

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Уральский государственный медицинский университет»

# **ТЕСТЫ ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ**

*Учебное пособие*

Екатеринбург  
2016

УДК 618  
ББК 57.1:57.16  
Т367

*Печатается по решению  
Центрального методического совета УГМУ  
(протокол № 4 от 24.02.2016)*

*Ответственный редактор  
д-р мед. наук Т.А. Обоскалова*

*Рецензент  
д-р мед. наук В.И. Коновалов*

*Т367 Тесты по акушерству и гинекологии [Текст] : учебное пособие / под ред.  
Т. А. Обоскаловой; ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России. — Екатеринбург :  
Издательство УГМУ, 2016. — 264 с. — ISBN 978-5-89895-771-1.*

Тестовые задания учебного пособия ориентированы на приобретение студентами знаний по нормальному и патологическому акушерству, гинекологической эндокринологии, детской гинекологии, патологии эндо- и миометрия, патологии шейки матки, ехнологиям в оперативной гинекологии и формирование соответствующих профессиональных компетенций. С помощью тестов учащиеся смогут проконтролировать свои знания по этиологии, морфологии, патогенезу, клиническим симптомам и лечению основных нозологических форм в акушерстве и гинекологии.

ISBN 978-5-89895-771-1

© Авторы, 2016  
© УГМУ, 2016

## СОДЕРЖАНИЕ

### РАЗДЕЛ 1.

ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.  
КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ  
ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА. МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ. . . . . 4

### РАЗДЕЛ 2.

ПАТОЛОГИЯ ЭНДОМЕТРИЯ И МИОМЕТРИЯ.  
ПАТОЛОГИЯ ШЕЙКИ МАТКИ . . . . . 19

### РАЗДЕЛ 3.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ АКУШЕРСТВО.  
АНТЕНАТАЛЬНАЯ ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ПЛОДА  
И ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ . . . . . 41

### РАЗДЕЛ 4.

ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ И ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО.  
ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ. . . . . 80

### РАЗДЕЛ 5.

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ И ГИНЕКОЛОГИЯ  
ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА . . . . . 151

### РАЗДЕЛ 6.

ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ.  
НОВООБРАЗОВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ  
И МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ.  
ОСТРЫЙ ЖИВОТ В ГИНЕКОЛОГИИ . . . . . 188

### РАЗДЕЛ 7.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ  
В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ.  
ЭНДОМЕТРИОЗ И БЕСПЛОДИЕ . . . . . 223

**ОТВЕТЫ** . . . . . 256

---

## РАЗДЕЛ 1.

---

### ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ. КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА. МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

**Выберите один правильный ответ**

1. Санитарная норма площади на 1 материнскую койку в родильном доме:  
А. 10 кв. м.                              Б. 3 кв. м.  
В. 12 кв. м.                               Г. 7 кв. м.
2. Совместное пребывание матери и новорожденного возможно:  
А. В специализированном родильном доме.  
Б. В неспециализированном родильном доме.  
В. В наблюдательном отделении родильного дома.  
Г. В послеоперационных палатах родильного дома.
3. Первое прикладывание к груди матери здоровых новорожденных проводится обычно:  
А. Сразу после рождения.  
Б. Через 6 часов после рождения.  
В. Через 8 часов после рождения.  
Г. Через 12 часов после рождения.
4. Минимальный интервал между беременностями, несоблюдение которого увеличивает в 2 раза показатели материнской и перинатальной смертности:  
А. 5 лет.  
Б. 4 года.  
В. 3 года.  
Г. 2 года.
5. Новорожденного ребенка, при возникновении у него гнойно-воспалительного заболевания, переводят из родильного дома в детскую больницу:

- А. После стихания острых симптомов заболевания.
  - Б. В день постановки диагноза.
  - В. По выздоровлении, для реабилитации.
  - Г. После выписки матери из родильного дома.
6. К материнской смертности относится смерть женщины:
- А. От цирроза печени.
  - Б. От желудочного кровотечения.
  - В. От инсульта.
  - Г. От медицинского аборта.
7. Основной качественный показатель деятельности родильного дома (отделения):
- А. Среднегодовая занятость койки.
  - Б. Заработная плата врача.
  - В. Заработная плата медицинской сестры.
  - Г. Материнская смертность.
8. Показатель материнской смертности рассчитывается следующим образом:
- А. Число женщин, умерших в родах/число родов – на 100 000.
  - Б. Число женщин, умерших от осложнений беременности, со срока 28 недель/число родившихся живыми и мертвыми – на 100 000.
  - В. Число умерших беременных женщин независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности/число родившихся живыми – на 100 000.
  - Г. Число женщин, умерших во время беременности в сроке 28 недель и больше, в родах и в течение 2 недель послеродового периода/число родившихся живыми и мертвыми – на 100 000.
9. Основной показатель эффективности работы женской консультации по планированию семьи:
- А. Число женщин на участке.
  - Б. Абсолютное число женщин, направленных на аборт в течение года.
  - В. Число осложнений после абортот.
  - Г. Число абортот на 1000 женщин фертильного возраста.

10. Показатель эффективности диспансеризации гинекологических больных:
- А. Число пролеченных больных в стационаре.
  - Б. Число больных, направленных на санаторное лечение.
  - В. Снижение гинекологической заболеваемости с временной утратой трудоспособности.
  - Г. Удельный вес снятых в течение года с диспансерного учета женщин с выздоровлением из числа больных, состоявших на диспансерном учете в течение года.
11. Стойкого снижения числа абортс удаётся достигнуть, когда доля женщин фертильного возраста, использующих эффективные средства контрацепции (гормональные контрацептивы и ВМС), составляет:
- А. 25 – 30%.
  - Б. 35 – 40%.
  - В. 45 – 50%.
  - Г. 55 – 60%.
12. Понятие перинатальная смертность – это:
- А. Смерть ребенка в родах.
  - Б. Потеря плода «вокруг родов» – в антенатальном, интранатальном и раннем неонатальном периоде.
  - В. Мертворождаемость.
  - Г. Антенатальная гибель плода.
13. Показатель перинатальной смертности рассчитывается следующим образом:
- А. Число мертворожденных/число родов – на 1000.
  - Б. Число умерших интранатально/число родившихся мертвыми – на 1000.
  - В. Число мертворожденных + число умерших в первые 168 часов после рождения/число родившихся живыми и мертвыми – на 1000.
  - Г. Число умерших в первые 7 суток после рождения/число родов – на 1000.
14. Основной показатель эффективности профилактического гинекологического осмотра работающих женщин:
- А. Число осмотренных женщин.
  - Б. Число гинекологических больных, взятых на диспансерный учет.
  - В. Число женщин, направленных на лечение в санаторий.

- Г. Доля выявленных гинекологических больных из числа осмотренных женщин.
15. Роль смотровых гинекологических кабинетов поликлиник состоит:
- А. В обследовании и наблюдении беременных женщин.
  - Б. В проведении периодических медицинских осмотров.
  - В. В охвате профилактическими осмотрами неработающих женщин.
  - Г. В оказании неотложной гинекологической помощи.
16. На что обращается внимание при выяснении причины материнской смертности от разрыва матки:
- А. Разрыв матки произошел во время беременности или в родах.
  - Б. Возраст начала половой жизни.
  - В. Наличие аллергических реакций в анамнезе.
  - Г. На экономическую ситуацию в стране.
17. Для обеспечения круглосуточной работы в стационаре родильного дома одна должность врача акушера-гинеколога устанавливается:
- А. На 25 коек.
  - Б. На 20 коек.
  - В. На 1000 родов.
  - Г. На 15 коек.
18. Осмотр терапевтом женщин при физиологически протекающей беременности проводится:
- А. При первой явке и в 32 недели беременности.
  - Б. В 36 недель беременности.
  - В. Перед родами.
  - Г. При первой явке и перед родами.
19. Перевод беременной женщины на легкую и безвредную работу обычно проводится на основании:
- А. Обменной карты родильного дома, родильного отделения.
  - Б. Справки, выданной юристом.
  - В. Справки Ф-084/у, выданной акушером-гинекологом женской консультации.
  - Г. Листка временной утраты трудоспособности.

20. Документ, по которому можно проконтролировать работу женской консультации по госпитализации беременных женщин:
- А. Статистический талон уточнения диагноза.
  - Б. Индивидуальная карта беременной.
  - В. Журнал госпитализации.
  - Г. Журнал консилиумов.
21. Под профилактическим гинекологическим осмотром подразумевается медицинский осмотр:
- А. Контингента женщин, работающих во вредных условиях производства.
  - Б. Декретированных контингентов рабочих и служащих при поступлении на работу.
  - В. Больных, состоящих на диспансерном учете.
  - Г. Женщин с целью выявления гинекологических и онкологических заболеваний.
22. Ведение беременных женщин в женской консультации проводится методом:
- А. Оказания медицинской помощи при обращении пациенток в женскую консультацию.
  - Б. Профилактических осмотров.
  - В. Периодических осмотров декретированных контингентов.
  - Г. Диспансерного наблюдения.
23. Большие железы преддверия влагалища расположены:
- А. В основании малых половых губ.
  - Б. В толще средних отделов больших половых губ.
  - В. В бороздке между нижними третями малых и больших половых губ.
  - Г. В толще задних отделов больших половых губ.
24. Выводной проток бартолиновой железы открывается обычно:
- А. В основание малых половых губ.
  - Б. В бороздку между нижней третью малых половых губ и девственной плевой.
  - В. В бороздку между нижними третями малых и больших половых губ.
  - Г. В толщу задних отделов больших половых губ.
25. Передняя стенка влагалища в ее верхнем отделе ограничит:



- А. С мочеточниками.
  - Б. С дном мочевого пузыря.
  - В. С шейкой мочевого пузыря.
  - Г. С мочеиспускательным каналом.
26. Передняя стенка влагалища в ее нижнем отделе граничит:
- А. С мочеточниками.
  - Б. С дном мочевого пузыря.
  - В. С шейкой мочевого пузыря.
  - Г. С мочеиспускательным каналом.
27. Задняя стенка влагалища в ее верхнем отделе соприкасается:
- А. С прямой кишкой.
  - Б. С прямокишечно-маточным углублением (дугласовым карманом).
  - В. С шейкой мочевого пузыря.
  - Г. С мочеточниками.
28. Задняя стенка влагалища в средней ее части соприкасается:
- А. С прямой кишкой.
  - Б. С сигмовидной кишкой.
  - В. С прямокишечно-маточным углублением (дугласовым карманом).
  - Г. С тканями промежности.
29. Задняя стенка влагалища в ее нижней части соприкасается:
- А. С прямой кишкой.
  - Б. С сигмовидной кишкой.
  - В. С тканями промежности.
  - Г. С бартолиновыми железами.
30. Границей между наружными и внутренними половыми органами является:
- А. Наружный маточный зев.
  - Б. Внутренний маточный зев.
  - В. Девственная плева (вход во влагалище).
  - Г. Малые половые губы.
31. Преимущественный ход мышечных волокон в теле матки:
- А. Косой.
  - Б. Циркулярный.
  - В. Косо-продольный.
  - Г. Продольный.

32. Преимущественный ход мышечных волокон в шейке матки:
- А. Косой.
  - Б. Циркулярный.
  - В. Косо-продольный.
  - Г. Продольный.
33. Длина маточной трубы у женщины в репродуктивном возрасте составляет:
- А. 7 – 8 см.
  - Б. 9 – 10 см.
  - В. 10 – 12 см.
  - Г. 15 – 18 см.
34. Диафрагма таза образуется:
- А. Глубокой поперечной мышцей промежности.
  - Б. Мышцей, поднимающей задний проход.
  - В. Мочеполовой диафрагмой.
  - Г. Поверхностной поперечной мышцей промежности.
35. Длина тела небеременной матки у женщин составляет:
- А. 6 – 7 см.
  - Б. 7 – 8 см.
  - В. 8 – 9 см.
  - Г. 9 – 10 см.
36. От области наружных половых органов и нижней части влагалища лимфа оттекает преимущественно в лимфоузлы:
- А. Наружные подвздошные и крестцовые.
  - Б. Внутренние подвздошные.
  - В. Паховые и внутренние подвздошные.
  - Г. Наружные подвздошные и паховые.
37. Увеличение матки во время беременности происходит за счет:
- А. Гипертрофии и гиперплазии мышечных волокон матки.
  - Б. Образования новых адипоцитов.
  - В. Увеличения в объеме имеющихся адипоцитов.
  - Г. Образования новых миоцитов.
38. В связи с беременностью наружные половые органы претерпевают следующее физиологическое изменение:
- А. Слизистая оболочка входа во влагалище становится цианотичной.
  - Б. Усиливается рост волос на лобке.
  - В. Уменьшается размер клитора.
  - Г. Увеличивается размер клитора.

39. Под акушерской промежностью подразумевают участок тканей:
- А. Между задней спайкой и копчиком.
  - Б. Между задней спайкой и анусом.
  - В. Между анусом и копчиком.
  - Г. От нижнего края лона до ануса.
40. Физиологические изменения, происходящие в лонном сочленении во время беременности, приводят к расхождению лонных костей в стороны не более:
- А. 0,1 – 0,3 см.
  - Б. 0,4 – 0,6 см.
  - В. 0,7 – 0,9 см.
  - Г. 1,0 – 1,2 см.
41. Большая железа преддверия влагалища имеет следующие основные особенности:
- А. Имеет строение альвеолярной железы с мелкими и крупными протоками.
  - Б. Выводной проток ее располагается на границе средней и нижней трети больших половых губ.
  - В. Капсула большой железы преддверия тесно прилежит к вестибулярному венозному сплетению.
  - Г. Железа постоянно выделяет муцинозный секрет.
42. Патологическое течение климактерического периода характеризуется:
- А. Прогрессирующей инволюцией половых органов.
  - Б. Прекращением менструальной функции.
  - В. Прекращением репродуктивной функции.
  - Г. Резко выраженными «приливами».
43. Функция самоочищения влагалища зависит от:
- А. Уровня эстрогенной насыщенности организма женщины.
  - Б. Характера питания женщины.
  - В. Длины шейки матки.
  - Г. Длины влагалища.
44. К основным фазам климактерия относят:
- А. Предменструальный синдром.
  - Б. Менопаузу.
  - В. Менструацию.
  - Г. Овуляцию.

45. Для пременопаузы характерно:
- А. Повышение вероятности наступления беременности.
  - Б. Увеличение частоты ановуляторных циклов.
  - В. Отсутствие менструации в течение 2-х лет.
  - Г. Увеличение частоты овуляторных циклов.
46. К внутренним половым органам относятся:
- А. Большие половые губы.
  - Б. Малые половые губы.
  - В. Большие железы преддверия.
  - Г. Влагалище.
47. К наружным половым органам относятся:
- А. Матка.
  - Б. Маточные трубы.
  - В. Влагалище.
  - Г. Большие железы преддверия.
48. Яичник поддерживается в брюшной полости благодаря:
- А. Собственной связке яичника и воронко-тазовой связке.
  - Б. Широкой маточной связке и крестцово-маточным связкам.
  - В. Крестцово-маточным связкам.
  - Г. Круглой маточной связке.
49. Брюшина покрывает матку:
- А. По ее передней поверхности – с уровня перешейка, по ее задней поверхности – почти до уровня наружного зева и дно матки.
  - Б. Только дно матки.
  - В. Только шейку матки и переднюю поверхность тела матки.
  - Г. Только дно матки и заднюю поверхность почти до уровня наружного зева.
50. Анатомическая особенность, которая относится к яичниковой артерии:
- А. Анастомозирует с почечной артерией.
  - Б. Отходит значительно выше почечной артерии.
  - В. Отходит от передней поверхности брюшной аорты.
  - Г. Отходит от бедренной артерии.
51. Топографическая анатомия маточной артерии имеет характерный признак:

- А. Делится на восходящую и нисходящую ветви.
  - Б. На первом перекресте с мочеточником располагается впереди мочеточника.
  - В. Ее влагалищная ветвь идет по задней стенке влагалища.
  - Г. Отходит от яичниковой артерии.
52. Вторая степень чистоты влагалищного мазка характеризуется:
- А. Реакция влагалищного содержимого кислая.
  - Б. Реакция влагалищного содержимого щелочная.
  - В. Лейкоцитов в мазке содержится до 100 в поле зрения.
  - Г. Лейкоциты в мазке содержатся сплошь.
53. Подвешивающий аппарат матки и ее придатков состоит из:
- А. Широкой маточной связки.
  - Б. Крестцово-маточной связки.
  - В. Кардинальной связки.
  - Г. Диафрагмы таза.
54. Кардинальные связки матки:
- А. Не удерживают матку от чрезмерных смещений.
  - Б. Не содержат лимфатических путей.
  - В. Залегают в основании широких связок матки.
  - Г. Проходят в толще матки.
55. Висцеральная часть тазового отдела мочеточника:
- А. Располагается в толще основания широкой маточной связки (ближе к заднему ее листку).
  - Б. Не образует перекреста с маточной артерией.
  - В. Проходит латерально от яичника.
  - Г. Не примыкает к органам малого таза.
56. В связи с беременностью во влагалище происходит следующее физиологическое изменение:
- А. Резко возрастает кровоснабжение стенок влагалища.
  - Б. Слизистая теряет складчатость.
  - В. Возникает гиперемия задней стенки влагалища.
  - Г. Снижение кровообращения стенок влагалища.
57. Тест базальной температуры основан:
- А. На воздействии эстрогенов на гипоталамус.
  - Б. На влиянии простагландинов на гипоталамус.

