периода зачатия и заканчивающийся рождением плода

 с периода жизнеспособности плода и заканчивающийся 7-ю сутками (168 часов после рождения)

 с периода рождения плода и заканчивающийся через месяц после родов

116. Термин изоиммунизация означает:

 стимуляцию иммунитета

 подавление иммунитета

 образование антител

 снижение реактивности организма

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

 10%

 30%

 50%

 100%

118. Сочетание групповой и резус-сенсибилизации в материнском организме для плода:

 не имеет значения

 более опасно

 менее опасно

 очень опасно

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

 20 недель

 22 недели

 26 недель

 28 недель

120. Наименьший рост жизнеспособного плода составляет:

 30 см

 32 см

 35 см

 25 см

121. Наименьшая масса тела жизнеспособного плода составляет:

 500 г

 600 г

 800 г

 1000 г

122. Исследование околоплодных вод во время беременности применяют для определения:

 пола плода

 зрелости легких плода

 функции почек плода

 оптической плотности билирубина

123. Если через 6 месяцев после родов в крови нет противорезусных антител, можно считать, что специфическая профилактика эффективна:

 нет

 да

 в зависимости от осложнений

 в зависимости от паритета родов

124. Стойкое повышение базальной частоты сердечных сокращений плода до 180 в минуту и более при головном предлежании:

 всегда считается признаком гипоксии плода

 диагностического значения не имеет

 не связано с гипоксией плода

 свидетельствует о пороке развития плода

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

 120-160 в минуту

 110-150 в минуту

 100-180 в минуту

 более 200 в минуту

126. Угроза преждевременных родов в сроке 22 недели сопровождается:

 повышением базального тонуса матки

 повышенной возбудимостью миометрия

 укорочением длины шейки матки по данным трансвагинального УЗИ менее 25 мм

 диаметр внутреннего зева менее 10 мм

127. Наличие поздних децелераций на кардиотокограмме в родах свидетельствует:

 о нормальном состоянии плода

 о гипоксии плода

 об инфицировании плода

 о спинно-мозговой грыже у плода

128. Для восстановления генеративной функции при дисгенезии гонад необходимо:

 длительная циклическая терапия половыми гормонами

 стимуляция овуляции

 клиновидная резекция яичников

 восстановление генеративной функции, как правило, бесперспективно

 длительная терапия агонистами ГнРГ

129. Гормонотерапия гестагенами возможна со срока беременности:

 5 недель

 6 недель

 12 недель

 20 недель

 при наличии показаний

130. При ведении преждевременных родов в тазовом предлежании показано применение пособия по Цовьянову:

 да

 нет

 только при чистом ягодичном предлежании

 при ножном предлежании

131. О критическом состоянии плода свидетельствует:

 однонаправленный характер КЩС в плазме и эритроцитах

 разнонаправленный характер КЩС в плазме и эритроцитах

 определение КЩС не обязательно

132. При реанимации новорожденного оксигенацию осуществляют:

 чистым кислородом

 смесью 80-60% кислорода и воздуха

 гелио-кислородной смесью (1 : 1)

 только воздухом

133. При гипоксии плода ацидоз плазмы крови:

 нарастает

 снижается

 существенно не изменяется

 изменяется также как в эритроцитах

134. Значительное снижение вариабельности базального ритма (частоты сердечных сокращений плода при оценке кардиотокограммы):

 свидетельствует о гипоксии плода

 свидетельствует об отсутствии гипоксии плода

 не является существенным признаком

 отражает задержку развития плода

135. Секрецию сурфактанта в легких плода усиливают:

 глюкокортикоиды

 катехоламины

 простагландин Е2

136. Для диагностики внутриутробной задержки роста плода наиболее информативны данные:

 графической гравидограммы

 степени зрелости плаценты

 количества околоплодных вод

 ультразвуковая фетометрия

137. Нерациональная кислородотерапия у новорожденного может вызвать все, кроме:

 угнетение дыхательных ферментов

 гипероксическую гипоксию

 некроз подкорковых ядер мозга

 коррекцию гипоксии

138. Риск развития аспирационного синдрома у плода чаще всего имеет место:

 при мекониальных околоплодных водах

 при аномалиях родовой деятельности

 при оперативном родоразрешении

139. Хроническая плацентарная недостаточность возникает во всех случаях, кроме:

 артериальной гипертензии второй степени

 преждевременной отслойке плаценты

 умеренной и тяжелой преэклампсии

 недоедании беременной

140. При отсутствии эффекта реанимацию новорожденного прекращают:

 через 15 минут

 через 10 минут

 при отсутствии роговичного рефлекса и реакции зрачков на свет

 через 20 минут

141. К внутриутробному инфицированию плода может привести все перечисленное, кроме:

 ОРВИ во время беременности

 обострение хронического пиелонефрита во время беременности

 угроза прерывания беременности

 острый цервицит во время беременности

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

 все размеры уменьшены на 0.5-1 см

 хотя бы один размер уменьшен на 0.5-1 см

 все размеры уменьшены на 1.5-2 см

 хотя бы один размер уменьшен на 1.5-2 см

 хотя бы один размер уменьшен на 2.5 см

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

 20 см

 19.5 см

 19 см

 18.5 см

 18 см

144. Уплощение верхнего треугольника пояснично-крестцового ромба характерно для следующей формы анатомически узкого таза:

 поперечносуженного

 простого плоского

 плоско-рахитического

 общеравномерносуженного

 кососмещенного

145. Для биомеханизма родов в переднеголовном предлежании характерны следующие основные особенности:

 головка плода проходит плоскости малого таза своим средним косым размером

 внутренний поворот головки плода совершается при переходе из широкой части полости малого таза в узкую

 ведущая точка на головке плода расположена между большим и малым родничками

 долихоцефалическая конфигурация головки

 проводной точкой является большой родничок

146. Потуги при головке, прижатой ко входу в малый таз, и отошедших водах, как правило, свидетельствуют:

 об окончании первого периода родов

 о начавшемся разрыве матки

 о клинически узком тазе

 об ущемлении передней губы шейки матки

 о слабости родовой деятельности

147. Положительный симптом Вастена свидетельствует:

 о крайней степени несоответствия головки плода и таза матери

 об угрозе разрыва матки

 о наличии крупного плода

 о слабости родовой деятельности

 о чрезмерно активной родовой деятельности

148. При задне-теменном асинклитическом вставлении головки доношенного некрупного плода следует применить:

 кесарево сечение

 родостимуляцию окситоцином

 внутривенное введение спазмолитиков

 акушерские щипцы

 вакуум-экстракцию плода

149. Функциональную оценку таза следует проводить:

 в I периоде родов

 при беременности

 во II периоде родов

 после излития околоплодных вод

 период родов значения не имеет

150. Если анатомически узкий таз сочетается с задне-теменным асинклитическим вставлением головки плода, то роды следует вести:

 через естественные родовые пути

 в зависимости от формы анатомически узкого таза

 в зависимости от массы тела плода

 путем кесарева сечения

 в зависимости от паритета родов

151. При лобном предлежании доношенного плода родоразрешение проводят:

 путем наложения вакуум-экстрактора на головку плода

 с помощью полостных акушерских щипцов

 путем кесарева сечения

 с применением родостимуляции окситоцином

 с применением рассечения шейки матки и промежности

152. При каком биомеханизме родов головка проходит полость малого таза своим большим косым размером:

 при переднем виде затылочного предлежания

 при заднем виде затылочного предлежания

 при переднеголовном предлежании

 при лобном предлежании

 при лицевом предлежании

153. При каком биомеханизме родов головка проходит полость малого таза своим вертикальным размером:

 передний вид затылочного предлежания

 задний вид затылочного предлежания

 переднеголовное предлежание

 лобное предлежание

 лицевое предлежание

154. При тазовом предлежании доношенного плода худший прогноз имеет место:

 при чисто ягодичном предлежании

 при ножном предлежании

 при смешанном ягодичном предлежании

 при разогнутой головке плода

 при запрокидывании ручки

155. Брахицефалическая конфигурация головки характерна для биомеханизма родов при следующем предлежании:

 затылочном, передний вид

 затылочном, задний вид

 переднеголовном

 лобном

 лицевом

156. Условиями для операции извлечения плода за тазовый конец являются:

 наличие целого плодного пузыря

 полная соразмерность головки плода и таза матери

 раскрытие маточного зева не менее чем на 7-8 см

 чисто ягодичное предлежание

 повторные роды

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

 прорезывается передняя ягодица

 прорезывается задняя ягодица

 плод рождается до пупочного кольца

 плод рождается до угла лопаток

 прорезываются обе ягодицы

158. При слабости родовой деятельности имеет место:

 увеличение содержания окситоцина у матери

 повышенное выделение окситоцина гипофизом плода

 сниженное содержание окситоциназы

 снижение количества околоплодных вод

 снижение уровня эндогенных простагландинов

159. В схемах для стимуляции родовой деятельности применяются препараты:

 простагландины

 метилэргометрин

 пабал

 окситоцин

 спазмолитики

160. При дискоординации сократительной деятельности матки (ДСДМ) внутриамниотическое давление по сравнению с нормой:

 повышено

 понижено

 не изменено

 в зависимости от толщины стенки матки

 в зависимости от паритета родов

161. Дистоция шейки матки – это:

 ригидность тканей шейки из-за рубцовых изменений травматического характера

 ригидность тканей шейки из-за рубцовых изменений воспалительного характера

 нарушение крово- и лимфообращения из-за дискоординированного характера сокращений матки

 возникает при нарушении тройного нисходящего градиента

 возникает при повышении базального тонуса матки

162. Наиболее частыми осложнениями для матери при слабости родовой деятельности являются:

 преэклампсия

 низкая плацентация

 неустойчивое положение плода

 внутриутробная гипоксия плода в родах

 послеродовое гипотоническое кровотечение

163. Для лечения дискоординации родовой деятельности применяют:

 окситоцин

 простагландины

 спазмолитики

 токолиз бета-миметиками

 седативные

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

 в правом косом размере

 в поперечном размере

 в прямом размере

 в левом косом

 не имеет принципиального значения

165. Во время влечения головки в акушерских щипцах тракции должны быть:

 вращательные

 качательные

 в виде рывков

 маятникообразные

 поступательные

166. Расширение объема операции при кесаревом сечении до экстирпации матки показано при:

 истинном приращении плаценты

 преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты

 субсерозной миоме матки

 хорионамнионите

 предлежании плаценты

167. Лечебно-диагностический эффект дексаметазона при гиперандрогении обусловлен:

 угнетением функции яичников

 угнетением функции надпочечников

 угнетением продукции АКТГ

 ускорением инактивации андрогенов

 угнетением продукции ФСГ и ЛГ

168. Лечебно-диагностический эффект комбинированных эстроген-гестагенных препаратов при гиперандрогении обусловлен:

 угнетением функции яичников

 угнетением функции надпочечников

 угнетением продукции АКТГ

 ускорением инактивации андрогенов

 угнетением продукции ФСГ и ЛГ гипофизом

169. При выявлении адреногенитального синдрома (АГС) лечение необходимо начинать:

 с момента установления диагноза

 после установления менструальной функции

 после замужества (в зависимости от времени планируемой беременности)

 только после родов

 в зависимости от возраста

170. В качестве достоверных признаков заболевания сердца у беременной следует рассматривать все перечисленное, кроме:

 одышка

 выраженное увеличение размеров сердца

 систолические и диастолические шумы в области сердца

 нарушения сердечного ритма

 затрудненный вдох

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

 накануне родов

 в родах и послеродовом периоде

 в первой половине беременности

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

 выраженной одышкой

 кашлем

 влажными хрипами

 тахикардией

173. Во время родов женщины с сердечной недостаточностью

должны находиться:

 в горизонтальном положении

 с приподнятым ножным концом

 в полусидячем положении

 лежа на боку

174. Во время родов женщины с сердечной недостаточностью нуждаются во всем перечисленном, кроме:

 в мониторном наблюдении за сердечной деятельностью

 в тщательном обезболивании

 в наблюдении терапевта

 в ускорении первого периода родов

175. После овуляции яйцеклетка сохраняет способность к оплодотворению в течение:

 6 часов

 12-24 часов

 3-5 суток

 6-8 суток

 10 суток

176. При сердечной недостаточности в послеродовом периоде:

 лактацию подавляют сразу

 разрешают кормление новорожденного

 вопрос о разрешении кормления грудью решают в зависимости от состояния родильницы

177. Для I степени артериальной гипертензии характерно:

 нестойкое и кратковременное повышение артериального давления

 стабильное повышение артериального давления

 дистрофические изменения органов

178. Для II степени артериальной гипертензии характерно:

 лабильность постоянно повышенного артериального давления

 стойкая необратимость заболевания

 фиброзно-склеротические изменения органов

179. Дифференциальную диагностику гипертонического криза у беременной необходимо проводить:

 с феохромоцитомой

 с преэклампсией

 с острым инфарктом миокарда

180. Сперматозоиды после проникновения в матку и трубы сохраняют способность к оплодотворению в течение:

 6-12 часов

 24-48 часов

 3-5 суток

 6-8 суток

 10 суток

181. Заболевание беременной краснухой в первом триместре приводит к развитию:

 преждевременного прерывания беременности

 аномалий развития плода

 тяжелых поражений материнского организма

182. Материнская смертность при вирусном гепатите по отношению к летальности вне беременности:

 одинакова

 ниже

 выше

183. При наличии у родильницы вирусного гепатита вопрос о разрешении кормления новорожденного грудью матери решается следующим образом:

 не разрешается, так как вирус гепатита передается ребенку с молоком матери

 разрешается, так как вирус гепатита не передается ребенку с молоком матери

 не разрешается, так как кормление грудью оказывает отрицательное влияние на родильницу

184. Чаще токсоплазмоз у беременных клинически протекает:

 в виде "гриппоподобных" состояний

 в виде выраженной интоксикации

 без выраженной клиники

 в виде диспептических проявлений

185. Клинически урогенитальный хламидиоз у беременной протекает чаще:

 с выраженной воспалительной реакцией (цервицит)

 бессимптомно

 с поражением соседних органов (уретрит, симптом Рейтера)

186. Следующие формы туберкулеза легких являются противопоказанием для беременности:

 любая форма заболевания

 мелкоочаговая

 ограниченная фиброзно-очаговая

 фиброзно-кавернозная

187. Изоляция новорожденного от матери с активной формой туберкулеза легких:

 необходима

 не обязательна

 по желанию женщины

 по рекомендации педиатра

188. Основными симптомами, указывающими на развитие острого жирового гепатоза у беременной, являются все перечисленные, кроме:

 изжоги

 рвоты кофейной гущей

 небольшой желтушности склер и кожи

 резкого повышения трансаминаз крови

 гипопротеинемии

189. Тест с нагрузкой углеводами свидетельствует о нарушении толерантности к глюкозе в том случае, если через 2 ч после завтрака гликемия превышает:

 5.1ммоль/л

 6.2 ммоль/л

 7.3 ммоль/л

 8.5 ммоль/л

 10.1 ммоль/л

190. Сперматозоиды в криптах шеечного канала могут сохранять способность к передвижению (предельный срок) в течение:

 6-12 часов

 24-48 часов

 3-5 суток

 10 суток

191. Основным признаком, характерным для диабетической фетопатии, является:

 большая масса тела при рождении

 чрезмерное развитие подкожно-жировой клетчатки

 недоразвитие нижней части туловища и конечностей

 врожденный порок сердца

192. Врачебная тактика при ведении беременных с сахарным диабетом должна основываться на следующих положениях, кроме:

 необходимости тщательного обследования женщины сразу же после установления факта беременности для решения вопроса о возможности сохранения последней

 поддержания уровня гликемии в физиологических пределах (свойственных здоровым беременным)

 начала лечения только после 12 недель беременности

 необходимости профилактики и терапии осложнений беременности

 прерывания беременности (по показаниям) во II триместре (до 22 недель)

193. Тактика врача по оказанию экстренной помощи при затруднениях в дифференциальной диагностике диабетической и гипогликемической комы:

 лечение начать с внутривенного введения 10 ед простого инсулина

 лечение начать с внутривенного введения 20-30 мл 40% раствора глюкозы

 терапию не проводить до уточнения диагноза

 лечение начать с инфузионной терапии

194. Для беременных, страдающих гиперфункцией щитовидной железы, характерны все перечисленные клинические симптомы, кроме:

 сердцебиения

 повышенной возбудимости

 потливости

 экзофтальма

 отечности кожных покровов

195. Для беременных, страдающих гипофункцией щитовидной железы, характерны все перечисленные клинические симптомы, кроме:

 сонливости

 повышенной сухости кожи

 быстрой утомляемости, вялости

 гипертензии

 ломкости и исчерченности ногтей

196. К развитию железодефицитной анемии предрасполагают следующие факторы, кроме:

 снижения поступления железа с пищей вследствие неправильного питания

 нарушения всасывания железа в связи с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта

 нарушения нормального созревания клеток красного ряда в связи с дефицитом витамина В12

 многоплодной беременности

 часто следующих друг за другом беременностей, длительных лактаций

197. Достоверным признаком железодефицитной анемии беременных

является выявление снижения гемоглобина с величины:

 80 г/л

 90 г/л

 100 г/л

 110 г/л

 120 г/л

198. Для лечения острого пиелонефрита применяются все перечисленные антибиотики, кроме:

 цефалоспоринов 1 и 2 поколения

 ампициллина

 пенициллина

 тетрациклина

199. Показанием для операции при мочекаменной болезни у беременной, как правило, является все перечисленное, кроме:

 анурия, вызванная закупоркой мочеточника камнем

 септическое состояние, обусловленное калькулезным пиелонефритом

 часто повторяющиеся приступы почечной колики без отхождения камней

 выявление камней почек при ультразвуковом исследовании

200. Следующие лабораторные данные указывают на острый гломерулонефрит, кроме:

 альбуминурии

 цилиндрурии

 микрогематурии

 олигурии

 выраженной пиурии

201. Кровотечение из половых путей при низкой плацентации обусловлено:

 отслойкой плаценты

 склерозированием ворсин низко расположенной плаценты

 дистрофическими изменениями ворсин хориона

 повышенным отложением фибриноидного вещества на поверхности плаценты

 структурными изменениями шейки матки

202. Особенностью кровотечения при предлежании плаценты является:

 болезненность матки при пальпации

 наружного кровотечения может и не быть

 имеются признаки внутрибрюшного кровотечения

 признаки дистресса плода

 отсутствие болезненности матки

203. Длительный гипертонус матки наиболее характерен:

 для предлежания плаценты

 для преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты

 для шеечно-перешеечной беременности

 для ложных схваток при доношенной беременности

 для слабости родовой деятельности

204. Наиболее частой причиной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты является:

 рвота беременных

 преэклампсия

 диабет

 пороки развития матки

 миома матки

205. Для выявления нарушений сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза следует определять:

 время свертывания крови по Ли-Уайту

 время рекальцификации

 протромбиновый индекс

 концентрацию фибриногена

 агрегацию тромбоцитов

206. Основным фактором в выборе тактики родоразрешения при предлежании плаценты является:

 разновидность предлежания (полное, неполное)

 состояние родовых путей (шейка матки сглажена, укорочена, полностью открыт)

 предлежание плода (головное, тазовое)

 сопутствующая экстрагенитальная патология

 возраст роженицы

207. При массивном кровотечении во время операции кесарева сечения, производимой по поводу предлежания плаценты, наиболее правильной является следующая акушерская тактика:

 повторное применение препаратов утеротонического действия

 экстирпация матки

 надвлагалищная ампутация матки

 применение простенона в толщу миометрия

 шов на матку по В-Lynch

208. Полная отслойка плаценты значительно чаще развивается у беременных:

 с миомой матки

 с опухолью яичника

 с артериальной гипертензией

 с артериальной гипотонией

 с гестационным диабетом

209. Прогноз развития шеечно-перешеечной беременности следующий:

 значительно чаще прерывается в первой половине беременности

 значительно чаще прерывается во второй половине беременности

 одинаково часто прерывается и в первой, и во второй половинах беременности

 прерывание беременности наступает только во время операции медаборта

 донашивается до срока родов

210. При низком расположении плаценты по передней стенке матки процесс "миграции" плаценты заканчивается в сроки беременности:

 25 недель

 35 недель

 30 недель

 37 недель

 к сроку родов

211. При плотном прикреплении плаценты ворсины хориона проникают вглубь стенки матки:

 в спонгиозный слой слизистой оболочки

 в компактный слой слизистой оболочки

 в базальный слой слизистой оболочки

 в миометрий

 в миометрий, до 1/3 толщины

212. Ручное отделение плаценты следует производить при кровопотере:

 до 100 мл

 до 200 мл

 до 400 мл

 до 500 мл

 до 600 мл

213. Для полного истинного приращения плаценты характерно:

 отсутствие каких-либо кровянистых выделений из половых путей в послеродовом периоде

 сильное кровотечение из половых путей через 5-10 мин после рождения плода

 небольшие кровянистые выделения из половых путей сразу после рождения плода

 коагулопатическое кровотечение

 эпизоды небольших кровянистых выделений из половых путей

214. При истинном приращении нормально расположенной плаценты показано:

 ручное отделение плаценты

 выскабливание послеродовой матки

 тампонада матки тампоном с фибриногеном

 надвлагалищная ампутация матки

 экстирпация матки

215. Шоковый индекс – это:

 частное от деления частоты пульса на показатель систолического АД

 частное от деления частоты пульса на показатель диастолического АД

 частное от деления суммы показателей систолического и диастолического АД на частоту пульса

 частное от деления показателя систолического давления на частоту пульса

 частное от деления показателя диастолического давления на частоту пульса

216. При кровопотере, равной 20-25% от ОЦК, шоковый индекс обычно равен:

 0.6

 0.8

 1.0

 1.2

 1.4

217. Низкое центральное венозное давление свидетельствует о том, что у больной имеется:

 снижение ОЦК

 повышение ОЦК

 угроза отека легких

 острая дыхательная недостаточность

 острая сердечно-сосудистая недостаточность

218. При компенсированной кровопотере происходит:

 увеличение сердечного выброса

 продолжительная гипертензия

 увеличение диуреза

 снижение общего периферического сосудистого сопротивления

 генерализованный спазм сосудов

219. Гепарин оказывает следующее действие:

 обеспечивает образование в поврежденном сосуде первичной тромбоцитарной пробки

 способствует образованию фибрина

 активизирует тромбин-фибриногеновую реакцию

 блокирует факторы свертывания крови непосредственно в кровотоке

 поддерживает спазм поврежденного сосуда

220. ДВС-синдром – это:

 синдром нарушения сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза

 синдром нарушения коагуляционного гемостаза

 синдром полиорганной недостаточности

 синдром гомологичной крови

 прижизненное образование тромбоцитарно-фибриновых тромбов в системе микроциркуляции

221. Ретракция кровяного сгустка в норме равна:

 1-21%

 22-43%

 44-65%

 66-87%

 88-100%

222. Развитию острой формы ДВС-синдрома способствуют:

 артериальная гипертензия

 предлежание плаценты

 длительный безводный период

 аномалии родовой деятельности

 преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

223. Критическим уровнем систолического артериального давления при геморрагическом шоке следует считать:

 90 мм рт. ст.

 80 мм рт. ст.

 70 мм рт. ст.

 60 мм рт. ст.

 50 мм рт. ст.

224. К хронической форме ДВС-синдрома приводит следующая патология:

 гестационный диабет

 преэклампсия, эклампсия

 предлежание плаценты

 острая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

 септический шок

225. Для лечения беременной с рвотой беременных применяют все перечисленное, кроме:

 антигистаминных препаратов

 витаминов группы В

 эуфиллина

 раствора Рингер - Локка

226. У беременной с тяжелой рвотой беременных проявлением интоксикации организма являются все перечисленные симптомы, кроме:

 учащения пульса до 100-120 в минуту

 повышения температуры тела до 38°С

 снижения артериального давления

 наличия в моче ацетона

 резкой потери в весе

227. При преэклапсии повышается количество:

 тромбоксана

 простагландина Е

 простациклина

 оксида азота

228. Диурез при преэклампсии беременных зависит, главным образом от:

 канальцевой реабсорбции

 изменений почечной паренхимы

 клубочковой фильтрации

229. Количество тромбоцитов при преэклампсии:

 повышено

 снижено

 практически не изменяется

230. Потери белка при умеренной преэклампсии являются следствием всего перечисленного, кроме:

 снижения синтеза белка в печени

 потери белка с мочой

 повышенного потребления белка при ДВС-синдроме

 недостаточного употребления белковой пищи

231. Проницаемость сосудистой стенки при преэклампсии:

 повышена

 снижена

 практически не изменена

232. Вязкость крови при тяжелой преэклампсии:

 повышена

 снижена

 не изменена

233. Диагноз преэклампсии не вызывает сомнения, если:

 клинические проявления появляются после 20 недель беременности

 величина матки превышает таковую при данном сроке беременности (многоводие, крупный плод)

 рядом с маткой определяются двусторонние кисты яичников

234. Для острого жирового гепатоза характерно все перечисленное, кроме:

 резкого повышения содержания трансаминаз крови (АЛТ, АСТ)

 гипопротеинемии

 гипербилирубинемии

 выраженной изжоги

 желтухи

235. Острый жировой гепатоз при беременности чаще всего является следствием:

 острого геаптита

 острого панкреатита

 тяжелого течения преэклампсии

 холестаза

236. Беременность 37 недель. Преэклампсия тяжелая. Предполагаемая масса плода - 2200 г. Шейка матки к родам не готова. Констатирована прогрессирующая внутриутробная гипоксия плода. На фоне лечения необходимо:

 пролонгировать беременность на 1-2 недели

 начать родовозбуждение внутривенным введением окситоцина или простагландинов

 провести схему родовозбуждения при целом плодном пузыре

 произвести родоразрешение путем кесарева сечения

237. Эклампсию необходимо дифференцировать со всем перечисленным, кроме:

 с эпилепсией

 с инсультом

 с опухолью мозга

 гипертоническим кризом

238. Суточная протеинурия при умеренной преэклампсии:

 до 1 г/л

 до 3 г/л

 до 0,3 г/л

 протеинурия не определяется

239. Клубочковая фильтрация почек при тяжелой преэклампсии:

 не изменена

 снижена

 повышена

240. Для профилактики развития преэклампсии у беременной рекомендуется:

 прием препаратов кальция при выявленном его дефиците и 75 мг аспирина

 увеличение употребления белковой пищи

 режим bed-rest

 прием курантила

 прием витамина Е

241. Применение низкомолекулярных гепаринов показано при лечении беременных:

 с артериальной гиперензией, индуцированной беременностью

 с тяжелой преэклампсией

 с плацентарными нарушениями

242. Факторами риска развития преэклампсии являются все перечисленные, кроме:

 хроническая артериальная гипертензия

 артериальная гипотензия

 преэклампсия в анамнезе

 антифосфолипидный синдром

243. При лечении беременной с тяжелой преэклампсией необходимо учитывать все следующие особенности применения гепарина, кроме:

 внутримышечного введения

 разовой дозы, равной 5000 ЕД

 суточной дозы, равной 15000-20000 ЕД

 проведения лечения 3-5 дней

 контроль коагулограммы

244. При умеренной преэклампсии следует:

 срочно произвести родоразрешение

 немедленно произвести плазмаферез

 подготовить к родоразрешению в течение 2-3 дней

 подготовить к родоразрешению в течение 5-7 дней

245. Абсолютным показанием к кесареву сечению у беременных с умеренной преэклампсией является:

 прогрессирующая внутриутробная гипоксия плода

 ЗВУР 1 степени

 внутриутробная гибель плода

 НФПК 1 степени

246. Применение диуретических препаратов для лечения больных с преэклампсией показано:

 при анурии

 при высокой гипертензии (180/100 мм рт. ст. и выше)

 при тромбозе

 при отеке легких

247. Ухудшение состояния роженицы с умеренной преэклампсией в первом периоде родах является основанием:

 для операции кесарева сечения

 для стимуляции родовой деятельности

 для применения вакуум-экстракции плода во втором периоде родов

248. При начавшейся преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты у роженицы с умеренной преэклампсией показано:

 стимуляция родовой деятельности окситоцином

 применение токолитической терапии

 родоразрешение операцией кесарева сечения

249. У роженицы с тяжелой преэклампсией при открытии шейки матки на 3-4 см появились признаки преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. АД - 150/100 - 140/90 мм рт. ст. Пульс - 110 ударов в минуту, ритмичный. Сердцебиение плода - 160 ударов в минуту. Действия врача:

 вскрытие плодного пузыря и родостимуляция окситоцином

 стимуляция родовой деятельности простагландином

 применение спазмолитиков или токолитиков

 амниотомия и родоразрешение операцией кесарева сечения

250. Возможным осложнением при тяжелом течении преэклампсии является все перечисленное, кроме:

 кровоизлияние в мозг

 острый жировой гепатоз

 острая дыхательная недостаточность

 психоз

 послеродовая депрессиия

251. При разрыве промежности III степени швы накладывают в следующей последовательности:

 на слизистую влагалища, мышцы промежности, сфинктер прямой кишки, стенку прямой кишки, кожу промежности

 на стенку влагалища, стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, мышцы промежности, кожу промежности

 на стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, мышцы промежности, слизистую влагалища, кожу промежности

 на стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, слизистую влагалища, мышцы промежности, кожу промежности

 на слизистую влагалища, мышцы промежности, стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, кожу промежности

252. Насильственные разрывы шейки матки образуются во всех перечисленных ситуациях, кроме:

 наложения акушерских щипцов

 поворота плода на ножку

 извлечения плода за тазовый конец

 плодоразрушающих операций

 длительного сдавления шейки матки при узком тазе

253. Клиническая картина при угрожающем разрыве матки характеризуется наличием:

 болезненности нижнего сегмента матки

 сильной родовой деятельности

 затруднения мочеиспускания

 отека шейки матки

 гипотонией женщины

254. Для клинической картины разрыва шейки матки характерно:

 периодически повторяющееся кровотечение из половых путей

 гипотония матки

 ДВС-синдром

 постоянное кровотечение при хорошо сократившейся плотной матке

 отсутствие кровотечения

255. Причины разрыва матки во время беременности:

 клинически узкий таз

 анатомически узкий таз

 крупный плод

 несостоятельность послеоперационного рубца на матке

 многоводие

256. Сперматозоиды попадают в маточные трубы и брюшную полость после полового сношения через:

 5 мин

 30-60 мин

 1.5-2 часа

 3-4 часа

 6 часов

257. В периоде полового созревания в организме происходят следующие основные изменения:

 подавление гонадотропной функции гипофиза

 активизация гормональной функции яичников

 ритм выделения ФСГ не устанавливается

 устанавливаются регулярные "пики" экскреции ЛГ

258. Частота бесплодного брака составляет по отношению ко всем бракам:

 0.5-1%

 2-3%

 15-20%

 25 - 30%

 более 30%

259. Сперматозоиды проникают в полость матки после полового сношения через:

 5 мин

 10-15 мин

 30-60 мин

 2-3 часа

 4-5 часов

260. Ювенильные маточные кровотечения чаще всего обусловлены:

 нарушением ритмической продукции гормонов яичника

 органическими заболеваниями половой системы

 заболеванием различных систем организма

 острой респираторной вирусной инфекцией

261. При ановуляторных маточных кровотечениях в периоде полового созревания у девушек имеет место все перечисленное, кроме:

 отсутствие овуляции и лютеиновой фазы цикла

 персистенция фолликула

 атрезия фолликула

 овуляция

262. Внешний вид при задержке полового развития включает все перечисленное, кроме:

 евнухоидное телосложение

 костный возраст соответствует календарному

 вторичные половые признаки недоразвиты

 молочные железы неразвиты

 дефицит массы тела

263. В развитии яичниковой недостаточности у девочек имеет значение все перечисленное, кроме:

 инфекционное поражение фетального яичника (краснуха, паротит)

 нарушение иннервации яичников и изменение их чувствительности к гонадотропинам

 генетически обусловленный дефицит ферментных систем

 применение гормональной поддержки матерью во время беременности

264. Сперматозоиды проникают в полость матки после полового сношения через:

 5 мин

 10-15 мин

 30-60 мин

 2-3 часа

 4-5 часов

265. Лечение задержки полового развития яичникового генеза:

 заместительная терапия эстрогенами и гестагенами

 психотерапия

 применение глюкокортикоидов

 витаминотерапия

266. Брак считается бесплодным, если при наличии регулярной половой жизни без применения контрацептивов беременность не наступает в течение не менее:

 0.5 года

 1 года

 2.5 лет

 5 лет

 7 лет3

267. Частота бесплодного брака составляет по отношению ко всем бракам:

 0.5-1%

 2-3%

 15-20%

 25 - 30%

 более 30%

268. Больные с дисфункциональными маточными кровотечениями в период полового созревания отличаются от здоровых сверстниц:

 опережающим норму сексуальным морфотипом

 интерсексуальным морфотипом

 инфантильным морфотипом

 соответствуют возрасту

269. Основным лечением дисфункциональных маточных кровотечений в юношеском возрасте является:

 физиотерапевтическое лечение

 витамины

 сокращающие препараты

 кровеостанавливающие препараты

 гормональный гемостаз

270. Загиб матки кзади нередко развивается как следствие воздействия таких неблагоприятных факторов в дошкольном и раннем школьном возрасте девочек как:

 систематическая и длительная задержка стула и мочеиспускания

 тяжелый физический труд

 раннее присаживание девочки

271. Особенности наружных половых органов у доношенной новорожденной девочки все перечисленное, кроме:

 вульва находится в состоянии большего или меньшего набухания

 вульва частично видна при сомкнутых и вытянутых ногах

 эпителий вульвы легко раним и восприимчив к инфекции

 большие половые губы не прикрывают малые

272. Особенностью развивающихся вторичных половых признаков у девочек по сравнению с мальчиками является все перечисленное, кроме:

 развития жировой клетчатки по женскому типу

 изменения соотношения между тазовым и плечевым поясом в сторону относительного увеличения окружности последнего

 более тонкой и нежной кожи

 роста волос в области наружных гениталий с их распределением в виде треугольника с вершиной, направленной книзу

 верхней границы роста волос в области наружных половых органов ровной и резко очерченной над лобком

273. Для полной формы преждевременного полового созревания характерно все, кроме:

 выраженное развитие вторичных половых признаков

 отсутствие менструаций

 костный возраст соответствует календарному

 масса тела повышена

274. Особенности преждевременного полового созревания гетеросексуального типа:

 появляются мужские вторичные половые признаки (увеличение клитора, низкий тембр голос в возрасте 6-7 лет)

 выраженное и быстрое увеличение молочных желез

 наличие менструаций

275. У девочек чаще всего встречаются следующие формы воспаления гениталий:

 эндоцервицит

 эндометрит

 сальпингоофорит

 вульвовагинит

276. Выскабливание матки у девочки (девушки) производится:

 при альгоменорее

 при аменорее

 при ановуляторных менструальных циклах

 при профузном кровотечении и отсутствии эффекта от консервативной терапии

277. В пубертатном возрасте наиболее частой причиной белей является все перечисленное, кроме:

 гонорея

 трихомониаз

 воспалительные заболевания

 психогенные факторы

278. Среди злокачественных опухолей яичников у девочек в отличие от взрослых наиболее часто встречаются:

 эпителиальные

 липидоклеточные

 опухоли стромы полового тяжа

 герминогенные

279. Действие даназола (дановала, даногена) у больных эндометриозом заключается в следующих эффектах, кроме:

 подавляет стероидогенез в гонадах и надпочечниках

 снижает пик ЛГ и ФСГ

 стимулирует овуляцию

 снижает уровень пролактина

 подавляет аутоантитела

280. При длительности менструального цикла 28 дней, его следует считать циклом:

 нормопонирующим

 антепонирующим

 постпонирующим

281. Особенностями нормального менструального цикла являются все, кроме:

 овуляция

 образование желтого тела в яичке

 преобладание гестагенов во второй фазе цикла

 персистенция фолликула

282. Для ановуляторного менструального цикла характерно:

 циклические изменения в организме

 длительная персистенция фолликула

 преобладание гестагенов во второй фазе цикла

 преобладание гестагенов в первую фазу цикла

283. Гипоталамус вырабатывает следующие гормоны:

 гонадотропины

 эстрогены

 гестагены

 рилизинг-факторы

284. Эстрогены секретируются:

 клетками внутренней оболочки фолликула

 желтым телом

 в сетчатой зоне коры надпочечников

285. ФСГ стимулирует:

 рост фолликулов в яичнике

 продукцию кортикостероидов

 продукцию ТТГ в щитовидной железе

286. Малые дозы эстрогенов:

 стимулируют продукцию ФСГ

 подавляют продукцию ФСГ

 усиливают продукцию ЛГ

 подавляют продукцию ЛТГ

287. Тесты функциональной диагностики позволяют определить все перечисленное, кроме:

 двуфазность менструального цикла

 уровень эстрогенной насыщенности организма

 наличие овуляции

 полноценность лютеиновой фазы цикла

 способность к зачатию

288. Для ановуляторного менструального цикла с кратковременной персистенцией зрелого фолликула характерно все перечисленное, кроме:

 симптом "зрачка" (+++)

 однофазная базальная температура

 в пайпель- биопсии эндометрия во вторую фазу цикла - ранняя фаза пролиферации

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

 на стимуляцию функции яичников

 на получение менструальноподобной реакции

 на уменьшение выраженности вегетососудистых расстройств

290. При климактерическом синдроме у женщин в пременопаузе наблюдаются следующие клинические симптомы, кроме:

 вегетососудистые

 психоэмоциональные

 обменно-эндокринные

 урогенитальные

291. Действие больших доз экзогенных эстрогенов на яичник:

 увеличивается выработка яичником эстрогенов

 увеличивается выработка яичниками прогестерона

 происходит атрофия яичниковой ткани

292. Аменорея - это отсутствие менструации в течение:

 4 мес.

 5 мес.

 6 мес.

293. К основным задачам при лечении больных с генитальным эндометриозом относят нижеперечисленные, кроме:

 подавление клинически активного эндометриоза гормональными препаратами

 избавление пациенток от последствий эндометриоза в виде рубцово-спаечного процесса малом тазу

 нормализация функции желудочно-кишечного тракта

 нормализация репродуктивной функции (у пациенток детородного возраста)

 нормализация психоневрологических реакций

294. У больных с эндокринным бесплодием применяют кломифен в том случае, если:

 базальная температура повысилась до 37°С

 КПИ в пределах 10-20%

 имеется хороший эстрогенный уровень

295. Аменорея при гигантизме связана:

 с гиперпродукцией АКТГ до периода полового созревания

 с гиперпродукцией СТГ до периода полового созревания

 с гиперпродукцией АКТГ после окончания периода полового созревания

 с гиперпродукцией СТГ после окончания периода полового созревания

296. При лечении больной с любой формой дисгенезии гонад исключается, как правило, восстановление:

 менструальной функции

 половой функции

 генеративной функции

297. Синдром Шерешевского-Тернера – это:

 "чистая" форма дисгенезии гонад

 типичная форма дисгенезии гонад

 "смешанная" форма дисгенезии гонад

 ложный мужской гермафродитизм

298. Дисгенетическое яичко у больной с аменореей яичникового генеза склонно:

 к вирилизации

 к малигнизации

 к феминизации

299. При отрицательной пробе с гонадотропинами у больных с аменореей показано:

 проба с эстрогенами и гестагенами в циклическом режиме

 лапароскопия и биопсия яичников

 лапароскопия и удаление гонад

 прогестероновая проба

300. Первая менструация может появиться у девочек среднего роста (159-162 см) лишь при достижении ими массы тела:

 45-47 кг

 48-50 кг

 51-53 кг

 все перечисленное неверно

301. Ановуляторные дисфункциональные маточные кровотечения необходимо дифференцировать со всем перечисленным, кроме:

 с прогрессирующей беременностью

 с начавшимся самопроизвольным выкидышем

 с подслизистой миомой матки

302. В яичнике андрогены служат субстратом для образования:

 прогестерона

 эстрогенов

 прогестерона и эстрогенов

303. Гиперстимуляция яичников на фоне бесконтрольного применения кломифена обычно проявляется всем перечисленным, кроме:

 в увеличении яичников в размерах

 в болях в нижней части живота

 в меноррагии

 в явлениях вирилизации

304. Особенностями терапии ДМК у больных климактерического возраста является все перечисленное, кроме:

 проведение раздельного лечебно-диагностического выскабливания матки для верификации диагноза

 терапия, направленная на подавление функции яичников

 лечение сопутствующей соматической патологии

 проведение циклической гормональной терапии

305. Госпитальная инфекция чаще всего обусловлена:

 золотистым стафилококком

 грамотрицательной флорой

 анаэробами

 ассоциацией микроорганизмов

306. Условия, способствующие развитию лактационного мастита все перечисленное, кроме:

 лактостаз

 трещины сосков

 несоблюдение гигиены рук родильницей

 ношение бюстгалтера

307. При послеродовом мастите чаще бывает поражение:

 двустороннее

 у повторнородящих

 нижне-внутреннего квадранта

 одностороннее

308. Эффективность лечения кандидоза вульвы и влагалища у беременных доказана для:

 нистатин

 клион-D

 настой календулы

 препараты группы имидазолов

309. Особенности клинического течения туберкулеза тела матки включает все перечисленное, кроме:

 как правило, отмечается сочетание с туберкулезом придатков

 тело матки, как правило, увеличено

 имеется нарушение менструальной функции

 бесплодие

310. Акушерский перитонит чаще всего возникает после:

 родов

 раннего самопроизвольного выкидыша

 кесарева сечения

 искусственного аборта

 позднего самопроизвольного выкидыша

311. Клиническими признаками серозного мастита после родов являются все перечисленные, кроме:

 температуры тела 38-39°С

 болей в молочной железе на стороне поражения

 безболезненности участка уплотнения в молочной железе

при пальпации

 покраснения кожи над участком уплотнения в молочной железе

 увеличения молочной железы

312. К клиническим формам гнойного лактационного мастита относится все перечисленное, кроме:

 фурункулеза ареолы

 инфильтративного мастита

 абсцесса ареолы

 абсцесса в толще молочной железы

 ретромаммарного абсцесса

313. К микроорганизмам, которые наиболее часто являются возбудителями воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии, относятся все перечисленные, кроме:

 стафилококка

 стрептококка

 гонококка

 гарднереллы

 анаэробов

314. Критерий излеченности у больных гонореей устанавливается после проведенного лечения в течение:

 1 мес.

 2 мес.

 3 мес.

 4 мес.

 5 мес.