- В. На влиянии прогестерона на терморегулирующий центр гипоталамуса.
- Г. На влиянии пролактина на гипоталамус.
58. Монофазная гипотермическая кривая базальной температуры характерна:
- А. Для двухфазного менструального цикла.
  - Б. Для двухфазного менструального цикла с укорочением лютеиновой фазы до 5 дней.
  - В. Для ановуляторного менструального цикла.
  - Г. Для беременности малого срока.
59. При двухфазном менструальном цикле разница базальной температуры I и II фаз составляет:
- А. 0,2 – 0,3°C.
  - Б. 0,4 – 0,6°C.
  - В. 0,7 – 0,8°C.
  - Г. 0,9 – 1,5°C.
60. Феномен «зрачка» (+ + +) – раскрытие цервикального канала до 0,3 см в диаметре (наружный зев в виде круга) соответствует:
- А. 7 – 8-му дню менструального цикла.
  - Б. 9 – 10-му дню менструального цикла.
  - В. 11 – 12-му дню менструального цикла.
  - Г. 13 – 14-му дню менструального цикла.
61. Положительный симптом зрачка в течение всего менструального цикла свидетельствует:
- А. О наличии гиперандрогении.
  - Б. Об укорочении II фазы цикла.
  - В. О наличии ановуляторного цикла.
  - Г. Об удлинении II фазы цикла.
62. Растяжение цервикальной слизи до 10 – 12 см на 24-й день менструального цикла свидетельствует:
- А. Об ановуляторном цикле.
  - Б. О гиперандрогении.
  - В. Об укорочении II фазы цикла.
  - Г. Об укорочении I фазы цикла.
63. Положительная прогестероновая проба при аменорее (проявление через 2 – 3 дня после отмены препарата менструально-подобного кровотечения) свидетельствует:

- А. О наличии атрофии эндометрия.
  - Б. О достаточной эстрогенной насыщенности организма.
  - В. О гиперандрогении.
  - Г. О гипоестрогении.
64. При проведении у больной с аменореей гормональной пробы с эстрогенами и гестагенами отрицательный результат ее (отсутствие менструальной реакции) свидетельствует:
- А. О наличии аменореи центрального генеза.
  - Б. О яичниковой форме аменореи.
  - В. О маточной форме аменореи.
  - Г. О наличии синдрома склерокистозных яичников.
65. При нормальном течении беременности уровень хорионического гонадотропина достигает максимума при сроке:
- А. 5 – 6 недель.
  - Б. 7 – 8 недель.
  - В. 9 – 10 недель.
  - Г. 11 – 12 недель.
66. При оценке КТГ плода имеют значение следующие данные:
- А. Базальный ритм, парциальное давление кислорода в пуповинной крови.
  - Б. Кровоток в сосудах пуповины.
  - В. Весо-ростовые показатели плода.
  - Г. Базальный ритм, вариабельность базального ритма, акцелерации и децелерации.
67. Функциональное состояние почек при хроническом пиелонефрите определяется по результатам:
- А. Пробы Зимницкого.
  - Б. Количества глюкозы крови.
  - В. Количества холестерина в крови.
  - Г. Уровня гемоглобина крови.
68. В диагностике перенесенной беременности помогают следующие методы исследования:
- А. Определение альфа-фетопротеина в крови.
  - Б. ЭКГ матери.
  - В. Динамика изменения окружности живота и высоты дна матки.
  - Г. Кольпоскопия.

69. Для диагностики аденомиоза гистеросальпингографию следует проводить:
- А. На 7 – 8-й день менструального цикла.
  - Б. На 1 – 5-й день менструального цикла.
  - В. На 20 – 25-й день менструального цикла.
  - Г. На 26 – 28-й день менструального цикла.
70. Показание к лапароскопии в гинекологии:
- А. Острый воспалительный процесс в придатках матки.
  - Б. Выраженный спаечный процесс в брюшной полости.
  - В. Нарушенная маточная беременность.
  - Г. Тяжелое общее состояние больной.
71. Дексаметазоновая проба применяется для диагностики:
- А. Аденогенитального синдрома.
  - Б. Сахарного диабета.
  - В. Гипотиреоза.
  - Г. Гиперпролактинемии.
72. При проведении морфологического исследования заподозрить рак шейки матки позволяют следующие данные:
- А. Полиморфизм клеток и их ядер.
  - Б. Отсутствие ядра в клетке.
  - В. Наличие койлоцитов.
  - Г. Отсутствие полиморфизма клеток и их ядер.
73. Показаниями к экскреторной урографии являются:
- А. Необходимость установления анатомо-функционального состояния почек и мочеточников.
  - Б. Подозрение на перфорацию матки во время аборта.
  - В. Подозрение на рак шейки матки.
  - Г. Внутренний эндометриоз.
74. Показания для проведения ирригоскопии и ректороманоскопии в гинекологии:
- А. Опухоль яичника.
  - Б. Подозрение на внематочную беременность.
  - В. Аденомиоз 1 – 2-й степени.
  - Г. Миома матки.
75. Наименьший срок беременности, считая от момента зачатия, при котором можно обнаружить плодное яйцо с помощью трансабдоминальной эхографии:



- А. 1 неделя.
  - Б. 2 недели.
  - В. 3 недели.
  - Г. 5 недель.
76. Амниоскопия оценивает:
- А. Количество околоплодных вод.
  - Б. Срок беременности.
  - В. Наличие пороков развития у плода.
  - Г. Кровоток в сосудах пуповины.
77. При подозрении на рак эндометрия гистероскопия не позволяет установить:
- А. Наличие патологического процесса.
  - Б. Распространенность процесса по поверхности.
  - В. Глубину инвазии.
  - Г. Произвести прицельную биопсию.
78. Гистероскопия не показана при:
- А. Дисфункциональных маточных кровотечениях.
  - Б. Кровотечениях в постменопаузе.
  - В. Подозрении на внематочную беременность.
  - Г. Бесплодии.
79. Ультразвуковая картина зрелости плаценты, обозначенная цифрой III, соответствует сроку беременности:
- А. До 30 недель.
  - Б. 35 – 37 недель.
  - В. 38 – 40 недель.
  - Г. 41 – 43 недели.
80. Кольпоскопия при беременности проводится:
- А. Всем беременным на сроке 10 – 14 недель согласно приказу № 572-н.
  - Б. Во время беременности только при наличии показаний.
  - В. При беременности противопоказана.
  - Г. Всем беременным перед родами за 2 – 3 недели.
81. При проведении ультразвукового исследования с целью диагностики задержки внутриутробного развития плода имеет значение измерение у плода:
- А. Бипариентального размера головки (БПР).
  - Б. Длины пуповины.

- В. Степени зрелости плаценты.
  - Г. Количества околоплодных вод.
82. При проведении КТГ (кардиотахографии) плода диагностическое значение имеют следующие показатели:
- А. Только базальная частота сердечных сокращений.
  - Б. Только наличие акцелераций.
  - В. Только ранние и поздние децелерации.
  - Г. Базальная частота сердечных сокращений, наличие акцелераций, ранние и поздние децелерации.
83. Акцелерация – это:
- А. Учащение частоты сердечных сокращений плода (ЧСС).
  - Б. Урежение ЧСС плода.
  - В. Отражение аритмии сердечной деятельности плода.
  - Г. Отражение внутриутробной задержки роста плода.
84. Децелерация– это:
- А. Учащение сердечных сокращений плода.
  - Б. Урежение сердечных сокращения плода.
  - В. Отражение бодрствования плода.
  - Г. Отражение глубокого сна плода.
85. Количественное определение содержания хорионического гонадотропина в моче относится:
- А. К сомнительным признакам беременности.
  - Б. К вероятным признакам беременности.
  - В. К достоверным признакам беременности.
  - Г. Не относится к признакам беременности.
86. К тестам функциональной диагностики относится:
- А. Определение уровня ФСГ, ЛГ в крови.
  - Б. Измерение базальной температуры.
  - В. Кольпоскопия.
  - Г. Измерение окружности живота и высоты стояния дна матки беременной женщины.

---

## РАЗДЕЛ 2.

---

### ПАТОЛОГИЯ ЭНДОМЕТРИЯ И МИОМЕТРИЯ. ПАТОЛОГИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

#### Выберите один правильный ответ

1. Нормальное состояние эндометрия у новорожденной девочки:
  - А. Атрофия.
  - Б. Пролиферация и секреция.
  - В. Аденоматоз.
  - Г. Усиленная инфильтрация лейкоцитами.
2. Показатель достаточного эстрогенного влияния в организме женщины:
  - А. Симптом «зрачка» (++++).
  - Б. Увеличение матки до 8 недель.
  - В. Угревая сыпь на лице.
  - Г. Агрессивное поведение.
3. Ритм продукции и выделения гонадотропных гормонов гипофиза в период пубертата:
  - А. Цирхоральный.
  - Б. Аркуатный.
  - В. Ежеминутный.
  - Г. Циркадный.
4. Возраст функциональной зрелости репродуктивной системы женщины:
  - А. 11 – 12 лет.
  - Б. 16 – 17 лет.
  - В. 13 – 14 лет.
  - Г. 24 – 25 лет.
5. Внерепродуктивные центральные органы системы регуляции репродуктивной функции:
  - А. Щитовидная железа.
  - Б. Печень.

- В. Кора головного мозга, аркуатные ядра гипоталамуса, гонадотропины гипофиза.
- Г. Яичники, надпочечники, тимус.
6. В каких взаимоотношениях находятся ФСГ и пролактин в репродуктивном периоде?
- А. Пролактин увеличивается при возрастании ФСГ.
- Б. ФСГ уменьшается при возрастании пролактина.
- В. Отсутствие взаимодействия.
- Г. Эстрадиол уменьшается при возрастании ФСГ.
7. Основной ингибирующий фактор пролактина:
- А. Эстрадиол.                      Б. Прогестерон.
- В. Дофамин.                      Г. Глюкагон.
8. Гормоны яичника по своей биохимической структуре – это:
- А. Пептиды.
- Б. Стероиды.
- В. Кристаллоиды.
- Г. Соли.
9. Кровоснабжение матки осуществляется из системы:
- А. Бедренной артерии.
- Б. Внутренней подвздошной артерии.
- В. Непосредственно из аорты.
- Г. Наружной подвздошной артерии.
10. Свойства лактобацилл:
- А. Продукция молочной кислоты.
- Б. Продукция эстрогенов.
- В. Воспалительная реакция слизистой влагалища.
- Г. Образование ключевых клеток.
11. Нормальное состояние эндометрия в I фазе менструального цикла в репродуктивном возрасте:
- А. Пролиферация.
- Б. Секреция.
- В. Покой.
- Г. Инфильтрация лимфоцитами.
12. Признаки секреторной трансформации эндометрия:
- А. Кистозно-расширенные маточные железы.
- Б. Наличие секрета в просвете маточных желез.
- В. Множество митозов.

- Г. Низкий призматический эпителий желез.
13. Оптимальные сроки биопсии эндометрия для оценки секреторной трансформации:
    - А. 6 – 8 день цикла.
    - Б. 27 – 28 день цикла.
    - В. Во время менструации.
    - Г. 23 – 24 день цикла.
  14. Определение гиперплазии эндометрия (ГПЭ):
    - А. Нефизиологическая пролиферация эндометрия с перестройкой железистого и стромального компонента.
    - Б. Гиперпродукция гипофизарных и яичниковых гормонов.
    - В. Неоангиогенез.
    - Г. Чрезмерно активное отторжение эндометрия.
  15. Основные патогенетические механизмы развития гиперплазии эндометрия:
    - А. Повышение продукции гонадотропинов.
    - Б. Повышение продукции пролактина.
    - В. Ановуляция и нарушение рецептивности эндометрия.
    - Г. Нарушение коагуляционного потенциала крови.
  16. Факторы риска атипичской гиперплазии эндометрия и рака матки:
    - А. Патология гепатобилиарной системы.
    - Б. Чрезмерное употребление пива.
    - В. Ожирение, сахарный диабет, гипертоническая болезнь.
    - Г. Применение гормональной контрацепции.
  17. Основной компонент диагностического процесса гиперплазии эндометрия:
    - А. Определение уровня половых гормонов в крови.
    - Б. УЗИ малого таза.
    - В. Гистеросальпингография.
    - Г. Гистологическое исследование эндометрия.
  18. Этапы лечения гиперплазии эндометрия:
    - А. Выскабливание и симптоматический гемостаз.
    - Б. Гистерэктомия.
    - В. Симптоматический и хирургический гемостаз, ликвидация ГПЭ, профилактика ГПЭ.

- Г. Выскабливание и применение агонистов релизинг-гормонов.
- 19. Группа препаратов для гормонального гемостаза при ГПЭ:
  - А. Простагландины.
  - Б. Макролиды.
  - В. Агонисты релизинг-гормонов.
  - Г. Прогестагены.
- 20. Чисто прогестинный контрацептив:
  - А. Джес.
  - Б. Регулон.
  - В. Гестарелла.
  - Г. Чарозетта.
- 21. Показания для радикального хирургического лечения миомы матки:
  - А. Рост на 4 недели за год.
  - Б. Желание пациентки.
  - В. Величина матки 12 недель.
  - Г. Интерстициальное расположение узлов.
- 22. Предпочтительный вариант терапии миомы в репродуктивном и раннем пременопаузальном возрасте:
  - А. Пангистерэктомия.
  - Б. Лечение пролонгированными прогестагенами.
  - В. Регулярная противовоспалительная терапия.
  - Г. Последовательный прием гормональной терапии (агонисты ГтРГ, антипрогестагены) и консервативная миомэктомия.
- 23. Последовательность терапевтических мероприятий при распространенном наружном эндометриозе:
  - А. Абляция эндометрия и гормональная терапия.
  - Б. Назначение агонистов ГтРГ не менее 9 – 12 месяцев с последующей гистерэктомией.
  - В. Лапароскопическое удаление очагов эндометриоза, назначение агонистов ГтРГ, назначение КОК или ЧПК в непрерывном режиме.
  - Г. Назначение противовоспалительной терапии и агонистов ГтРГ.
- 24. Комбинированные оральные контрацептивы, содержащие дроспиренон:

- А. Логест, климонорм.
  - Б. Ливиал, анжелик, фемостон.
  - В. Ярина, джес, мидиана.
  - Г. Анжелик, диане-35.
25. Препараты для коррекции гормонального дефицита в постменопаузе:
- А. Джес, новаринг, чарозетта.
  - Б. Мирена, импланон, марвелон.
  - В. Фемостон 2/10, анжелик, ливиал.
  - Г. Фемостон 1/5, анжелик, ливиал.
26. Действующее вещество и его суточная доза в препарате «Мирена»:
- А. Дроспиренон 2 мг.
  - Б. Дезогестрел 150 мкг.
  - В. Левоноргестрел 20 мкг.
  - Г. Левоноргестрел 52 мг.
27. Аббревиатура МВА означает:
- А. Международная волейбольная ассоциация.
  - Б. Мануальная вакуумная аспирация.
  - В. Максимальная волеическая аспирация.
  - Г. Менопаузальная всероссийская ассоциация.
28. Применение КОК возможно, если в анамнезе у пациентки были:
- А. Инсульты и инфаркты.
  - Б. Рак молочной железы.
  - В. Железистая гиперплазия эндометрия.
  - Г. Тромбоэмболия легочной артерии.
29. Применение комбинированных препаратов ЗГТ показано:
- А. После пангистерэктомии.
  - Б. В пременопаузе.
  - В. В позднем репродуктивном возрасте.
  - Г. С целью контрацепции в любом возрасте.
30. Какой препарат применяется по схеме 24+4:
- А. Тиболон.
  - Б. Новаринг.
  - В. Климонорм.
  - Г. Джес.

31. Инструмент для биопсии эндометрия:
- А. Ложка Фолькмана.
  - Б. Пайпель-кюретт.
  - В. Шпатель Эйра.
  - Г. Петлевой электрод.
32. Разновидности гистероскопии:
- А. Газовая, жидкостная.
  - Б. Добровольная, насильственная.
  - В. Гелевая, жидкостная.
  - Г. Лучевая, фотографическая.
33. Гистерорезектоскопия – это:
- А. Диагностическая процедура.
  - Б. Контрольное вмешательство.
  - В. Хирургическое внутриматочное вмешательство.
  - Г. Способ внутриматочной стерилизации.
34. Показание для гистероскопии:
- А. Маточные кровотечения в постменопаузе.
  - Б. Подготовка к введению ВМС.
  - В. Контроль состояния эндометрия на фоне гормональной контрацепции.
  - Г. Прерывание беременности.
35. Внутриматочные синехии – это:
- А. Округлые прозрачные образования в полости матки.
  - Б. Фиброзные безсосудистые тяжи между стенками матки.
  - В. Фрагменты инородных тел в полости матки.
  - Г. Деформация полости матки.
36. Противопоказание для гистероскопии:
- А. Неспецифический вагинит.
  - Б. Миома матки 8 недель.
  - В. Бесплодие.
  - Г. Лактация.
37. Условие для проведения гистероскопии:
- А. Желание пациентки.
  - Б. Распоряжение зав. отделением.
  - В. Наличие операционной, соответствующей лицензионным требованиям.
  - Г. Наличие гистеромата.



38. Обязательный компонент обследования перед гистероскопией:
- А. Коагулограмма.
  - Б. Бактериологическое исследование содержимого полости матки.
  - В. Общий анализ крови.
  - Г. МРТ малого таза.
39. Подготовка пациенток к гистероскопии обязательно предусматривает:
- А. Бритье наружных половых органов.
  - Б. Прием вагинальных антисептиков в течение 7 дней до вмешательства.
  - В. Явку в клинику натошак.
  - Г. Регулярные менструации.
40. Обязательное условие выполнения парацервикальной анестезии:
- А. Инфильтрация тканей должна сопровождаться потягиванием поршня шприца для исключения попадания иглы в кровеносный сосуд.
  - Б. Премедикация наркотиками.
  - В. Наличие анестезиолога.
  - Г. Оценка порога болевой чувствительности пациентки.
41. Нормальное состояние эндометрия у девочки 7 – 8 лет:
- А. Атрофия, слабая пролиферация.
  - Б. Проллиферация и секреция.
  - В. Аденоматоз.
  - Г. Усиленная инфильтрация лейкоцитами.
42. Показатель слабого эстрогенного влияния в организме женщины:
- А. Симптом «зрочка» (++++).
  - Б. Наличие базальных и парабазальных клеток в вагинальном мазке.
  - В. Угревая сыпь на лице.
  - Г. Обильные выделения из половых путей.
43. Ритм продукции и выделения гонадотропных гормонов гипофиза в репродуктивный период:
- А. Циркадный.
  - Б. Аркуатный.

- В. Ежеминутный.  
Г. Цирхоральный.
44. Возраст угасания репродуктивной функции женщины:  
А. 78 – 80 лет.                      Б. 35 – 40 лет.  
В. 43 – 46 лет.                      Г. 50 – 51 год.
45. Внерепродуктивные периферические органы системы регуляции репродуктивной функции:  
А. Щитовидная железа, жировая ткань, печень.  
Б. Желудочно-кишечный тракт.  
В. Кора головного мозга, аркуатные ядра гипоталамуса, гонадотропины гипофиза.  
Г. Яичники, надпочечники, тимус.
46. В каких взаимоотношениях находятся ФСГ и эстрадиол в репродуктивном периоде?  
А. ФСГ увеличивается при возрастании эстрадиола.  
Б. ФСГ уменьшается при возрастании эстрадиола.  
В. Эстрадиол уменьшается при возрастании ФСГ.  
Г. Отсутствие взаимодействия.
47. Основной предшественник эстрогенов:  
А. Гонадолиберин.  
Б. Холестерин.  
В. Дофамин.  
Г. Инсулин.
48. Гормоны гипофиза по своей биохимической структуре – это:  
А. Пептиды.  
Б. Стероиды.  
В. Кристаллоиды.  
Г. Соли.
49. Кровоснабжение яичника осуществляется за счет:  
А. Бедренной и пудендальной артерии.  
Б. Наружной подвздошной артерии.  
В. Яичниковой артерии и маточной артерии.  
Г. Яичниковой артерии и трубной артерии.
50. Свойства лактобацилл:  
А. Продукция соляной кислоты.  
Б. Продукция перекиси водорода.  
В. Развитие атрофии слизистой влагалища.

- Г. Повышение pH влагалищной среды.
51. Нормальное состояние эндометрия во II фазе менструального цикла в репродуктивном возрасте:
- А. Пролиферация.
  - Б. Секреция.
  - В. Покой.
  - Г. Атрофия.
52. Признаки секреторной трансформации эндометрия:
- А. Кистозно-расширенные маточные железы.
  - Б. Клубки спиральных артерий в строме.
  - В. Наличие мерцательного эпителия желез.
  - Г. Низкий призматический эпителий желез.
53. Оптимальные сроки биопсии эндометрия при аменорее:
- А. В любой день, независимо от длительности аменореи.
  - Б. 27 – 28 день цикла.
  - В. Во время менструальноподобной реакции на прогестерон.
  - Г. Биопсия не показана.
54. Типичные клинические проявления ГПЭ:
- А. Кровотечение из половых путей, анемия, депрессия.
  - Б. Повышение продукции ФСГ.
  - В. Ожирение.
  - Г. Гипофибриногенемия.
55. Основной патогенетический компонент развития ГПЭ в репродуктивном и пременопаузальном возрасте:
- А. Воспалительный процесс в эндометрии.
  - Б. Повышение продукции пролактина.
  - В. Нарушение коагуляционного потенциала крови.
  - Г. Персистенция неовулировавшего фолликула.
56. Факторы профилактики атипической ГПЭ и рака:
- А. Лечение гиперпролактинемии.
  - Б. Систематический прием изофлавоноидов.
  - В. Баллонная абляция эндометрия.
  - Г. Применение гормональной контрацепции.
57. Современные требования к проведению гистологического исследования эндометрия при ГПЭ:
- А. Полное выскабливание с гистероскопией.

- Б. Цуг-биопсия эндометрия.
  - В. Пайпель-биопсия эндометрия.
  - Г. Микробиологическое исследование эндометрия.
58. Виды реабилитации после излечения ГПЭ:
- А. Гистерэктомия и фитотерапия.
  - Б. Контрацепция, восстановление фертильности, ЗГТ.
  - В. Противовоспалительная терапия.
  - Г. Гипотензивная терапия.
59. Гормон, обладающий максимальным сродством к рецепторам прогестерона:
- А. Дофамин.
  - Б. Гонадотропин.
  - В. Левоноргестрел.
  - Г. Тестостерон.
60. Чисто прогестиновые рилизинг-системы:
- А. Новаринг.
  - Б. Мирена.
  - В. Евра.
  - Г. Импланон.
61. Показания для радикального хирургического лечения миомы матки:
- А. Величина матки 12 недель.
  - Б. Наличие более 5 узлов.
  - В. Подозрение на саркоматозное перерождение.
  - Г. Маточные кровотечения.
62. Предпочтительный вариант терапии миомы в сочетании с атипической ГПЭ в позднем репродуктивном и раннем перименопаузальном возрасте:
- А. Гистерэктомия без придатков.
  - Б. Лечение пролонгированными прогестагенами.
  - В. Регулярная противовоспалительная терапия.
  - Г. Последовательный прием гормональной терапии (агонисты ГтРГ, антипрогестагены) и консервативная миомэктомия.
63. Диагностические мероприятия при подозрении на аденомиоз:
- А. Обследование на внутриклеточные патогены методом ПЦР в реальном времени.

- Б. Выскабливание эндометрия и его микробиологическое исследование.
  - В. Проба с прогестагенами.
  - Г. УЗИ матки, гистероскопия.
64. Комбинированные оральные контрацептивы, содержащие дезогестрел:
- А. Жанин, ригевидон.
  - Б. Фемостон, ливиал.
  - В. Мерсилон, регулон.
  - Г. Чарозетта, эскапел.
65. Препараты для коррекции гормонального дефицита в пременопаузе:
- А. Джес, новаринг, чарозетта.
  - Б. Мирена, импланон, марвелон.
  - В. Фемостон 2/10, Фемостон 1/10, климонорм.
  - Г. Ливиал, анжелик, паузогест.
66. Действующее вещество и его суточная доза в препарате «Ливиал»:
- А. Дезогестрел – 150 мкг.
  - Б. Дроспиренон – 2 мг.
  - В. Эстрадиол-валерат – 2 мкг.
  - Г. Тиболон – 2,5 мг.
67. Система «МВА» применяется для:
- А. Введения ВМС «Мирена».
  - Б. Проведения гистеросальпингографии.
  - В. Аспирации содержимого полости матки.
  - Г. Удаления субмукозного миоматозного узла.
68. Применение КОК противопоказано:
- А. При наличии острого или хронического метроэндометрита.
  - Б. При наличии гиперплазии эндометрия.
  - В. У курящих женщин старше 35 лет.
  - Г. У женщин в пременопаузе.
69. Применение комбинированных препаратов ЗГТ ограничено:
- А. После пангистерэктомии.
  - Б. В пременопаузе.
  - В. После абляции эндометрия.

- Г. При диффузной мастопатии.
70. Для какого препарата впервые была апробирована схема пролонгированного приема:
- А. Тиболон.
  - Б. Новаринг.
  - В. Марвелон.
  - Г. Джес.
71. Инструмент для биопсии эндометрия:
- А. Ложка Фолькмана.
  - Б. Шприц для МВА.
  - В. Шпатель Эйра.
  - Г. Эндобраш.
72. Разновидности аблации эндометрия:
- А. Баллонная.
  - Б. Криодеструкция.
  - В. Аргоноплазменная.
  - Г. Механическая.
73. Осложнение гистероскопии:
- А. Расстройство мочеиспускания.
  - Б. Перегрузка сосудистого русла жидкостью и электролитами.
  - В. Спазм внутреннего зева.
  - Г. Диспареуния.
74. Показание для гистероскопии:
- А. Планирование беременности.
  - Б. Бесплодие.
  - В. Контроль положения ВМС «Мирена».
  - Г. Оценка проходимости маточных труб.
75. Гистероскопия – метод выбора диагностики:
- А. Хронического эндометрита.
  - Б. Состояния эндометрия на 6 – 8 неделе после родов.
  - В. Субмукозной миомы матки.
  - Г. Проходимости маточных труб.
76. Противопоказание для гистероскопии:
- А. Злокачественный процесс тела и шейки матки с распадом.
  - Б. Миома матки 8 недель.

- В. Вторичное бесплодие.
  - Г. Прекращение лактации.
77. Условие для проведения гистероскопии:
- А. Наличие офисного гистероскопа.
  - Б. Наличие протокола гистероскопии, утвержденного главным врачом.
  - В. Возможность адекватной анестезии.
  - Г. Наличие результатов коагулограммы.
78. Обязательный компонент обследования перед гистероскопией:
- А. Бактериоскопия вагинального мазка.
  - Б. Бактериологическое исследование содержимого полости матки.
  - В. Уровень гликемии натощак.
  - Г. ПЦР в режиме реального времени.
79. Метод «некасания» предусматривает:
- А. Использование эндоскопических инструментов.
  - Б. Использование видеоаппаратуры.
  - В. Аккуратное введение инструментов строго в цервикальный канал, исключая контакт со слизистой влагалища.
  - Г. Работу в стерильных перчатках.
80. Препарат для выполнения парацервикальной анестезии:
- А. Промедол.
  - Б. Лидокаин.
  - В. Индометацин.
  - Г. Маркаин.
81. Что из перечисленного относится к нормальным кольпоскопическим состояниям:
- А. Плоский ацетобелый эпителий.
  - Б. Йоднегативная область.
  - В. Цилиндрический эпителий.
  - Г. Нежная пунктация.
82. Что из перечисленного относится к аномальным кольпоскопическим состояниям:
- А. Плоский ацетобелый эпителий.
  - Б. Неизмененный плоский эпителий.
  - В. Цилиндрический эпителий.
  - Г. Нормальная зона трансформации.

83. Выберите фактор риска предрака шейки матки:
- А. Умеренная дисплазия.
  - Б. Цервицит.
  - В. Карцинома *in situ*.
  - Г. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия.
84. Преимущественная мишень для ВПЧ:
- А. Многослойный плоский эпителий.
  - Б. Цилиндрический эпителий.
  - В. Эндоцервикс.
  - Г. Экзоцервикс.
85. К доброкачественным поражениям шейки матки относятся:
- А. Эктопия цилиндрического эпителия.
  - Б. Плоскоклеточная метоплазия.
  - В. Эндометриоз шейки матки.
  - Г. Карцинома *in situ*.
86. К предраку шейки матки относятся:
- А. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия.
  - Б. Полип эндоцервикса.
  - В. Эндометриоз шейки матки.
  - Г. Плоскоклеточная неоплазия.
87. Выберите опухолеподобные поражения шейки матки:
- А. Остроконечные кондиломы.
  - Б. Наботова киста.
  - В. Акантоз.
  - Г. Лейомиома шейки матки.
88. Частота скринингового обследования шейки матки у здоровых женщин репродуктивного возраста, живущих половой жизнью:
- А. 1 раз в год.
  - Б. 2 раза в год.
  - В. 1 раз в 3 года.
  - Г. 1 раз в 5 лет.
89. Для хронической формы ВПЧ характерно:
- А. Отсутствие морфологических или гистологических отклонений при обнаружении ДНК ВПЧ.
  - Б. Жалоб нет, клиника определяется только при кольпоскопии, цитологическом или гистологическом обследовании.