315. У больных со сформировавшимся гнойным воспалительным образованием придатков матки (в "холодном" периоде) ничто из перечисленного не показано, кроме:

 пункции образования через задний влагалищный свод, опорожнения гнойной полости и введения в нее антибиотиков

 хирургического лечения

 терапии пирогеналом

 терапии гоновакциной

 электрофореза цинка по брюшно-крестцовой методике

316. При обострении хронического сальпингоофорита по типу невралгии тазовых нервов наиболее эффективно все перечисленное, кроме:

 антибиотикотерапии

 электрофореза амидопирина

 диадинамических токов

 ультрафиолетовой эритемотерапии

 амплипульстерапии

317. Условиями для возникновения послеоперационного перитонита являются все перечисленные, кроме:

 недостаточности швов

 инфицирования брюшной полости во время операции

 некроза ткани культи дистальнее лигатуры (при больших культях)

 недостаточно тщательного гемостаза

 продолжительности операции до 2.5-3 часов

318. У больных с токсической стадией гинекологического перитонита отмечается все перечисленное, кроме:

 тахикардии (до 120 в минуту)

 выраженной одышки

 отсутствия болезненности при пальпации передней брюшной стенки

 гипотонии

 олигурии

319. К факторам риска по развитию генитального эндометриоза относят следующие, кроме:

 позднее начало менструаций

 осложненные роды и аборты

 патология шейки матки

 хронический тонзиллит с частыми обострениями в пубертатном возрасте

 альгоменорея с менархе

320. Хирургическое лечение проводят у больных эндометриозом в следующих ситуациях, кроме:

 при внутреннем эндометриозе тела матки III стадии

 при комбинированном поражении внутренним эндометриозом и миомой матки

 при внутреннем эндометриозе тела матки I стадии

 при отсутствии эффекта от гормонотерапии в течение 4-6 месяцев лечения (сохранение болевого синдрома и нарушения менструального цикла)

 при непереносимости гормональных препаратов

321. У больных с хламидийным цервицитом (вне беременности) лучше использовать все перечисленное, кроме:

 доксициклина

 эритромицина

 азитромицина

 ампициллина

 фторхинололоны

322. Хронический неспецифический эндомиометрит характеризуется:

 рецидивирующим течением и нарушением менструальной функции

 гиперандрогенией

 гиперпролактинемией

323. Профилактика развития хронических воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии все перечисленное, кроме:

 уменьшения количества внутриматочных вмешательств

 проведение реабилитации после медицинского аборта

 своевременная диагностика и лечение эндометрита после родов

 учет противопоказаний к введению внутриматочной спирали

 применение гормональных контрацептивов

324. При гнойных воспалительных образованиях придатков матки очень часто происходит все перечисленное, кроме:

 микроперфорация образования с последующим развитием перитонита

 перфорация образования в смежные тазовые органы

 образование межкишечного абсцесса

 формирование генитальных свищей

 развитие эндометриоза

325. Преимуществами поперечного надлобкового разреза передней брюшной стенки по сравнению с нижнесрединным являются все перечисленные, кроме:

 меньшего риска эвентрации при воспалительных послеоперационных осложнениях

 лучшего косметического эффекта

 технической простоты исполнения

 возможности раннего вставания и более активного поведения больной в послеоперационном периоде

 меньшей вероятности развития послеоперационных грыж

326. Наиболее типичные осложнения при проведении поперечного надлобкового разреза передней брюшной стенки - это ранение:

 кишечника

 мочевого пузыря

 мочеточника

327. Следующие данные гистероскопии свидетельствуют о наличии внутреннего эндометриоза:

 увеличение полости матки

 снижение тонуса матки

 выраженная деформация полости матки

 на фоне бледно-розовой слизистой - точечные отверстия, из которых выделяется жидкая кровь

 наличие полиповидных разрастаний

328. Наиболее благоприятные дни для проведения плановой гинекологической операции:

 в дни менструации

 в первую неделю после прекращения менструации

 в дни ожидаемой овуляции

 накануне менструации

 выбор дня менструального цикла не имеет значения

329. При проведении полостных гинекологических операций необходимо:

 за три недели до операции исключить из пищевого рациона прием продуктов, богатых клетчаткой

 за несколько дней до операции ограничить прием продуктов, богатых белками

 накануне операции увеличить в суточном рационе содержание углеводов в 2 раза

 накануне операции дать легкий обед (жидкий суп, бульон с белым хлебом, кашу, вечером - сладкий чай с сухарем, в день операции - не завтракать)

330. Ничто из перечисленного не является показанием для проведения прицельной биопсии шейки матки, кроме:

 наботовой кисты

 эктопии шейки матки

 истинной эрозии воспалительного генеза

 тонкой лейкоплакии

 гипертрофии шейки матки

331. При надвлагалищной ампутации матки маточные сосуды, пересекают:

 на уровне внутреннего зева

 на 1.5 см выше области внутреннего зева

 на 1.5 см ниже области внутреннего зева

 в области кардинальных связок

332. При экстирпации матки с придатками, пересекается все перечисленное, кроме:

 воронко-тазовых связок

 круглых связок

 крестцово-маточных связок

 кардинальных связок

 маточных концов труб

333. При чревосечении по поводу нарушенной внематочной беременности и выраженной анемизации больной разрез передней брюшной стенки следует производить:

 поперечный надлобковый якорный

 поперечный надлобковый по Пфанненштилю

 поперечный интерилиальный по Черни

 нижнесрединный от лона до пупка

334. При аномалиях развития тела матки производятся операции для восстановления детородной функции женщины. Наибольшее значение из этих операций имеет:

 сальпингостомия

 сальпинголизис

 имплантация маточных труб в матку

 метропластика

 пересадка яичника в матку

335. Операция стерилизации женщины по методу Кирхофа состоит во всем перечисленном, кроме:

 лапаротомии

 рассечения брюшины над маточной трубой

 выделения трубы и резекции ее части между двумя наложенными шелковыми лигатурами

 отсечения маточного конца трубы от угла матки с последующим лигированием культей

 погружения культей трубы между листками мезосальпинкса

336. У больной при лапароскопии по поводу подозрения на апоплексию яичника обнаружено небольшое кровотечение из яичника. Необходимо произвести:

 лапаротомию и ушивание яичника

 диатермокоагуляцию яичника под контролем лапароскопии

 лапаротомию и резекцию яичника

 лапаротомию и удаление придатков матки на стороне поражения

337. Во время операции у больной с интралигаментарным расположением опухоли яичника чаще всего имеется риск:

 кровотечения из ложа опухоли

 варикозного расширения вен связочного аппарата

 двустороннего поражения яичников

 ранения мочеточника в связи с аномальным его расположением

338. Эндометриоз тела матки следует дифференцировать со всем перечисленным, кроме:

 с подслизистой миомой матки

 с полипозом эндометрия

 с двурогой маткой

 с раком эндометрия

 с хроническим эндометритом

339. При операции по поводу паровариальной кисты следует произвести:

 вылущивание кисты

 удаление придатков на стороне поражения

 удаление яичника на стороне поражения

 резекцию яичника на стороне поражения

340. Операция вентрофиксации матки обычно проводится только у женщин:

 репродуктивного возраста

 климактерического возраста

 в постменопаузе

341. Наиболее благоприятный период менструального цикла для проведения диатермокоагуляции "эрозии" шейки матки:

 в дни менструации

 сразу после менструации

 в период овуляции

 за 2-3 дня до менструации

342. Негативные последствия, возникающие после ампутации шейки матки все перечисленное, кроме:

 резко снижается защитная роль слизистой пробки

 повышается риск невынашивания последующих беременностей

 снижается рецепция шейки матки и ее роль в регуляции кровоснабжения и функции яичников

 повышается риск возникновения несостоятельности тазового дна

343. При надвлагалищной ампутации матки с придатками, пересекают:

 обе круглые связки и воронко-тазовые связки

 обе маточные трубы (маточные концы их)

 обе собственно яичниковые связки

344. К консервативным операциям, производимым на матке, относятся все перечисленные, кроме:

 отсечение подбрюшинного миоматозного узла на ножке

 вылущивание миоматозных узлов, расположенных межмышечно

 дефундация матки

 удаление подслизистого узла миомы под контролем гистероскопии

 надвлагалищная ампутация матки без придатков

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

 31-40 лет

 41-50 лет

 51-60 лет

 61-70 лет

 независимо от возраста

346. При подозрении на меланому вульвы используют методы диагностики:

 ножевая биопсия

 скарификационная биопсия

 взятие мазков-отпечатков

 пункционная биопсия

 все перечисленное верно

347. Для крауроза вульвы характерны все перечисленные клинические симптомы, кроме:

 сморщивания больших и малых половых губ

 зуда в области клитора

 сухости кожно-слизистых покровов вульвы

 сужения входа во влагалище

 отека тканей вульвы

348. Макроскопическими изменениями при краурозе и лейкоплакии вульвы являются все перечисленные, кроме:

 "белых пятен"

 "перламутрового" оттенка кожи

 телеангиоэктазий

 очаговой пигментации

 атрофии наружных половых органов

349. При хирургическом лечении больных краурозом и лейкоплакией вульвы проводится:

 овариоэктомия

 расширенная вульвэктомия

 лимфаденэктомия

 вульвэктомия

 лазеровапоризация вульвы

350. Наиболее часто встречающаяся гистологическая форма рака вульвы:

 железистый

 светлоклеточный

 низкодифференцированный

 плоскоклеточный

 базальноклеточный

351. Кроме рака вульвы, наиболее частым злокачественным новообразованием наружных половых органов является:

 фибросаркома

 аденокарцинома

 гидраденома

 меланома

 миосаркома

352. Гонадотропины, играющие роль в патогенезе гиперпластических процессов и рака эндометрия, секретируются:

 надпочечниками

 гипоталамусом

 яичниками

 передней долей гипофиза

 задней долей гипофиза

353. Атипическая гиперплазия эндометрия морфологически наиболее сходна:

 с железисто-кистозной гиперплазией

 с эндометриальным полипом

 с метроэндометритом

 с высокодифференцированным раком

 с низкодифференцированным раком

354. Атипическая гиперплазия эндометрия переходит в рак чаще:

 в репродуктивном возрасте

 в климактерическом возрасте

 в любом возрасте

 в периоде постменопаузы

 в период пременопаузы

355. Вторая стадия рака эндометрия характеризуется:

 увеличением размеров матки

 поражением клетчатки таза

 поражением яичников

 переходом опухоли на цервикальный канал

 регионарным метастазированием

356. Эндометриоз ректовагинальной клетчатки следует дифференцировать со следующими состояниями, кроме:

 с папилломой влагалища

 с раком влагалища

 с раком прямой кишки

 с раком яичников III стадии

 с раком яичников IV стадии (распространение в ректовагинальную клетчатку)

357. Тяжелая степень дисплазии шейки матки характеризуется морфологическими изменениями в эпителии:

 только в поверхностном

 только в промежуточном

 только в отдельных клетках

 всех слоев

 во всех слоях, кроме поверхностного

358. Внутриэпителиальный рак шейки матки имеет морфологические признаки злокачественности:

 в поверхностном слое

 в парабазальном слое

 только атипию в некоторых клетках

 во всей толще эпителия

 только в отдельных участках пласта эпителия

359. Первая стадия рака эндометрия разделяется на варианты в зависимости:

 от степени распространения опухоли за пределы матки

 от степени инвазии опухоли в миометрий

 от величины полости матки

 от размеров матки

 от вовлечения регионарных лимфоузлов

360. Наиболее часто при раке эндометрия I стадии производят:

 ампутацию матки

 ампутацию матки с придатками

 экстирпацию матки без придатков

 экстирпацию матки с придатками, верхней третью влагалища

и лимфаденэктомию

 расширенную экстирпацию матки с придатками по Вертгейму

361. Тяжелая дисплазия эпителия шейки матки – это:

 начальная форма рака

 инвазивный рак

 предрак

 фоновый процесс

 дисгормональная гиперплазия

362. Скрининг-методом для выявления патологии шейки матки в современных условиях является:

 визуальный осмотр

 кольпоскопия

 радионуклеидный метод

 цитологическое исследование мазков

 гистологическое исследование

363. При внутриэпителиальном раке шейки матки у молодых пациенток методом выбора лечения является:

 экстирпация матки с придатками

 экстирпация матки без придатков

 криодеструкция

 конизация шейки матки

 лазеровапоризация

364. При внутриэпителиальном раке шейки матки у женщин 50 лет и старше с лечебной целью целесообразно производить:

 экстирпацию матки с придатками

 экстирпацию матки без придатков

 криодеструкцию

 электроконизацию

 лазерную конизацию

365. Больные с какими заболеваниями шейки матки не должны состоять на учете у онколога-гинеколога:

 рецидивирующий полипоз

 простая форма лейкоплакии

 лейкоплакия с атипией

 дисплазия

 эритроплакия

366. Наиболее часто хориокарцинома возникает после:

 абортов

 пузырного заноса

 внематочной беременности

 нормальных родов

 преждевременных родов

367. Для диагностики эндометриоза яичников используют следующие дополнительные методы исследования:

 лапароскопию, УЗИ, МТР

 пункцию кистозного образования через задний влагалищный свод

 гистероскопию

 ректороманоскопию

 обзорную рентгенографию брюшной полости

368. Перфорацию эндометриоидной кисты яичника следует дифференцировать со следующими состояниями, кроме:

 с апоплексией яичника

 с внематочной беременностью

 с острым панкреатитом

 с перекрутом ножки кисты яичника

 с острым аппендицитом

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

 удаление обоих придатков

 удаление придатка с опухолевым процессом

 надвлагалищная ампутация матки с придатками на стороне поражения

 надвлагалищная ампутация матки с придатками

 удаление опухоли и резекция яичника с возможно большим сохранением здоровой ткани органа

370. Объем хирургического лечения при злокачественных опухолях яичников:

 удаление придатков

 ампутация матки с придатками

 экстирпация матки с придатками

 ампутация/экстирпация матки с придатками и резекция большого сальника

 ампутация/экстирпация матки с придатками и удаление подвздошная лимаденэктомия

371. Особенностью развития рака вульвы, локализованного в клиторе, является:

 быстрый рост, раннее метастазирование

 большие размеры опухоли

 позднее метастазирование

 отсутствие кровоточивости тканей

 болезненность

372. К факторам риска развития гиперпластических процессов и рака эндометрия относят все, кроме:

 ановуляции

 ожирения

 лейкоплакии шейки матки

 сахарного диабета

 гипертонической болезни

373. Заболевания женщин, ведущие к гиперэстрогении:

 гастрит

 ожирение, цирроз печени

 панкреатит

 пиелонефрит

 дуоденит

374. К первому патогенетическому типу рака эндометрия относят все состояния, кроме:

 эндокринно-обменных нарушений

 ановуляторных кровотечений

 воспалительных заболеваний гениталий

 феминизирующих опухолей яичников

 миомы матки

375. К предраку эндометрия относится:

 атрофический эндометрий

 аденоматозный полип, атипическая гиперплазия

 рецидивирующая железистая гиперплазия в репродуктивном возрасте

 рецидивирующая железистая гиперплазия в перименопаузе

 рецидивирующая железистая гиперплазия в постменопаузе

376. Патогенетическая терапия гиперпластических процессов эндометрия у женщин в репродуктивном возрасте состоит в применении:

 эстрогенов

 эстроген-гестагенных препаратов, гестагенов

 антиэстрогенов

 андрогенов

 тиреоидин

377. О наличии гиперпластического процесса и рака эндометрия можно судить на основании всего перечисленного, кроме:

 цитологического исследования аспирата из полости матки

 раздельного диагностического выскабливания матки

 лапароскопии

 гистероскопии

 гистеросальпингографии

378. Для внутреннего эндометриоза тела матки наиболее характерны следующие перечисленные клинические симптомы, кроме:

 бесплодие

 мажущие кровянистые выделения до и после менструации

 развитие массивного спаечного процесса в малом тазу

 гиперполименорея

 вторичная анемия

379. Объем радикального хирургического вмешательства при раке эндометрия:

 надвлагалищная ампутация матки

 экстирпация матки с придатками, расширенная экстирпация матки с придатками

 экстирпация матки без придатков

 экстирпация матки с придатками и резекция большого сальника

 операция Вертгейма

380. Основными клиническими симптомами рака маточной трубы являются:

 увеличение живота в объеме

 запоры

 затруднение мочеиспускания

 выделения из половых путей

 боли в подвздошных областях

381. Саркомы матки различаются по следующим гистотипам, кроме:

 лейомиосаркома

 карциносаркома

 аденокарцинома

 эндометриальная

 мезодермальная опухоль

382. Для распознавания опухолей яичника используются следующие диагностические методы, кроме:

 цитологический

 эндоскопический

 рентгенологический

 ультразвуковой

 гистологический

383. Диагностические методы, чаще всего используемые при первичном выявлении доброкачественных опухолей гениталий у женщин:

 пневмопельвиография

 гинекологический осмотр, УЗИ

 гистеросальпингография

 лапароскопия

 пункция опухоли

384. Для злокачественных эпителиальных опухолей яичников характерно все, кроме:

 отека передней брюшной стенки

 тенденции к рецидивированию

 агрессивного течения

 обширного метастазирования

 асцита

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

 11-12 недель

 9-10 недель

 7-8 недель

 4-6 недель

 12-14 недель

386. Беременность, локализующаяся в интерстициальной части трубы, прерывается чаще всего в сроке беременности:

 1-2 недели

 3-4 недели

 5-6 недель

 7-8 недель

 9-10 недель

387. При лапароскопии выявлена прогрессирующая трубная беременность. Состояние больной вполне удовлетворительное. Тактика врача:

 немедленная операция

 операцию можно произвести в плановом порядке

 возможно консервативное противовоспалительное лечение больной

 возможно консервативное цитостатическое лечение больной

 возможно наблюдение

388. К внутреннему генитальному эндометриозу относится следующая локализация:

 яичники

 трубы

 серозный покров прямой и сигмовидной кишки

 широкие, крестцово-маточные и круглые связки

 тело матки

389. Симптоматика нарушения внематочной беременности по типу трубного аборта включает все, кроме:

 скудные кровянистые выделения из половых путей

 боли внизу живота

 боли в подвздошной паховой области

 при влагалищном исследовании - увеличение и болезненность придатков

 рвота

390. Симптоматика нарушения внематочной беременности по типу разрыва маточной трубы включает все, кроме:

 внезапный приступ боли в одной из подвздошных областей

 иррадиация боли в плечо

 тошнота (или рвота)

 перитонеальные симптомы

 наружное кровотечение

391. Наиболее целесообразная последовательность мероприятий при диагностике нарушенной внематочной беременности:

 гемотрансфузия, операция

 консультация терапевта, анестезиолога, операция

 ультразвуковое исследование, гемотрансфузия, операция

 операция, гемотрансфузия

 применение сердечных средств, гемотрансфузия, операция

392. Тактика врача при небольшом дефекте матки (во время чревосечения по поводу перфорации матки) включает все перечисленное, кроме:

 надвлагалищной ампутации матки

 иссечения краев перфорационного отверстия

 ушивания перфорационного отверстия

 ревизии органов малого таза

 ревизии кишечника, прилежащего к матке

393. При перитоните у гинекологической больной показана операция в объеме:

 экстирпация матки с придатками

 надвлагалищная ампутация матки с придатками

 экстирпация матки с трубами

 надвлагалищная ампутация матки с трубами

 экстирпация матки с придатками, верхней третью влагалища

394. Для апоплексии яичника характерно все перечисленное, кроме:

 болей внизу живота, возникающих на фоне полного благополучия

 отсутствия наружного кровотечения

 отрицательных биологических реакций на беременность

 резко выраженного нарастания числа лейкоцитов в крови

 нерезко выраженных симптомов раздражения брюшины

395. Оптимальная длительность лечения больных агонистами гонадолиберина составляет:

 3 месяца

 5 месяцев

 6 месяцев

 9 месяцев

 12 месяцев

396. Факторы риска по развитию генитального эндометриоза:

 угнетение активности специфического иммунитета

 длительное применение синтетических эстроген-гестагенных препаратов

 повышение активности клеточного иммунитета

 длительное превалирующее действие гестагенов

 нарушения соотношения половых и гонадотропных гормонов

397. При развитии перитонита после операции у гинекологической больной отмечается все, кроме:

 возвратности пареза кишечника

 недостаточной эффективности комплексной противовоспалительной терапии

 нарастание признаков интоксикации

 стабильной гемодинамики

 положительных симптомов раздражения брюшины

398. Инфузионную терапию у больной, оперированной по поводу перитонита, целесообразно начинать с введения:

 эритроцитарной массы

 свежезамороженной плазмы

 ГЭК

 антифибринолитиков

 кристаллоидов

399. Для шеечной беременности характерно все перечисленное, кроме:

 увеличения шейки матки

 расположения эксцентрично маточного зева

 асимметричности шейки матки

 положения маточного зева в центре нижнего полюса растянутой шейки матки

 задержки менструации

400. Разрыв беременной трубы надо дифференцировать со следующими состояниями, кроме:

 перекрута ножки опухоли яичника

 пищевой интоксикации

 приступом почечной колики

 апоплексии яичника

 острого аппендицита

401. Клиническая картина при апоплексии яичника зависит от следующих факторов, кроме:

 от возраста больной

 от площади повреждения

 от наличия сопутствующих заболеваний

 от характера кровотечения

 от выраженности болевого синдрома

402. При значительном кровотечении в брюшную полость у больной с апоплексией яичника показано:

 наблюдение дежурного врача за динамикой симптомов, по показаниям - гемотрансфузия

 чревосечение, резекция яичника, ушивание разрыва яичника

 чревосечение, удаление яичника

 консервативная терапия: общеукрепляющая терапия

 консервативная терапия: покой, холод на низ живота

403. У больной с клиническим диагнозом апоплексии яичника показанием к операции является:

 болевой синдром

 наличие воспаления придатков в анамнезе

 дисфункция яичников в анамнезе

 внутрибрюшное кровотечение

 гипертермия

404. Методы диагностики, уточняющие диагноз апоплексии яичника:

 диагностическая пункция заднего влагалищного свода

 УЗИ

 исследование периферической крови (общий клинический анализ)

 лапароскопия

 гистероскопия

405. Абсолютным показанием к операции в гинекологии являются состояния, кроме:

 пельвиоперитонит

 внутрибрюшное кровотечение

 угроза перфорации тубоовариального абсцесса

 перитонит

 сепсис

406. К наиболее характерным клиническим симптомам перитонита относят ниже перечисленные, кроме:

 рвота, сухой язык

 задержка стула и газов

 снижение ЧСС

 вздутие и напряжение живота

 симптомы раздражения брюшины

407. В состав хирургической ножки кисты яичника входят следующие образования, кроме:

 собственно яичниковая связка

 воронко-тазовая связка

 крестцово-маточная связка

 маточная труба

 мезосальпинкс

408. Патологоанатомические изменения при перекруте ножки опухоли зависят:

 от сопутствующих заболеваний

 от быстроты и степени перекрута

 от возраста женщины

 от паритета родов

 от наличия воспаления

409. При нарушении питания миоматозного узла в опухоли происходят следующие изменения, кроме:

 отек

 кровоизлияние

 воспаление

 некроз

 нагноение

410. Для аденомиоза характерно все перечисленное, кроме:

 гиперплазии мышечной ткани матки

 равномерного увеличения размеров матки накануне менструации

 неравномерного увеличения размеров матки накануне менструации

 образования в миометрии плотных узлов, окруженных капсулой

 распространения эндометриоидной ткани на всю толщу миометрия

411. Для эндометриоидных кист яичника характерны перечисленные клинические симптомы, кроме:

 резкие боли внизу живота с развитием у части больных синдрома "острого" живота

 прогрессирующая альгоменорея

 нарушение функции кишечника

 нарушение функции мочевого пузыря

 отеки

412. Показанием к хирургическому лечению у больных эндометриозом является все перечисленное, кроме:

 неэффективности консервативного лечения при ретроцервикальном эндометриозе

 наличия эндометриоидной кисты яичника

 эндометриоза послеоперационного рубца передней брюшной стенки

 внутреннего эндометриоза тела матки I степени

 подозрения на истинный бластоматозный процесс в яичнике

413. Принципы лечения генитального эндометриоза:

 во всех случаях предпочтительно проведение хирургического лечения

 во всех случаях выявления эндометриоза предпочтительно ограничиться гормональной терапией

 при внутреннем эндометриозе тела матки I-II стадии и нерезко выраженной симптоматике можно ограничиться симптоматической терапией

 применение физиотерапии, в основном, показано при тяжелых формах эндометриоза

 гормональное и хирургическое лечение

414. Для ретроцервикального эндометриоза характерно:

 "прорастание" эндометриоидной ткани в шейку матки с образованием мелких кист

 "прорастание" эндометриоидной ткани в стенку влагалища с образованием мелких кист

 распространение патологического процесса на крестцово-маточные связки

 распространение патологического процесса на воронко-тазовые связки

 распространение патологического процесса на шейку матки и влагалища

415. Термин "аденомиоз" применяется:

 во всех случаях выявления эндометриоза независимо от локализации

 только при очаговых разрастаниях эндометриоидной ткани во внутреннем слое матки

 при эндометриозе, который сопровождается образованием кист

 только в тех случаях, когда прорастание миометрия сопровождается гиперплазией мышечной ткани

 только при ретроцервикальном эндометриозе

416. Наиболее эффективным методом лечения эндометриоза матки является:

 норколут по 5 мг в день с 16-го по 25-й дни менструального цикла в течение 6 месяцев

 жанин по контрацептивной схеме в течение 6 месяцев

 золадекс 1 инъекция в 28 дней в течение 6 месяцев

визанна по 1 таблетке в день в течение минимум 6 месяцев

 гестринон по 1 капсуле 2 раза в неделю в течение 6 месяцев

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

 за 1-2 дня до начала менструации

 сразу после окончания менструации

 на 12-14-й день

 на 16-18-й день

 на 20-22-й день

418. Для профилактики развития эндометриоза шейки матки хирургичекое лечение заболеваний шейки матки проводят в следующие дни менструального цикла:

 за 1-2 дня до начала менструации

 сразу после окончания менструации

 на 12-14-й день

 на 16-18-й день

 на 20-22-й день

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

 0.4 см

 0.5 см

 0.6 см

 0.7 см

 0.8 см

420. При внутреннем эндометриозе тела матки чаще встречается:

 диффузная форма

 очаговая форма

 узловатая форма

 смешанная форма

 неклассифицируемая

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

 истмико-цервикального отдела матки

 яичников

 шейки матки

 маточных труб

 ретроцервикальной области

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

 от распространения эндометриоза

 от возраста женщины

 от наличия сопутствующей экстрагенитальной патологии

 от сочетания с миомой матки

 от сочетания с гиперплазией эндометрия