- В. Распространенные генитальные и анальные бородавки, периодические выделения из половых путей.
- Г. Такой формы не существует.
90. Выберите типы ВПЧ с высоким онкогенным риском:
- А. 14, 16, 40, 42.
- Б. 6, 11, 21, 23.
- В. 16, 18, 31, 33.
- Г. 43, 44, 5, 15.
91. Выберите оптимальный режим для биопсии шейки матки на аппарате «ФОТЕК»:
- А. Спрей.
- Б. Смесь.
- В. Чистое резание.
- Г. Фульгур.
92. Выберите оптимальный режим для конизации шейки матки на аппарате «ФОТЕК»:
- А. Спрей.
- Б. Смесь.
- В. Чистое резание.
- Г. Фульгур.
93. Основными ингредиентами вакцины «Гардасил» являются:
- А. Очищенные белки ВПЧ 6, 11, 16, 18 типов.
- Б. Высокоочищенные липополисахариды ВПЧ 6, 16, 18, 31 типов.
- В. Очищенные белки ВПЧ 6, 11, 31, 32 типов.
- Г. Генномодифицированные компоненты ВПЧ онкогенных типов.
94. Кому нельзя вводить вакцину «Гардасил»:
- А. Девочкам до 17 лет.
- Б. Беременным.
- В. Кормящим женщинам.
- Г. Тем, у кого имеется аллергия на алюминий.
95. В каком случае нарушены правила взятия цитологического мазка:
- А. Прошло более 48 часов после полового акта.
- Б. Мазок берется перед бимануальным исследованием.
- В. Менструальный период.

- Г. Прошли сутки после использования лубрикантов.
96. Для трихомонадного цервицита характерно:
- А. Очаги лейкоплакии.
  - Б. Обширная поверхность эктопии.
  - В. Атипические сосуды.
  - Г. Многочисленные наботовы кисты с желтым содержимым.
97. Для улучшения визуализации атипических сосудов используют:
- А. Увеличение кольпоскопа x 10.
  - Б. Зеленый фильтр.
  - В. Пробу с уксусной кислотой.
  - Г. Красный фильтр.
98. Оптимальный инструмент для забора цитологических мазков с экзоцервикса:
- А. Ложечка Фолькмана.
  - Б. Шпатель Эйра.
  - В. Эндобраш.
  - Г. Цитощетка.
99. Кольпоскопический индекс Рейда не описывает:
- А. Края патологической зоны.
  - Б. Цвет.
  - В. Наличие открытых желёз.
  - Г. Сосуды.
100. Кольпоскопическая картина – эктопия цилиндрического эпителия вокруг цервикального канала с четкими краями. Проба с уксусной кислотой «+», проба Шиллера «-». Зона трансформации на передней губе с открытыми протоками. Ваше заключение:
- А. Вариант нормы.
  - Б. Эктропион.
  - В. Истинная эрозия.
  - Г. Цервицит.
101. Лейкоплакия – это:
- А. Полиповидные разрастания на шейке матки.
  - Б. Кратерообразное углубление на шейке матки.
  - В. Патологический процесс, связанный с ороговением клеток многослойного эпителия шейки матки.

- Г. Разновидность кист экзоцервикса.
102. Гистологическая картина лейкоплакии:
- А. Утолщение многослойного плоского эпителия за счет процессов гиперкератоза и пролиферации клеток зернистого слоя.
  - Б. Наличие «ключевых клеток».
  - В. Выраженный сосудистый рисунок.
  - Г. Наличие койлоцитов.
103. Автор метода цитологического скрининга патологии шейки матки:
- А. Николаидас.
  - Б. Онасис.
  - В. Папаниколау.
  - Г. Романовский.
104. Синоним термина «цервикальная интраэпителиальная неоплазия»:
- А. Дисплазия эпителия шейки матки.
  - Б. Гиперкератоз эпителия шейки матки.
  - В. Эрозия шейки матки.
  - Г. Прولاпс шейки матки.
105. Система Бетесда используется для:
- А. Классификации аномалий развития шейки матки.
  - Б. Окрашивания мазков с шейки матки.
  - В. Классификации цитологических заключений патологии шейки матки.
  - Г. Выбора антибактериальной терапии.
106. Один из терминов, характеризующий кольпоскопическую картину:
- А. Майолика.
  - Б. Мозаика.
  - В. Бионика.
  - Г. Складчатость.
107. Препарат для химической коагуляции шейки матки:
- А. Лактогин.
  - Б. Солкогин.
  - В. Вагинорм.
  - Г. Новаринг.

108. Метод криодеструкции – это:
- А. Воздействие жидким азотом.
  - Б. Электрокоагуляция.
  - В. Операция Эммета.
  - Г. Обработка хлорэтилом.
109. Максимальная глубина воздействия на ткани шейки матки при аргонноплазменной абляции:
- А. 10 мм.
  - Б. 3 мм.
  - В. 5 мм.
  - Г. 0,3 мм.
110. Метод жидкостной цитологии – это:
- А. Обработка шейки матки асептическим раствором.
  - Б. Взятие смыва с шейки матки.
  - В. Сбор материала с шейки матки в специальную среду с последующим исследованием под микроскопом.
  - Г. Проточная цитометрия.
111. Что из перечисленного относится к нормальным кольпоскопическим состояниям:
- А. Плоский ацетобелый эпителий.
  - Б. Лейкоплакия.
  - В. Цилиндрический эпителий.
  - Г. Полип экзоцервикса.
112. Выберите фактор риска для рака шейки матки:
- А. Эктопия.
  - Б. Цервицит.
  - В. Карцинома *in situ*.
  - Г. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия.
113. Что из перечисленного относится к аномальным кольпоскопическим состояниям:
- А. Пунктация.
  - Б. Неизмененный плоский эпителий.
  - В. Цилиндрический эпителий.
  - Г. Нормальная зона трансформации.
114. Аббревиатура HSIL означает:
- А. Низкую степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения.
  - Б. Высокую степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения.

- В. Цервикальную интраэпителиальную неоплазию.  
Г. Многослойный плоский эпителий.
115. Инфицирование ВПЧ является фактором риска:  
А. Рака шейки матки.  
Б. Эндометриоза.  
В. Эктопии.  
Г. Эктропиона.
116. К доброкачественным поражениям шейки матки относятся:  
А. Эктопия цилиндрического эпителия.  
Б. Плоскоклеточная метаплазия.  
В. Эктропион шейки матки.  
Г. Карцинома *in situ*.
117. Эрозия шейки матки – это:  
А. Деэпителизированный участок экзоцервикса.  
Б. Предраковый процесс экзоцервикса.  
В. Гиперплазия эндоцервикса.  
Г. Акантоз шейки матки.
118. К предраку шейки матки относятся:  
А. Полип эндоцервикса.  
Б. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия.  
В. Эрозия шейки матки.  
Г. Аденокарцинома.
119. Выберите опухолеподобные поражения шейки матки:  
А. Остроконечные кондиломы.  
Б. Гиперплазия эндоцервикса.  
В. Акантоз.  
Г. Лейомиома шейки матки.
120. При какой температуре электрохирургического воздействия происходит обугливание тканей:  
А. 400 С.  
Б. 700 С.  
В. 2000 С.  
Г. 1000 С.
121. Первичная профилактика рака шейки матки – это:  
А. Контрацепция спермацидами.  
Б. Коррекция нарушений менструальной функции.

- В. Роды с интервалом менее 2-х лет.  
Г. Вакцинация против ВПЧ.
122. Выберите типы ВПЧ, способствующие образованию остроконечных кондилом:
- А. 40,42.  
Б. 6,11.  
В. 16,18.  
Г. 33,35.
123. Выберите оптимальный способ деструкции доброкачественных патологических состояний шейки матки:
- А. Криодеструкция.  
Б. Электрокоагуляция.  
В. Аргонноплазменная абляция.  
Г. Удаление конхотомом.
124. Выберите оптимальный инструмент для взятия материала из цервикального канала:
- А. Ватный тампон.  
Б. Скринет.  
В. Шпатель.  
Г. Пинцет.
125. Препарат «Гардасил» – это:
- А. Антибиотик.  
Б. Контрацептив.  
В. Вакцина против ВПЧ.  
Г. Антипротозойное средство.
126. Термин «легкая дисплазия» идентичен понятиям:
- А. Дискератоз.  
Б. Эндоцервикоз.  
В. CIN I.  
Г. HSIL.
127. Система Бетесда – это:
- А. Классификация эндометриоза.  
Б. Организационная структура оказания помощи при патологии ШМ.  
В. Приспособление для взятия материала для цитологии.  
Г. Классификация результатов цитологических исследований ШМ.

128. В каком случае соблюдены условия для взятия цитологического мазка:
- А. Прошло более 48 часов после полового акта.
  - Б. Проводится лечение генитальной инфекции.
  - В. На 3-й день менструации.
  - Г. За 1 час до процедуры произведено УЗИ вагинальным датчиком.
129. При гистологическом исследовании очагов лейкоплакии обнаруживается:
- А. Метаплазированный эпителий.
  - Б. Очаги эндометриоза.
  - В. Гиперкератоз.
  - Г. Многочисленные наботовы кисты с желтым содержимым.
130. Зеленый фильтр при кольпоскопии используют для:
- А. Выявления лейкоплакии.
  - Б. Улучшения визуализации атипических сосудов.
  - В. Снятия усталости глаз.
  - Г. Определения зоны трансформации.
131. Активные вещества вакцины «Гардасил»:
- А. Рекомбинантные антигены белка вируса папилломы человека.
  - Б. Синтезированные мукополисахариды.
  - В. Убитые вирусы папилломы человека.
  - Г. Алюминий.
132. «Ключевые» клетки являются признаком:
- А. Бактериального вагиноза.
  - Б. Лейкоплакии.
  - В. Поражения ШМ вирусом папилломы человека.
  - Г. Трихомониаза.
133. Город, в котором принята современная цитологическая классификация патологии ШМ:
- А. Хиросима.
  - Б. Барселона.
  - В. Бетесда.
  - Г. Венеция.
134. Метод кольпоскопии позволяет выявить:
- А. Стык многослойного плоского и цилиндрического эпителия.

- Б. Дисплазию эпителия шейки матки.
  - В. Гиперплазию эндометрия.
  - Г. Гипертрофию клитора.
135. Для лечения хламидийной инфекции наиболее эффективны:
- А. Антимикотики.
  - Б. Иммуномодуляторы.
  - В. Макролиды.
  - Г. Криодеструкция ШМ.
136. Один из терминов, характеризующий кольпоскопическую картину:
- А. Градация.
  - Б. Пунктация.
  - В. Синтаксис.
  - Г. Продукция.
137. Основное действующее вещество препарата «Вагинорм»:
- А. Лактобациллы.
  - Б. Аскорбиновая кислота.
  - В. Эстриол.
  - Г. Ацетилсалициловая кислота.
138. Метод аргоноплазменной абляции – это:
- А. Воздействие жидким азотом.
  - Б. Электроконизация.
  - В. Коагуляция тканей факелом газа аргона.
  - Г. Обработка хлорэтилом.
139. Для аргоноплазменной абляции характерно:
- А. Некротические изменения тканей.
  - Б. Глубина коагуляции не более 3 мм.
  - В. Выраженная воспалительная реакция тканей.
  - Г. Рубцовая деформация тканей.
140. Метод диагностики ВПЧ:
- А. Обработка шейки матки асептическим раствором.
  - Б. Кольпоскопия.
  - В. Полимеразная цепная реакция.
  - Г. Проба Шиллера.



---

### РАЗДЕЛ 3.

---

## ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ АКУШЕРСТВО. АНТЕНАТАЛЬНАЯ ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ПЛОДА И ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ

### Выберите один правильный ответ

1. Связь материнского организма и плода осуществляется через:
  - А. Плаценту.
  - Б. Барорецепторы стенки матки.
  - В. Водные оболочки плода.
  - Г. Децидуальную оболочку матки.
2. Становление фетоплацентарной системы заканчивается:
  - А. К 16-й неделе беременности.
  - Б. К 20-й неделе беременности.
  - В. К 24-й неделе беременности.
  - Г. К 28-й неделе беременности.
3. Ранняя функция цитотрофобласта состоит:
  - А. В осуществлении гистиотрофного питания зародыша.
  - Б. В продукции хорионического гонадотропина и плацентарного лактогена.
  - В. В продукции экстрогенов и прогестерона.
  - Г. В синтезе простагландинов.
4. Первичные ворсинки хориона образуются чаще всего:
  - А. На 5-й день беременности.
  - Б. На 11–12-й день беременности.
  - В. На 14–15-й день беременности.
  - Г. На 20-й день беременности.
5. Вторичные ворсинки хориона образуются:
  - А. На 5-й день беременности.
  - Б. На 11–12-й день беременности.
  - В. На 14–15-й день беременности.
  - Г. На 20-й день беременности.

6. Третичные ворсинки хориона образуются:
  - А. На 1-й неделе беременности.
  - Б. На 2-й неделе беременности.
  - В. На 3-й неделе беременности.
  - Г. На 4-й неделе беременности.
7. При нарушении маточно-плацентарного кровотока в первом триместре беременности развивается:
  - А. Первичная плацентарная недостаточность.
  - Б. Ранний токсикоз беременных.
  - В. Артериальная гипертензия беременных.
  - Г. Гестационный сахарный диабет.
8. Основной функцией плаценты является:
  - А. Амортизационная.
  - Б. Запирательная.
  - В. Секретирующая.
  - Г. Гормональная.
9. Окончательно доказано, что зрелая плацента продуцирует следующий гормон:
  - А. Адrenокортикотропный гормон.
  - Б. Тиреотропный гормон.
  - В. Плацентарный лактоген.
  - Г. Меланоцитостимулирующий гормон.
10. Эмбриопатией называются заболевания:
  - А. Аномалии развития плода, возникшие в первом триместре беременности.
  - Б. Все внутриутробные пороки развития плода.
  - В. Заболевания, обусловленные изменениями генетического материала в процессе созревания половых клеток.
  - Г. Возникшие на стадии развития эмбриона, до завершения эмбриогенеза.
11. Следующая после имплантации стадия дифференцировки трофобласта – это образование:
  - А. Морулы.
  - Б. Бластоцисты.
  - В. Первичных ворсин хориона.
  - Г. Вторичных ворсин хориона.

12. Обмен газами ( $O_2$  и  $CO_2$ ) между матерью и плодом осуществляется путем:
- А. Простой диффузии.
  - Б. Фагоцитоза.
  - В. Избирательной абсорбции.
  - Г. Пиноцитоза.
13. Эмбриогенез заканчивается:
- А. На 4-й неделе развития плода.
  - Б. На 6-й неделе развития плода.
  - В. На 8-й неделе развития плода.
  - Г. На 10-й неделе развития плода.
14. Плацентация начинается:
- А. С 13-й недели развития зародыша.
  - Б. С момента врастания вторичных ворсин за пределы базальной мембраны децидуальной оболочки.
  - В. С момента превращения вторичных ворсин в третичные.
  - Г. С момента начала атрофических изменений клеток цитотрофобласта.
15. Большая часть материнской артериальной крови проникает в межворсинчатое пространство через:
- А. Плацентарные септы.
  - Б. Спиральные артерии.
  - В. Магистральные сосуды матки.
  - Г. Котиледоны.
16. В системе органов дыхания у беременной женщины наблюдается:
- А. Повышение парциального давления  $CO_2$  крови.
  - Б. Снижение парциального давления  $CO_2$  крови.
  - В. Повышение артериовенозной разницы в содержании  $O_2$  и  $CO_2$ .
  - Г. Гиповентиляция.
17. При нормальной беременности наблюдаются следующие изменения гемодинамики:
- А. Снижается объем циркулирующей крови (ОЦК) на 40 – 50%.
  - Б. Увеличивается объем циркулирующих эритроцитов (ОЦЭ) на 30 – 40%.

- В. Отмечается ангидремия.
  - Г. Развивается гипокоагуляция.
18. Во время нормальной беременности наблюдаются следующие изменения в углеводном обмене:
- А. Тенденция к глюкозурии.
  - Б. Ослабление клубочковой фильтрации сахара.
  - В. Повышение чувствительности к инсулину.
  - Г. Подавление глюконеогенеза.
19. Во время нормальной беременности происходят следующие изменения в липидном обмене:
- А. Нарастает содержание липидов в плазме крови.
  - Б. Снижается уровень незфирных жирных кислот.
  - В. Снижается содержание липидов в эритроцитах.
  - Г. Снижается уровень триглицеридов сыворотки крови.
20. Плацента непроницаема для:
- А. Алкоголя.
  - Б. Морфина, барбитуратов.
  - В. Пенициллина.
  - Г. Гепарина.
21. Длина плода, начиная с 24 недель, высчитывается путем умножения числа месяцев:
- А. На 5.
  - Б. На 4.
  - В. На 3.
  - Г. На 2.
22. В 24 недели гестационного возраста длина плода равна:
- А. 30 см.
  - Б. 24 см.
  - В. 18 см.
  - Г. 12 см.
23. В 28 недель гестационного возраста длина плода равна:
- А. 35 см.
  - Б. 30 см.
  - В. 24 см.
  - Г. 18 см.
24. В 32 недели гестационного возраста длина плода равна:
- А. 45 см.

- Б. 43 см.
  - В. 40 см.
  - Г. 35 см.
25. В 36 недель гестационного возраста длина плода равна:
- А. 48 см.
  - Б. 45 см.
  - В. 43 см.
  - Г. 40 см.
26. В 40 недель беременности в среднем длина плода составляет:
- А. 55 см.
  - Б. 53 см.
  - В. 50 см.
  - Г. 45 см.
27. При нормальной беременности в сердечно-сосудистой системе наблюдаются следующие изменения:
- А. Повышается систолическое давление крови.
  - Б. Повышается диастолическое давление крови.
  - В. Повышается периферическое сопротивление сосудов.
  - Г. Повышается объем циркулирующей крови.
28. Пик прироста объема циркулирующей крови при нормальной беременности приходится на срок:
- А. 16 – 20 недель.
  - Б. 22 – 24 недели.
  - В. 26 – 36 недель.
  - Г. 38 – 40 недель.
29. В пищеварительной системе при беременности происходят следующие изменения:
- А. Гипохлоргидрия.
  - Б. Усиление моторной функции желудка.
  - В. Усиление перистальтики кишечника.
  - Г. Увеличение секреции пепсина.
30. При физиологической беременности в нервной системе наблюдаются следующие изменения:
- А. Постоянная интенсивность нейродинамических процессов.
  - Б. Понижение возбудимости коры головного мозга.
  - В. Понижение возбудимости ретикулярной формации мозга.

- Г. Понижение тонуса адренергической вегетативной нервной системы.
31. В период физиологически развивающейся беременности происходят следующие изменения в системе гемостаза:
- А. Гиперкоагуляция.
  - Б. Гипокоагуляция.
  - В. Коагулопатия потребления.
  - Г. Активизация только сосудисто-тромбоцитарного звена.
32. Повышение артериального давления, выявленное в 10 недель беременности, делает возможным развитие следующего осложнения:
- А. Раннего токсикоза.
  - Б. Железодефицитной анемии беременных.
  - В. Синдрома нижней полой вены.
  - Г. Артериальной гипертензии беременных.
33. Тяжесть раннего токсикоза характеризуется:
- А. Потерей массы тела.
  - Б. Ацетонурией.
  - В. Субфебрилитетом.
  - Г. Головной болью.
34. Объективное обследование беременной начинается:
- А. С пальпации живота.
  - Б. С аускультации сердцебиения плода.
  - В. С измерения окружности живота.
  - Г. С объективного обследования по системам.
35. Положение плода – это:
- А. Отношение спинки плода к сагиттальной плоскости.
  - Б. Отношение спинки плода к фронтальной плоскости.
  - В. Отношение оси плода к оси матки.
  - Г. Взаимное расположение отдельных частей плода.
36. Правильным является членорасположение плода, когда:
- А. Головка разогнута, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто.
  - Б. Головка согнута, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто.

- В. Головка согнута, позвоночник разогнут, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто.
  - Г. Головка согнута, ручки скрещены на груди, ножки разогнуты в тазобедренных и коленных суставах.
37. Правильным положением плода считается:
- А. Продольное.
  - Б. Косое.
  - В. Поперечное с головкой плода, обращенной влево.
  - Г. Поперечное с головкой плода, обращенной вправо.
38. Позиция плода при поперечном положении определяется по расположению:
- А. Спинки.
  - Б. Головки.
  - В. Мелких частей.
  - Г. Тазового конца.
39. Предлежание плода – это отношение:
- А. Головки плода к входу в таз.
  - Б. Тазового конца плода к входу в малый таз.
  - В. Наиболее низколежащей части плода к входу в таз.
  - Г. Головки плода к дну матки.
40. Первым приемом наружного акушерского исследования определяется:
- А. Позиция плода.
  - Б. Вид плода.
  - В. Высота стояния дна матки.
  - Г. Предлежащая часть.
41. Окружность живота во 2-й половине беременности измеряется:
- А. На середине расстояния между пупком и мечевидным отростком.
  - Б. На уровне пупка.
  - В. На 3 поперечных пальца ниже пупка.
  - Г. На 2 поперечных пальца выше пупка.
42. Истинная конъюгата – это расстояние между:
- А. Серединой верхнего края лонного сочленения и мысом.
  - Б. Наиболее выступающими внутрь точками симфиза и мысом.

- В. Нижним краем симфиза и выступающей точкой мыса.
  - Г. Гребнями подвздошных костей.
43. Выявленное в 10 недель беременности отсутствие «пика» выделения ХГ делает возможным развитие следующих осложнений:
- А. Развитие первичной плацентарной недостаточности.
  - Б. Эмбриопатия.
  - В. Хромосомные aberrации.
  - Г. Опухоль надпочечников плода.
44. Показатель скорости клубочковой фильтрации почек с 20 недель физиологически развивающейся беременности повышается:
- А. На 10%.
  - Б. На 30%.
  - В. На 40%.
  - Г. На 50%.
45. В 28 недель беременности плод имеет массу тела:
- А. 500 граммов.
  - Б. 800 граммов.
  - В. 1000 граммов.
  - Г. 1400 граммов.
46. Дифференцировка наружных половых органов у плода происходит в срок гестационного возраста:
- А. 13 – 20 недель.
  - Б. 21 – 26 недель.
  - В. 27 – 34 недели.
  - Г. 35 – 40 недель.
47. Генотип плода определяется:
- А. Набором хромосом (XX или XY).
  - Б. Особенностью строения внутренних половых органов.
  - В. Особенностью строения наружных половых органов.
  - Г. Половым хроматином.
48. Генотип совпадает с фенотипом:
- А. Всегда.
  - Б. Не всегда.
  - В. Только на ранних стадиях развития.
  - Г. Только после рождения.



49. Склонность к отекам нижних конечностей во время беременности обусловлена:
- А. Снижением осмотического давления в плазме крови.
  - Б. Повышенной экскрецией натрия из организма.
  - В. Снижением секреции альдостерона.
  - Г. Повышением онкотического давления плазмы крови.
50. Наиболее частым осложнением первого триместра беременности является:
- А. Преждевременное созревание плаценты.
  - Б. Запоздалое созревание плаценты.
  - В. Вторичная плацентарная недостаточность.
  - Г. Угроза самопроизвольного выкидыша.
51. Основной причиной развития позднего выкидыша является:
- А. Истмико-цервикальная недостаточность.
  - Б. Первичная плацентарная недостаточность.
  - В. Хромосомные аномалии.
  - Г. Тупая травма живота.
52. Согласно порядку оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» (приказ № 572-н) для медикаментозной терапии плацентарной недостаточности используют следующие группы препаратов:
- А. Спазмолитики.
  - Б. Токолитики.
  - В. Антиагреганты.
  - Г. Бета2-адреностимуляторы.
53. При нормально развивающейся беременности в III триместре в крови матери:
- А. Увеличивается количество тромбоцитов.
  - Б. Снижается содержание фибриногена.
  - В. Развивается гидремия.
  - Г. Возникает «сладж-синдром».
54. Различают следующие виды плацентарной недостаточности:
- А. Впервые возникшая и рецидивирующая.
  - Б. Прогрессирующая и регрессирующая.
  - В. Коротко и длительно текущая.
  - Г. Первичная и вторичная.
55. Высота дна матки в 32 недели беременности составляет:
- А. 25 см.
  - Б. 30 см.
  - В. 35 см.
  - Г. 40 см.

56. Балльная оценка степени «зрелости» шейки матки предусматривает оценку следующих признаков:
- А. Симптома «зрачка».
  - Б. Консистенции влагалищной части шейки матки.
  - В. Степени раскрытия шейки матки.
  - Г. Симптома натяжения цервикальной слизи.
57. Для «зрелой» шейки матки характерно:
- А. Открытие шеечного канала на 5 – 6 см.
  - Б. Расположение наружного зева кзади от проводной оси таза.
  - В. Размягчение шейки матки.
  - Г. Плотный внутренний зев.
58. При массе тела новорожденного 2 500 г его следует считать:
- А. Недоношенным.
  - Б. Незрелым.
  - В. Гипотрофичным.
  - Г. Здоровым, правильно развитым.
59. Запоздалое созревание плаценты может приводить:
- А. К перенашиванию беременности.
  - Б. К преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.
  - В. К формированию физиологической незрелости плода.
  - Г. К преждевременному прерыванию беременности.
60. Признаком полного отделения плаценты в родах будет:
- А. Отсутствие опускания отрезка пуповины.
  - Б. Изменение контуров и смещение дна матки.
  - В. Втягивание пуповины при глубоком вдохе роженицы.
  - Г. Продолжение пульсации пуповины.
61. Оптимальная продолжительность родов у первородящей составляет:
- А. 2 – 4 часа.
  - Б. 5 – 7 часов.
  - В. 8 – 10 часов.
  - Г. 12 – 14 часов.
62. Оптимальная продолжительность родов у повторнородящей составляет:
- А. 3 – 5 часов.

- Б. 5 – 7 часов.
  - В. 6 – 8 часов.
  - Г. 10 – 12 часов.
63. При нарушении сократительной деятельности матки в родах миометральный кровоток:
- А. Возрастает.
  - Б. Снижается.
  - В. Не изменяется.
  - Г. Увеличивается в одних участках матки, уменьшается в других.
64. Для нормально протекающего преламинарного периода характерно:
- А. Болезненность маточных сокращений.
  - Б. Формирование в ЦНС доминанты родов.
  - В. Уменьшение уровня эстриола.
  - Г. Снижение тонуса симпатико-адреналовой системы.
65. Физиологической кровопотерей в родах считается кровопотеря:
- А. До 400 мл.
  - Б. До 500 мл.
  - В. До 600 мл.
  - Г. До 800 мл.
66. Регенерация тканей плацентарной площадки происходит под влиянием:
- А. Распада и отторжения остатков амниотической оболочки.
  - Б. Регенерации эндометрия из донных желез.
  - В. Эпителизации миометрия.
  - Г. Образования грануляционного вала из тучных клеток.
67. В послеродовом периоде величина матки уменьшается до размеров небеременной матки через:
- А. 8 недель.
  - Б. 10 недель.
  - В. 16 недель.
  - Г. 20 недель.
68. Молозиво отличается от грудного молока тем, что содержит:
- А. Больше количество жиров.
  - Б. Больше количество углеводов.

- В. Больше количество белка.
  - Г. Меньше количество белка.
69. Преждевременно начавшиеся потуги могут свидетельствовать:
- А. О наличии патологического преламинарного периода.
  - Б. Об ущемлении паховой грыжи.
  - В. О дистоции шейки матки.
  - Г. О наличии клинически узкого таза.
70. Готовность фетоплацентарной системы к родам заключается:
- А. В усилении надпочечниками плода продукции кортизола.
  - Б. В повышении продукции тиреотропного гормона у плода.
  - В. В снижении выработки прогестерона тканями плаценты.
  - Г. В усиленной продукции гистамина тканями плаценты.
71. Характерным признаком полного плотного прикрепления плаценты является:
- А. Боль в животе.
  - Б. Кровотечение.
  - В. Высота стояния дна матки выше уровня пупка после рождения плода.
  - Г. Отсутствие признаков отделения плаценты.
72. Средний объем околоплодных вод в конце беременности составляет:
- А. 100 мл.
  - Б. 500 мл.
  - В. 1000 мл.
  - Г. 2000 мл.
73. Достоверным признаком беременности является:
- А. Увеличение размеров матки.
  - Б. Диспепсические нарушения.
  - В. Наличие плода в матке.
  - Г. Увеличение живота.
  - Е. Отсутствие менструации.
74. Рост толщины плаценты прекращается в срок беременности:
- А. 27 – 28 недель.
  - Б. 30 – 31 неделя.
  - В. 35 – 36 недель.

- Г. 37 – 40 недель.
75. У правильно сложенной женщины поясничный ромб имеет форму:
- А. Геометрически правильного ромба.
  - Б. Треугольника.
  - В. Неправильного четырехугольника.
  - Г. Четырехугольника, вытянутого в вертикальном направлении.
76. При правильном членорасположении плода головка находится в состоянии:
- А. Максимального сгибания.
  - Б. Умеренного сгибания.
  - В. Умеренного разгибания.
  - Г. Максимального разгибания.
77. Во 2-м периоде родов сердцебиение плода контролируется:
- А. После каждой потуги.
  - Б. Через каждые 15 минут.
  - В. Через каждые 10 минут.
  - Г. Через каждые 5 минут.
78. Вид плода – это отношение:
- А. Спинки плода к сагиттальной плоскости.
  - Б. оловки плода к плоскости входа в малый таз.
  - В. Спинки плода к передней и задней стенкам матки.
  - Г. Оси плода к продольной оси матки.
79. Головное предлежание плода при физиологических родах:
- А. Переднеголовное.
  - Б. Затылочное.
  - В. Лобное.
  - Г. Лицевое.
80. Диагональная конъюгата – это расстояние между:
- А. Нижним краем симфиза и мысом.
  - Б. Седалищными буграми.
  - В. Гребнями подвздошных костей.
  - Г. Большими вертелами бедренных костей.
81. Истинная конъюгата в норме равна (см):
- А. А. 11.
  - Б. Б. 13.

- В. В. 9.  
Г. Г. 20.
82. В конце беременности у первородящей женщины в норме шейка матки:
- А. Укорочена, размягчена.
  - Б. Сглажена частично.
  - В. Сглажена полностью.
  - Г. Сохранена.
83. Подготовительные схватки отличаются от родовых:
- А. Регулярностью и частыми интервалами.
  - Б. Увеличением амплитуды напряжений матки.
  - В. Болезненностью.
  - Г. Структурными изменениями шейки матки.
84. Первый период физиологических родов заканчивается всегда:
- А. Полным раскрытием шейки матки.
  - Б. Возникновением потуг.
  - В. Излитием околоплодных вод.
  - Г. Через 6 – 8 часов от начала регулярных схваток.
85. Основными механизмами отделения плаценты и выделения последа являются:
- А. Возрастание внутриматочного давления.
  - Б. Увеличение объема матки.
  - В. Дистракция миометрия.
  - Г. Увеличение размеров плацентарной площади.
86. Термином «послеродовой период» обозначают:
- А. Первые 2 месяца после родов.
  - Б. Период грудного кормления новорожденного.
  - В. Период послеродовой аменореи.
  - Г. Первые 2 часа после родов.
87. Окситоцин способствует отделению молока из молочных желез путем:
- А. Сокращения миоэпителиальных клеток в молочных ходах.
  - Б. Увеличения секреции пролактина.
  - В. Снижения содержания эстрогенов.
  - Г. Снижения содержания андрогенов.

88. К препаратам, тормозящим лактацию, относятся:
- А. Прогестерон.
  - Б. Парлодел.
  - В. Барбитураты.
  - Г. Нитрофураны.
89. При нормальной беременности в мочевыделительной системе у беременной женщины наступают следующие изменения:
- А. Снижается почечный кровоток.
  - Б. Увеличивается скорость клубочковой фильтрации.
  - В. Происходит некоторое сужение почечных лоханок.
  - Г. Повышается тонус мочеточников и мочевого пузыря.
90. Достоверным признаком беременности является:
- А. Увеличение размеров матки.
  - Б. Аменорея.
  - В. Наличие хориального гонадотропина в моче.
  - Г. Наличие сердцебиения плода.
91. Основная роль эстрогенов в родах заключается:
- А. В повышении уровня прогестерона.
  - Б. В снятии прогестеронового блока в плацентарной площадке матки.
  - В. В снижении секреции тиреотропного гормона у матери и плода.
  - Г. В ослаблении продукции пролактина.
92. Показанием к эпизиотомии в родах является:
- А. Гемолитическая болезнь плода.
  - Б. Срочные роды.
  - В. Головное предлежание плода.
  - Г. Угроза разрыва ригидной промежности.
93. Нормальная сократительная деятельность матки в родах характеризуется:
- А. Значительным повышением базального тонуса матки.
  - Б. Гипертонусом нижнего сегмента матки.
  - В. Смещением водителя ритма (пейсмейкера) с дна на тело матки.
  - Г. Расслаблением продольных гладкомышечных пучков при интенсивном сокращении поперечных волокон.

94. Основными причинами гипогалактии являются:
- А. Невынашивание беременности в анамнезе.
  - Б. Реконструктивно-пластические операции на молочной железе в анамнезе.
  - В. Резус-конфликтная беременность.
  - Г. Снижение секреции пролактина.
95. Ведение родов в первом периоде включает в себя контроль:
- А. За интенсивностью шевелений плода.
  - Б. За особенностями церебральной гемодинамики роженицы.
  - В. За скоростью раскрытия шейки матки.
  - Г. За функцией кишечника роженицы.
96. Ведение родов во втором периоде родов не требует контроля:
- А. За состоянием роженицы и плода.
  - Б. За «врезыванием и прорезыванием» предлежащей части плода.
  - В. За состоянием фетоплацентарного кровотока.
  - Г. За давлением в межворсинчатом пространстве.
97. В раннем послеродовом периоде происходят следующие изменения в половой системе родильницы:
- А. Субинволюция матки.
  - Б. Полное формирование канала шейки матки.
  - В. Снижение тонуса мышц тазового дна.
  - Г. Ретракция, контракция матки и тромбообразование сосудов плацентарной площадки.
98. Сократительная функция матки в родах зависит от:
- А. Уровня тиреотропного гормона.
  - Б. Концентрации окситоцина, выделяемого гипофизом матери и плода.
  - В. Содержания тромбксана.
  - Г. Содержания адренорецепторов в миометрии.
99. Для осуществления нормальной инволюции послеродовой матки имеет значение:
- А. Нормальное функционирование дыхательной системы родильницы.
  - Б. Гигиена новорожденного.
  - В. Естественное вскармливание новорожденного.



- Г. Диетика родильницы.
100. Общее количество лохий в первую неделю послеродового периода составляет:
- А. 50 мл.
  - Б. 100 мл.
  - В. 200 мл.
  - Г. До 1,5 л.
101. Нормальная продолжительность родов у первородящих:
- А. От 10 до 18 часов.
  - Б. От 6 до 4 часов.
  - В. От 4 до 2 часов.
  - Г. От 8 до 6 часов.
102. Нормальная продолжительность родов у повторнородящих:
- А. От 10 до 8 часов.
  - Б. От 8 до 6 часов.
  - В. От 6 до 4 часов.
  - Г. От 4 до 2 часов.
103. Объективный критерий эффективности родовой деятельности в первом периоде родов:
- А. Характер схваток.
  - Б. Динамика раскрытия шейки матки.
  - В. Продвижение плода по родовому каналу.
  - Г. Вид предлежания плода.
104. Скорость раскрытия маточного зева у первородящих:
- А. 1 см в 1 час.
  - Б. 2 см в 1 час.
  - В. 3 см в 1 час.
  - Г. 0,5 см в 1 час.
105. Скорость раскрытия маточного зева у повторнородящих:
- А. 1 см в 1 час.
  - Б. 2 см в 1 час.
  - В. 3 см в 1 час.
  - Г. 0,5 см в 1 час.
106. При лицевом предлежании проводной точкой является:
- А. Подбородок.
  - Б. Лоб.
  - В. Большой родничок.

- Г. Середина стреловидного шва.
107. При лобном предлежании проводной точкой является:
- А. Подбородок.
  - Б. Лоб.
  - В. Большой родничок .
  - Г. Середина стреловидного шва.
108. При переднеголовном предлежании проводной точкой является:
- А. Большой родничок.
  - Б. Середина стреловидного шва.
  - В. Малый родничок.
  - Г. Лоб.
109. Классическое ручное пособие при тазовых предлежаниях оказывается:
- А. После рождения плода до нижних углов лопаток при неэффективных потугах.
  - Б. При прорезывании ягодиц.
  - В. Для выведения головки.
  - Г. При ножном предлежании.
110. Установлен диагноз: Первый период срочных родов. Чисто ягодичное предлежание плода. Раннее излитие околоплодных вод. Выпадение пуповины. Показано срочное окончание родов с помощью операции:
- А. Перинеотомии.
  - Б. Экстракции плода за тазовый конец.
  - В. Кесарева сечения.
  - Г. Акушерских щипцов.
111. Наиболее распространенный метод родоразрешения при тазовом предлежании плода с массой более 4000 граммов:
- А. Кесарево сечение.
  - Б. Извлечение плода за тазовый конец.
  - В. Роды через естественные родовые пути.
  - Г. Наружный профилактический поворот плода за головку.
112. Через сколько минут должны закончиться роды после рождения плода до пупочного кольца:
- А. 1 минута.
  - Б. 3 минуты.

- В. 5 минут.
  - Г. 8 минут.
113. Вероятный признак беременности:
- А. Плаксивость, раздражительность, смена настроения.
  - Б. Увеличение молочных желез и выделение молозива.
  - В. Пальпация мелких частей плода.
  - Г. Неукротимая рвота.
114. Сомнительный признак беременности:
- А. Прекращение менструаций.
  - Б. Определение ХГЧ в моче.
  - В. Изменение обонятельных ощущений.
  - Г. Увеличение молочных желез и выделение молозива.
115. Какая характеристика сердцебиения плода относится к норме:
- А. 150 уд/мин, аритмичное, приглушенное.
  - Б. 136 уд/мин, ясное, ритмичное.
  - В. 124 уд/мин, ясное, аритмичное.
  - Г. 100 уд/мин, ясное, ритмичное.
116. Понятие доношенного плода определяется по:
- А. Состоянию сердечной деятельности плода.
  - Б. Массе тела новорожденного более 2,5 кг.
  - В. Сроку беременности.
  - Г. Признакам физического развития плода.
117. Основным критерий зрелости плода:
- А. Длина плода 50 см.
  - Б. Срок беременности.
  - В. Частота сердцебиения плода 120 – 140 уд/мин.
  - Г. Оценка по шкале Апгар.
118. Плоскость входа в малый таз ограничена:
- А. Верхним краем лона, серединой вертлужной впадины, сочленением 2-го и 3-го крестцовых позвонков.
  - Б. Верхним краем лона, безымянными линиями, верхушкой мыса.
  - В. Серединой внутренней поверхности лона, безымянными линиями, верхушкой мыса.
  - Г. Серединой внутренней поверхности лона, безымянными линиями, сочленением 2-го и 3-го крестцовых позвонков.

119. Плоскость широкой части малого таза ограничена:
- А. Верхним краем лонного сочленения, безымянными линиями, верхушкой мыса.
  - Б. Нижним краем лона, безымянными линиями, верхушкой мыса.
  - В. Серединой внутренней поверхности лона, серединой вертлужных впадин, сочленением 2-го и 3-го крестцовых позвонков.
  - Г. Серединой внутренней поверхности лона, седалищными остями, сочленением 2-го и 3-го крестцовых позвонков.
120. Плоскость узкой части полости малого таза ограничена:
- А. Нижним краем лонного сочленения, безымянными линиями, верхушкой крестца.
  - Б. Нижним краем лонного сочленения, седалищными остями, крестцово-копчиковым сочленением.
  - В. Серединой внутренней поверхности лона, седалищными остями, сочленением 2-го и 3-го крестцовых позвонков.
  - Г. Серединой внутренней поверхности лона, серединой вертлужных впадин, сочленением между 2-м и 3-м крестцовыми позвонками.
121. Плоскость выхода малого таза ограничена:
- А. Нижним краем лонного сочленения, седалищными буграми, верхушкой копчика.
  - Б. Нижним краем лонного сочленения, седалищными остями, крестцово-копчиковым сочленением.
  - В. Нижним краем лона, седалищными буграми, крестцово-копчиковым сочленением.
  - Г. Нижним краем лонного сочленения, безымянными линиями, верхушкой копчика.
122. Истинная конъюгата:
- А. Расстояние между нижним краем лона и выдающейся точкой мыса
  - Б. равняется в норме 13 см.
  - В. Расстояние между верхним краем лона и мысом
  - Г. равняется в норме 21 см.

123. Методика кесарева сечения, наиболее часто применяемая в современном акушерстве:
- А. Интраперитонеальный, в нижнем сегменте матки.
  - Б. Трансперитонеальный, в нижнем сегменте матки с временной изоляцией брюшной полости.
  - В. Экстраперитонеальное кесарево сечение.
  - Г. Корпоральное кесарево сечение.
124. Продолжительность послеродового периода составляет:
- А. 10 дней.
  - Б. 4 недели.
  - В. 6 – 8 недель.
  - Г. 6 месяцев.
125. Продолжительность послеродового периода определяется:
- А. Появлением первой менструации.
  - Б. Инволюцией матки.
  - В. Прекращением лохий.
  - Г. Длительностью лактации.
126. Продолжительность раннего послеродового периода составляет:
- А. 24 часа.
  - Б. 6 часов.
  - В. 12 часов.
  - Г. 2 часа.
127. Лактация начинается под действием:
- А. Плацентарного лактогена.
  - Б. Прогестерона.
  - В. Эстрогенов.
  - Г. Пролактина.
128. Недопустимый при выписке на 6-е сутки характер лохий родильницы:
- А. Слизистые.
  - Б. Серозно-кровянистые.
  - В. Серозные.
  - Г. Кровянистые.
129. Лактация начинается:
- А. Сразу после родов.
  - Б. На 1 – 2 сутки.
  - В. На 3 – 4 сутки.

- Г. В третьем триместре беременности.
130. Наиболее частое заболевание почек при беременности:
- А. Гломерулонефрит.
  - Б. Гидронефроз.
  - В. Пиелонефрит.
  - Г. Мочекаменная болезнь.
131. Сроки беременности, типичные для развития пиелонефрита:
- А. 8 – 12 недель.
  - Б. 14 – 18 недель.
  - В. 20 – 24 недели.
  - Г. 38 – 39 недель.
132. Антибактериальный препарат, применяемый для лечения пиелонефрита в 1-м триместре беременности:
- А. Эритромицин.
  - Б. Фурадонин.
  - В. 5-НОК.
  - Г. Ампициллин.
133. Сроки беременности, более характерные для болевого синдрома при мочекаменной болезни:
- А. 38 – 40 недель.
  - Б. 24 – 28 недель.
  - В. 32 – 34 недели.
  - Г. 8 – 12 недель.
134. Перинатальным периодом считается промежуток времени, начинающийся:
- А. С периода зачатия и заканчивающийся рождением плода.
  - Б. С периода жизнеспособности плода и заканчивающийся 7-ю сутками (168 часов) после рождения.
  - В. С периода рождения плода и заканчивающийся через месяц после родов.
  - Г. С 20 недель беременности и заканчивающийся 14-ю сутками после родов.
135. Нормальному развитию плода в организме беременной женщины способствует:
- А. Иммунологическая инертность хориона.
  - Б. Эритроцитарные антигены плода в материнском кровотоке.

- В. Система HLA плода.
- Г. Повышенная активность гуморального звена иммунитета.
136. Концентрация альфа-фетопротеина в сыворотке крови женщины может повышаться:
- А. При нормальном развитии плода.
  - Б. При дефектах развития нервной трубки плода.
  - В. При пороках развития почек плода.
  - Г. При пороках развития матки.
137. Плацента выполняет следующую роль в иммунологических взаимоотношениях матери и плода при нормальном течении беременности:
- А. Подавляет антигенную стимуляцию матери.
  - Б. Блокирует механизмы взаимной толерантности матери и плода.
  - В. Снижает синтез прогестерон-индуцированного блокирующего фактора.
  - Г. Препятствует свободному транспорту антигенов, антител и клеток.
138. Нарушение иммунологических взаимоотношений в системе «мать – плацента – плод» приводит к развитию следующих осложнений:
- А. Врожденным порокам сердца плода.
  - Б. Синдрому фето-фетальной трансфузии.
  - В. Неиммунной водянки плода.
  - Г. Преэклампсии.
139. Гемолитическая болезнь новорожденного связана:
- А. С аутоиммунизацией матери групповыми антигенами крови плода.
  - Б. С аутоиммунизацией матери по резус-фактору.
  - В. С изоиммунизацией матери групповыми антигенами крови плода.
  - Г. Причины гемолитической болезни плода не известны.
140. Термин изоиммунизация означает:
- А. Стимуляцию иммунитета.
  - Б. Подавление иммунитета.
  - В. Образование антител.

- Г. Снижение реактивности организма.
141. Изоиммунизация может быть вызвана несовместимостью:
- А. Групп крови матери и отца.
  - Б. Крови матери и плода по резус-фактору.
  - В. Крови матери и плода по системе HLA.
  - Г. Крови матери и плода по системе тромбоцитарных антигенов.
142. Условиями возникновения резус-конфликта являются:
- А. Наличие резус-положительного плода у резус-положительной матери.
  - Б. Сенсибилизация матери к резус-фактору.
  - В. Переливание совместимой крови в анамнезе.
  - Г. Наличие резус-отрицательного плода у резус-положительной матери.
143. После первой беременности частота иммунизации у резус-отрицательных женщин составляет:
- А. 10%.
  - Б. 30%.
  - В. 50%.
  - Г. 100%.
144. Частота гемолитической болезни плода обычно составляет:
- А. 0,3 – 0,7%.
  - Б. 3 – 7%.
  - В. 10%.
  - Г. 15%.
145. Сочетание групповой и резус-сенсибилизации в материнском организме для плода:
- А. Не имеет значения.
  - Б. Более опасно.
  - В. Менее опасно.
  - Г. Очень опасно.
146. Наиболее неблагоприятным признаком изоиммунизации во время беременности является:
- А. Снижение титра антител.
  - Б. «Скачущий» титр антител.
  - В. Наличие «полных» антител.
  - Г. Признаки гипоплазии плаценты и плода.



147. В нашей стране за критерий жизнеспособности плода (ново-рожденного) принимается срок беременности:
- А. 20 недель.
  - Б. 22 недели.
  - В. 26 недель.
  - Г. 28 недель.
148. Наименьшая длина жизнеспособного плода составляет:
- А. 30 см.
  - Б. 32 см.
  - В. 35 см.
  - Г. 50 см.
149. Наименьшая масса тела жизнеспособного плода составляет:
- А. 500 граммов.
  - Б. 600 граммов.
  - В. 800 граммов.
  - Г. 1000 граммов.
150. Исследование околоплодных вод во время беременности позволяет определить:
- А. Вес плода.
  - Б. Степень зрелости легких плода.
  - В. Функцию сердца плода.
  - Г. Длину тела плода.
151. При развитии гемолитической болезни у плода имеет место:
- А. Расстройство функции почек.
  - Б. Развитие гипопротейемии и повышение проницаемости сосудов.
  - В. Гипоплазия поджелудочной железы.
  - Г. Гипоплазия эритроцитарного ростка костного мозга плода.
152. Если через 6 месяцев после родов в крови нет противорезусных антител, можно считать, что специфическая профилактика эффективна:
- А. Нет.
  - Б. Да.
  - В. В зависимости от наличия осложнений.
  - Г. В зависимости от паритета родов.
153. При изосенсибилизации наиболее часто наблюдаются следующие осложнения:
- А. Гидремия.
  - Б. Внепеченочный холестаза.
  - В. Ранний токсикоз беременных.

- Г. Преждевременная отслойка плаценты.
154. Для диагностики гемолитической болезни у новорожденных определяют в крови:
- А. Количество юных форм лейкоцитов.
  - Б. Почасовой прирост билирубина, группу крови, резус-принадлежность крови.
  - В. Почасовой прирост билирубина, наличие ретикулоцитарного криза.
  - Г. Группу крови, резус-принадлежность крови, наличие анизо- и пойкилоцитов.
155. Ультразвуковая оценка II степени зрелости плаценты соответствует сроку беременности:
- А. 26 – 29 недель.
  - Б. 30 – 33 недели.
  - В. 34 – 37 недель.
  - Г. 38 – 40 недель.
156. Ультразвуковая оценка III степени зрелости плаценты соответствует сроку беременности:
- А. 26 – 29 недель.
  - Б. 30 – 33 недели.
  - В. 34 – 37 недель.
  - Г. 38 – 40 недель.
157. Ультразвуковая оценка 0 степени зрелости плаценты соответствует сроку беременности:
- А. 26 – 29 недель.
  - Б. 30 – 33 недели.
  - В. 34 – 37 недель.
  - Г. 38 – 40 недель.
158. Ультразвуковая оценка I степени зрелости плаценты соответствует сроку беременности:
- А. 26 – 29 недель.
  - Б. 30 – 33 недели.
  - В. 34 – 37 недель.
  - Г. 38 – 40 недель.
159. Стойкое повышение базальной частоты сердечных сокращений плода до 180 в минуту и более при головном предлежании:
- А. Всегда считается признаком гипоксии плода.
  - Б. Диагностического значения не имеет.

- В. Не связано с гипоксией плода.
  - Г. Свидетельствует о пороке развития плода.
160. Нормальной реакцией сердечной деятельности плода на задержку дыхания у матери является:
- А. Учащение частоты сердечных сокращений.
  - Б. Урежение частоты сердечных сокращений.
  - В. Вначале урежение, а затем учащение.
  - Г. Реакция сердечной деятельности плода в норме отсутствует.
161. В родах при головном предлежании плода следующая базальная частота сердечных сокращений считается нормальной:
- А. 110 – 160 в минуту.
  - Б. 100 – 150 в минуту.
  - В. 100 – 180 в минуту.
  - Г. Более 200 в минуту.
162. Сущность гемолитической болезни у плода заключается:
- А. В гемолизе тромбоцитов.
  - Б. В гидремии.
  - В. В нарушении функции легких плода.
  - Г. В билирубиновой интоксикации.
163. Токсичным является:
- А. Прямой билирубин.
  - Б. Непрямой билирубин.
  - В. Общий билирубин.
  - Г. Уровень билирубина не оказывает токсического воздействия.
164. Угроза преждевременных родов сопровождается:
- А. Повышением базального тонуса матки.
  - Б. Сниженной возбудимостью миометрия.
  - В. Компенсаторной активизацией функции фетоплацентарной системы.
  - Г. Метаболическим алкалозом в сыворотке крови плода.
165. Наличие децелераций на кардиотохограмме свидетельствует:
- А. О нормальном состоянии плода.
  - Б. О гипоксии плода.
  - В. Об инфицировании плода.
  - Г. О спинномозговой грыже у плода.

166. Переношенная беременность характеризуется:
- А. Наличием патологических изменений в миометрии.
  - Б. Нарушением функции пуповины.
  - В. Преждевременным созреванием тканей плаценты.
  - Г. Уменьшением количества околоплодных вод.
167. При переношенной беременности у плода может иметь место:
- А. Активизация сурфактной системы легких плода.
  - Б. Гипероксия.
  - В. Вторичная гипотрофия плода.
  - Г. Стимуляция красного ростка кроветворения организма плода.
168. Частота пороков развития у переношенного плода:
- А. Выше.
  - Б. Ниже.
  - В. Не выше, чем в общей популяции.
  - Г. Нет четкой зависимости.
169. При переношенной беременности частота преэклампсии:
- А. Повышается.
  - Б. Снижается.
  - В. Не изменяется.
  - Г. Остается на уровне общей популяции.
170. Выделительная функция почек у плода при переношенной беременности:
- А. Повышена.
  - Б. Не изменена.
  - В. Понижена.
  - Г. Сначала повышена, в дальнейшем снижена.
171. Шкала Сильвермана применяется для оценки новорожденного:
- А. Доношенного.
  - Б. Недоношенного.
  - В. Переношенного.
  - Г. С внутриутробной задержкой роста.
172. При ведении преждевременных родов при чисто ягодичном предлежании показано применение пособия по Цовьянову II:
- А. Да.
  - Б. Нет.

- В. Только при преждевременном излитии околоплодных вод.
  - Г. Применение пособия оказывается по желанию роженицы.
173. В системе гемостаза у переносенного новорожденного происходит:
- А. Гиперкоагуляция.
  - Б. Гипокоагуляция.
  - В. Выраженные изменения отсутствуют.
  - Г. Активизируется только сосудисто-тромбоцитарное звено.
174. Гормональная функция плаценты при переносенной беременности:
- А. Снижена.
  - Б. Повышена.
  - В. Не изменена.
  - Г. Изменяется индивидуально.
175. О критическом состоянии плода свидетельствует:
- А. Однонаправленный характер КЩС в плазме и эритроцитах.
  - Б. Разнонаправленный характер КЩС в плазме и эритроцитах.
  - В. КЩС в плазме и эритроцитах не свидетельствует о состоянии плода.
  - Г. Уровень гемоглобина крови плода.
176. При реанимации новорожденного оксигенацию осуществляют:
- А. Чистым кислородом.
  - Б. Смесью 80 – 60% кислорода и воздуха.
  - В. Гелиокислородной смесью (1:1).
  - Г. Только воздухом.
177. Снижение мышечного тонуса у новорожденного может быть обусловлено нарушением:
- А. Обмена билирубина.
  - Б. Синтеза миоглобина.
  - В. Мозгового кровообращения.
  - Г. Обмена нуклеиновых кислот.

178. К легкой степени асфиксии относится оценка по шкале Апгар:
- А. 8 баллов.
  - Б. 6 – 7 баллов.
  - В. 5 баллов.
  - Г. 4 и менее баллов.
179. При гипоксии плода ацидоз плазмы крови:
- А. Нарастает.
  - Б. Снижается.
  - В. Существенно не изменяется.
  - Г. Изменяется так же, как в эритроцитах.
180. Изменения гемодинамики у новорожденного при острой гипоксии отличаются от хронической:
- А. Снижением ОЦК и снижением гематокрита.
  - Б. Снижением ОЦК и повышением гематокрита.
  - В. Повышением ОЦК и снижением гематокрита.
  - Г. ОЦК и гематокрит при острой гипоксии не меняются.
181. Снижение вариабельности базального ритма (частоты сердечных сокращений плода) при оценке кардиотохограммы:
- А. Свидетельствует о гипоксии плода.
  - Б. Свидетельствует об отсутствии гипоксии плода.
  - В. Не является существенным признаком.
  - Г. Отражает задержку развития плода.
182. При наличии разнояйцевой многоплодной беременности зрелость плодов определяется:
- А. Совместно по массе тела плодов.
  - Б. Совместно по длине тела плодов.
  - В. По признакам зрелости у каждого плода отдельно.
  - Г. Совместно по массе и длине тела плодов.
183. Частота развития синдрома дыхательных расстройств у новорожденного обусловлена:
- А. Его массой.
  - Б. Его ростом.
  - В. Гестационным возрастом новорожденного.
  - Г. Степенью незрелости новорожденного.
184. Идиопатический респираторный дистресс-синдром – это:
- А. Расстройство дыхания, связанное с врожденным пороком развития легких плода.
  - Б. Расстройство дыхания, связанное с возникновением ателектазов легкого.

- В. Расстройство дыхания, связанное с формированием синдрома гипербилирубинемии.
  - Г. Расстройство дыхания, связанное с нарушением перфузии газов.
185. Секретию сурфактанта в легких плода усиливает:
- А. Ацетилхолин.
  - Б. Простагландин F-2-альфа.
  - В. Глюкокортикоиды.
  - Г. Углекислый газ.
186. Любое субдуральное или церебральное кровоизлияние у плода (новорожденного) относится:
- А. К асфиксии.
  - Б. К последствиям родовой травмы.
  - В. К следствию плацентарной недостаточности.
  - Г. К факторам риска внутричерепной гипертензии.
187. Масса тела у новорожденного менее 2 500 граммов может быть признаком:
- А. Синдрома Патау.
  - Б. Синдрома Эдвардса.
  - В. Синдрома задержки развития плода.
  - Г. Синдрома фето-фетальной трансфузии.
188. Для диагностики внутриутробной задержки роста плода наиболее информативны данные:
- А. О содержании прогестерона.
  - Б. О содержании плацентарного лактогена.
  - В. О содержании трофобластического гамма-глобулина.
  - Г. Результаты ультразвуковой фетометрии.
189. Причиной синдрома дыхательных расстройств у плода может являться:
- А. Родовая травма ЦНС.
  - Б. Пороки развития почек.
  - В. Пороки развития пищевода.
  - Г. Абсолютная короткость пуповины.
190. Признаками гипоксии плода на кардиотахограмме являются:
- А. Повышение вариабельности частоты сердечных сокращений.
  - Б. Поздние децелерации.

- В. Поздние акцелерации.
  - Г. Ранние акцелерации.
191. Гипоксически-травматическое повреждение нервной системы плода возникает вследствие:
- А. Преждевременного излития околоплодных вод.
  - Б. Снижения маточно-плацентарного кровообращения.
  - В. Повышения активности процессов апоптоза клеток плода.
  - Г. Преобладания тонуса парасимпатической нервной системы плода.
192. Основными задачами первичной реанимации новорожденных являются:
- А. Восстановление функции внешнего дыхания.
  - Б. Погашение углекислой задолженности.
  - В. Коррекция анемических нарушений.
  - Г. Восстановление нормальных анатомических соотношений верхних дыхательных путей.
193. Нерациональная кислородотерапия у новорожденного может вызвать:
- А. Активацию дыхательных ферментов.
  - Б. Гипероксическую гипоксию.
  - В. Стимуляцию подкорковых ядер мозга.
  - Г. Активацию глюконеогенеза.
194. Искусственная ротация головки при фиксированном плечевом поясе может вызвать следующую родовую травму плода:
- А. Перелом ключицы.
  - Б. Перелом плеча.
  - В. Травму спинного мозга и/или позвоночника.
  - Г. Перелом атланта.
195. Особенностью шейного отдела позвоночника плода является:
- А. Тесное переплетение сосудов с парасимпатическими нервными волокнами.
  - Б. Узкие каналы, где проходят позвоночные артерии.
  - В. Широкие каналы, где проходят позвоночные артерии.
  - Г. Отсутствие симпатической иннервации сосудов.
196. У здорового новорожденного регулярное дыхание должно установиться не позднее, чем через:



- А. 60 секунд.
  - Б. 90 секунд.
  - В. 120 секунд.
  - Г. 5 минут после рождения.
197. Нарушение состояния сурфактантной системы у новорожденного чаще всего обусловлено:
- А. Внутриутробной гипоксией плода.
  - Б. Незрелостью клеток альвеолярного эпителия.
  - В. Увеличением митозов клеток, продуцирующих сурфактант.
  - Г. Врожденным отсутствием ферментов, способствующих синтезу сурфактанта.
198. К причинам синдрома дыхательных расстройств у новорожденных относится:
- А. Субклинический гипотиреоз у беременной.
  - Б. Родовая травма.
  - В. Гестационный пиелонефрит у беременной.
  - Г. Гемолитическая изоиммунная анемия.
199. Шкала Сильвермана учитывает у новорожденного:
- А. Лишь внешние клинические признаки.
  - Б. Глубину метаболических нарушений.
  - В. Состояние сердечно-сосудистой системы.
  - Г. Нарушение функции печени и почек.
200. Аспирационный синдром чаще наблюдается у плодов:
- А. Перенесших антенатальный алкалоз.
  - Б. Перенесших антенатальную гипоксию.
  - В. Перенесших перинатальный стресс.
  - Г. Перенесших постнатальную гипертермию.
201. Риск развития аспирационного синдрома у плода чаще всего имеет место:
- А. При медикаментозно обезболенных родах.
  - Б. При ручном обследовании полости матки.
  - В. При перенашивании беременности.
  - Г. При ложном узле пуповины.
202. Отечно-геморрагический синдром плода чаще всего развивается:
- А. При наличии у роженицы сердечной патологии.

- Б. При наличии резус-отрицательной крови роженицы без титра антител.
  - В. При наличии гестационного пиелонефрита у беременной.
  - Г. При формировании первичной плацентарной недостаточности.
203. На наличие плацентарной недостаточности указывает:
- А. Снижение уровня эстриола на одно или более стандартных отклонений от среднего уровня.
  - Б. Повышение уровня ТТГ более 4,0 мЕд/л.
  - В. Повышение уровня ЩФ более 260 Ед/л.
  - Г. Снижение уровня прогестерона менее 500 нмоль/л.
204. Охлажденный и сухой кислород в концентрации выше 60% может вызвать:
- А. Апноэ.
  - Б. Тахикардию.
  - В. Повреждение альвеолярных мембран.
  - Г. Аритмию.
205. Искусственная вентиляция легких новорожденного с помощью маски более 5 – 10 минут может вызвать:
- А. Попадание воздуха в поддиафрагмальное пространство.
  - Б. Затруднение движения диафрагмы.
  - В. Аритмию.
  - Г. Повреждение гортанных связок.
206. Если в течение 15 минут ИВЛ у новорожденного не наступило самостоятельное дыхание или не повысилось количество баллов по шкале Апгар свыше 1, следует:
- А. Внутрисердечно ввести адреналин.
  - Б. Начать непрямой массаж сердца.
  - В. Прекратить реанимационные мероприятия.
  - Г. Применить краниocereбральную гипотермию (КЦГ).
207. Показаниями к краниocereбральной гипотермии у новорожденных являются:
- А. Асфиксия легкой степени.
  - Б. Наличие незначительной родовой опухоли.
  - В. Продолжительность потужного периода более 1,5 часа.

- Г. Нарастание неврологической симптоматики.
208. К вазоактивным препаратам, применяемым для лечения плацентарной недостаточности, относятся:
- А. Фолиевая кислота.
  - Б. Глютаминовая кислота.
  - В. Галаскорбин.
  - Г. Дипиридамол.
209. Аминокислотой, применяемой в комплексной терапии плацентарной недостаточности, является:
- А. Трентал.
  - Б. Партусистен.
  - В. Изоптин.
  - Г. Метионин.
210. Из средств, влияющих на реокоагуляционные свойства крови, для лечения плацентарной недостаточности применяют:
- А. Коргликон.
  - Б. Курантил.
  - В. Витамин В1.
  - Г. Дротаверин.
211. Для нормализации обменных процессов у плода и стимуляции окислительных реакций цикла Кребса применяют:
- А. Глюкозу (5–10%) – раствор с инсулином.
  - Б. Токолитики.
  - В. Спазмолитики.
  - Г. Седативные препараты.
212. Наиболее частыми причинами преждевременного прерывания беременности в I триместре ее развития являются:
- А. Ранний токсикоз.
  - Б. Врожденные пороки развития плода.
  - В. Гестационный сахарный диабет.
  - Г. Врожденные пороки сердца беременной.
213. Наиболее частыми причинами позднего выкидыша являются:
- А. Врожденные пороки развития плода.
  - Б. Преэклампсия тяжелой степени.
  - В. Истмико-цервикальная недостаточность.
  - Г. Гиперэстрогения.

214. Длительная ингаляция чистого кислорода приводит к следующему:
- А. Вызывает фиброзные изменения в легких.
  - Б. Подавляет аэробные процессы.
  - В. Способствует алкалозу.
  - Г. Способствует гипокапнии.
215. При угрозе самопроизвольного выкидыша гормональная терапия гестагенами назначается беременным:
- А. С гипофункцией яичников.
  - Б. С выраженным многоводием.
  - В. С пороками развития плода.
  - Г. С адреногенитальным синдромом.
216. Показанием к применению токолитиков во время беременности является:
- А. Сахарный диабет.
  - Б. Тиреотоксикоз.
  - В. Угроза прерывания беременности в III триместре беременности.
  - Г. Преждевременная отслойка плаценты.
217. Условиями для применения токолитиков являются:
- А. Целый плодный пузырь и наличие регулярной родовой деятельности.
  - Б. Целый плодный пузырь и отсутствие регулярной родовой деятельности.
  - В. Открытие шейки матки более чем на 2 – 3 см.
  - Г. Признаки гипотрофии плода II степени.
218. Синдром дыхательных расстройств у новорожденного развивается при следующей патологии:
- А. Болезни эластиновых мембран.
  - Б. Внутричерепном кровоизлиянии.
  - В. Эмболии околоплодными водами.
  - Г. Омфалите.
219. При осмотре переносенного новорожденного выявляется следующее:
- А. Яички не опустились в мошонку.
  - Б. Клитор и малые половые губы не прикрыты большими.
  - В. Небольшая исчерченность стоп.

- Г. Сухая морщинистая кожа с небольшим количеством сыровидной смазки.
220. Для выбора тактики при переносной беременности имеет значение:
- А. Оценка позиции плода.
  - Б. Определение состояния шейки матки.
  - В. Спонтанный или индуцированный характер наступления беременности.
  - Г. Определение длины плода.
221. Выберите относительные показания к абдоминальному родоразрешению при переносной беременности:
- А. Умеренное многоводие.
  - Б. Компенсированная плацентарная недостаточность.
  - В. Преждевременное излитие околоплодных вод.
  - Г. Тазовое предлежание предполагаемого крупного плода.
222. Острая гипоксия плода развивается у беременных:
- А. При преэклампсии.
  - Б. При гемолитической болезни плода.
  - В. При хронической внутриматочной инфекции.
  - Г. При разрыве матки.
223. Сурфактантная система легких плода выполняет следующие функции:
- А. Регулирует энергообмен.
  - Б. Снижает поверхностное натяжение и обеспечивает стабильность альвеол в процессе дыхания.
  - В. Регулирует кровоснабжение легких плода.
  - Г. Является гормонопродуцирующей зоной.
224. Хроническая плацентарная недостаточность возникает:
- А. При обширных инфарктах в плаценте.
  - Б. При преждевременной отслойке плаценты.
  - В. При эклампсии.
  - Г. При длительно текущей преэклампсии.
225. Острая плацентарная недостаточность есть следствие:
- А. Длительной угрозы преждевременного прерывания беременности.
  - Б. Изосерологической несовместимости крови матери и плода.

- В. Перенашивания беременности.
  - Г. Преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.
226. Основные признаки переносимости беременности:
- А. Увеличение окружности живота.
  - Б. Уменьшение высоты дна матки.
  - В. Предлежащая часть глубоко стоит во входе в малый таз.
  - Г. Снижение объема околоплодных вод.
227. Признаки угрозы преждевременных родов:
- А. Уменьшение окружности живота.
  - Б. Увеличение высоты дна матки.
  - В. Длина шейки матки при цервикометрии менее 25 мм.
  - Г. Предлежащая часть высоко над входом в малый таз.
228. Для переносимости беременности характерно:
- А. Многоводие.
  - Б. Снижение базального тонуса матки.
  - В. Снижение возбудимости миометрия.
  - Г. Увеличение окружности живота.
229. Основными признаками переносимости плода являются:
- А. Живот увеличен с размерах с явным расхождением прямых мышц.
  - Б. Обилие сыровидной смазки.
  - В. Узкие швы и роднички, плотные кости черепа.
  - Г. Ногтевые пластинки не доходят до кончиков пальцев.
230. У переносимого новорожденного отмечается:
- А. Увеличение длины бедра.
  - Б. Первичная гипотрофия.
  - В. Уменьшение окружности головки.
  - Г. Увеличение окружности головки.
231. Родоразрешение при переносимости беременности проводят с учетом:
- А. Наличия гипоксии плода.
  - Б. Группы крови и резус-принадлежности пациентки.
  - В. Наличия истмико-цервикальной недостаточности.
  - Г. Паритета родов.

232. При истинном перенашивании беременности (плод в состоянии хронической гипоксии) целесообразна следующая тактика ведения родов:
- А. Родовозбуждение амниотомией и родостимуляция внутривенным введением окситоцина.
  - Б. Во втором периоде – акушерские щипцы.
  - В. Во втором периоде – вакуум-экстракция плода.
  - Г. Абдоминальное родоразрешение.
233. Причина хронической гипоксии плода:
- А. Преждевременная отслойка плаценты.
  - Б. Неполный разрыв матки.
  - В. Прижатие пуповины.
  - Г. Длительная угроза прерывания беременности.
234. О критическом состоянии новорожденного свидетельствует:
- А. Патологическая желтуха.
  - Б. Отечно-геморрагический синдром.
  - В. В плазме крови – гиперкалиемия.
  - Г. В плазме крови – гипернатриемия.
235. Основной причиной синдрома дыхательных расстройств у недоношенных новорожденных является:
- А. Анатомически узкий таз.
  - Б. Инфекция В-20.
  - В. Хроническая гипоксия плода.
  - Г. Истинный узел пуповины.
236. Противопоказанием для проведения стероидной профилактики синдрома дыхательных расстройств у новорожденного является наличие у матери:
- А. Нарушения толерантности к глюкозе.
  - Б. Гипертиреоза.
  - В. Субклинического гипотиреоза.
  - Г. Артериальной гипотонии.
237. К внутриутробному инфицированию плода может привести:
- А. Отягощенный акушерский анамнез (привычное невынашивание беременности).
  - Б. Хронический аднексит.
  - В. Кольпит во время беременности.
  - Г. Резус-конфликтная беременность.

---

#### РАЗДЕЛ 4.

---

### ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ И ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО. ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

#### Выберите один правильный ответ

1. Анатомически узким принято считать всякий таз, у которого по сравнению с нормальным:
  - А. Все размеры уменьшены на 0,5 – 1 см.
  - Б. Хотя бы один размер уменьшен на 0,5 – 1 см.
  - В. Все размеры уменьшены на 1,5 – 2 см.
  - Г. Хотя бы один размер уменьшен на 1,5 – 2 см.
2. Таз может считаться анатомически узким, если величина наружной конъюгаты менее:
  - А. 20 см.
  - Б. 19,5 см.
  - В. 19 см.
  - Г. 18,5 см.
3. Таз может считаться анатомически узким, если размер истинной конъюгаты менее:
  - А. 12 см.
  - Б. 11,5 см.
  - В. 11 см.
  - Г. 10,5 см.
4. Таз может считаться поперечносуженным, если поперечный размер входа в малый таз составляет:
  - А. Менее 13,5 до 13 см.
  - Б. Менее 13 до 12,5 см.
  - В. Менее 12,5 до 12 см.
  - Г. Менее 12 до 11,5 см.
5. Частота анатомически узкого таза составляет:
  - А. 10 – 8%.
  - Б. 7 – 6%.
  - В. 5 – 4%.
  - Г. 3 – 2%.



6. Особенности биомеханизма родов при поперечносуженном тазе состоят в следующем:
  - А. Обязательным является косое асинклитическое вставление головки плода.
  - Б. Может быть высокое прямое стояние головки плода.
  - В. Головка плода не может пройти все плоскости малого таза без своего внутреннего поворота.
  - Г. Первым моментом биомеханизма является дополнительное умеренное разгибание головки плода.
7. При следующих размерах: D.sp – 24 см, D.cr – 27 см, D.tr – 30 см, С.ext – 18 см – таз следует отнести:
  - А. К плоскорихитическому.
  - Б. К простому плоскому.
  - В. К поперечносуженному.
  - Г. К общеравномерносуженному.
8. При следующих размерах: D.sp – 26 см, D.cr – 27 см, D.tr – 31 см, С.ext – 17,5 см – таз следует отнести:
  - А. К плоскорихитическому.
  - Б. К простому плоскому.
  - В. К поперечносуженному.
  - Г. К общеравномерносуженному.
9. Указанные особенности биомеханизма родов: длительное стояние головки плода стреловидным швом в поперечном размере входа в малый таз, некоторое разгибание головки плода во входе в малый таз, асинклитическое вставление головки плода (чаще заднетеменной асинклитизм) – характерны для следующей формы анатомически узкого таза:
  - А. Простой плоский.
  - Б. Плоскорихитический.
  - В. Общеравномерносуженный.
  - Г. Поперечносуженный.
10. Для общеравномерносуженного таза характерно:
  - А. Уменьшение только прямого размера входа в малый таз.
  - Б. Одинаковое уменьшение всех размеров малого таза.
  - В. Удлинение крестца.
  - Г. Уменьшение только прямого размера выхода в малый таз.

11. Уплотнение верхнего треугольника пояснично-крестцового ромба характерно для следующей формы анатомически узкого таза:
  - А. Поперечносуженного.
  - Б. Простого плоского.
  - В. Плоскоррахитического.
  - Г. Общеравномерносуженного.
12. Для биомеханизма родов в переднеголовном предлежании характерны следующие основные особенности:
  - А. Головка плода проходит плоскости малого таза своим средним косым размером.
  - Б. Внутренний поворот головки плода совершается при переходе из широкой части полости малого таза в узкую.
  - В. Ведущая точка на головке плода расположена между большим и малым родничками.
  - Г. Характерным является задний вид.
13. Простой плоский таз характеризуется:
  - А. Уменьшением всех прямых размеров полости малого таза.
  - Б. Увеличением высоты таза.
  - В. Уменьшением поперечного размера пояснично-крестцового ромба.
  - Г. Увеличением всех поперечных размеров полости малого таза.
14. Указанные особенности биомеханизма родов: долгое стояние головки плода стреловидным швом в косом размере во входе в малый таз, выраженное сгибание головки плода, строго синклитическое вставление головки плода – характерны для следующей формы анатомически узкого таза:
  - А. Общеравномерносуженного.
  - Б. Общесуженного плоского.
  - В. Простого плоского.
  - Г. Поперечносуженного.
15. Степень сужения таза определяется по уменьшению размера:
  - А. Анатомической конъюгаты.
  - Б. Истинной конъюгаты.

- В. Горизонтальной диагонали пояснично-крестцового ромба.
- Г. Высоты стояния дна матки.
16. Уменьшение размера истинной конъюгаты до 10 см позволяет отнести таз к степени сужения:
- А. I.
- Б. II.
- В. III.
- Г. IV.
17. Размер истинной конъюгаты 8,5 см позволяет отнести таз к степени сужения:
- А. I.
- Б. II.
- В. III.
- Г. IV.
18. В прогнозе родов при анатомически узком тазе наибольшее значение имеет:
- А. Высота стояния дна матки.
- Б. Окружность живота.
- В. Размер истинной конъюгаты.
- Г. Размеры ромба Михаэлиса.
19. Клинически узкий таз – это:
- А. Одна из форм анатомически узкого таза.
- Б. Отсутствие продвижения головки плода при слабости родовой деятельности.
- В. Несоответствие головки плода и таза матери, выявленное во время беременности.
- Г. Несоответствие головки плода и таза матери, выявленное во время родов.
20. Основными причинами возникновения клинически узкого таза являются:
- А. Переднетеменной асинклитизм.
- Б. Отсутствие дородовой подготовки пациентки и наличие крупного плода.
- В. Анатомическое сужение таза и наличие крупного плода.
- Г. Чрезмерно сильная родовая деятельность.

21. Роды при I степени клинически узкого таза (относительное несоответствие) характеризуются следующим:
  - А. Биомеханизм родов не соответствует форме таза.
  - Б. Длительность родового акта дольше обычного.
  - В. Симптом Вастенарезко положительный.
  - Г. Рано появляются признаки угрожающего разрыва матки.
22. III степень клинически узкого таза (абсолютное несоответствие) характеризуется следующими признаками:
  - А. Биомеханизм родов соответствует форме узкого таза.
  - Б. Признак Вастена отрицательный.
  - В. Отсутствует способность головки плода к конфигурации.
  - Г. Роды через естественные родовые пути возможны.
23. Потуги при головке, прижатой к входу в малый таз, и отошедших околоплодных водах свидетельствуют:
  - А. Об окончании первого периода родов.
  - Б. О начавшемся разрыве матки.
  - В. О клинически узком тазе.
  - Г. Об ущемлении передней губы шейки матки.
24. При диагностике клинически узкого таза II степени во втором периоде родов и живом плоде наиболее правильным является выбор следующего способа родоразрешения (при наличии условий):
  - А. Внутривенная капельная стимуляция окситоцином для усиления потуг и естественного родоразрешения.
  - Б. Наложение акушерских щипцов.
  - В. Вакуум-экстракция плода.
  - Г. Операция кесарева сечения.
25. При диагностике клинически узкого таза III степени в первом периоде родов и живом плоде наиболее правильна следующая акушерская тактика:
  - А. Внутривенная капельная стимуляция окситоцином.
  - Б. Применение приема Кристеллера или бинта Вербова.
  - В. Проведение наружного поворота плода на тазовый конец.
  - Г. Проведение операции кесарева сечения.

26. Признак Вастена можно оценить при всех перечисленных условиях, кроме:
- А. Излития околоплодных вод.
  - Б. Прижатой к входу в малый таз головки плода.
  - В. Открытия шейки матки на 8 – 10 см.
  - Г. Целого плодного пузыря.
27. Положительный симптом Вастена свидетельствует:
- А. Об угрозе разрыва матки.
  - Б. О наличии крупного плода.
  - В. О развитии слабости родовой деятельности.
  - Г. О крайней степени несоответствия головки плода и таза матери.
28. При заднетеменном асинклитическом вставлении головки доношенного некрупного плода следует применить:
- А. Операцию кесарева сечения.
  - Б. Родостимуляцию окситоцином на фоне спазмолитиков.
  - В. Акушерские щипцы.
  - Г. Вакуум-экстракцию плода.
29. Функциональную оценку таза следует проводить:
- А. В I периоде родов.
  - Б. Во II периоде родов.
  - В. После излития околоплодных вод.
  - Г. Период родов значения не имеет.
30. Если анатомически узкий таз сочетается с переднетеменным асинклитическим вставлением головки плода, то роды надо вести:
- А. С применением стимуляции окситоцином.
  - Б. С применением наркотических анальгетиков.
  - В. В зависимости от формы анатомически узкого таза.
  - Г. В зависимости от роста роженицы.
31. Отрицательный признак Вастена свидетельствует:
- А. О полном соответствии головки плода и таза матери.
  - Б. Ни о чем не свидетельствует.
  - В. О наличии некрупного плода.
  - Г. О правильном вставлении головки плода.

32. Если анатомически узкий таз сочетается с заднетеменным асинклитическим вставлением головки плода, то роды следует вести:
- А. Консервативно.
  - Б. В зависимости от формы анатомически узкого таза.
  - В. В зависимости от массы тела плода.
  - Г. Только путем кесарева сечения.
33. При анатомически узком тазе II степени и живом плоде вопрос о родостимуляции решается, как правило, следующим образом:
- А. Проводится всегда.
  - Б. Не проводится.
  - В. В зависимости от артериального давления роженицы.
  - Г. В зависимости от предлежания плода.
34. Для выбора тактики ведения родов при узком тазе важнее всего определить:
- А. Размеры плода.
  - Б. Росто-весовые показатели женщины.
  - В. Форму анатомически узкого таза и степень сужения таза.
  - Г. Размеры ромба Михаэлиса.
35. Запущенное поперечное положение плода – это такая акушерская ситуация, при которой имеет место:
- А. Наличие предлежащей ручки плода при его поперечном положении.
  - Б. Выпадение ручки плода и вколачивание в таз плечика плода.
  - В. Наличие целого плодного пузыря при поперечном положении плода в I периоде родов.
  - Г. Поперечное положение плода, возникшее в I периоде родов.
36. При запущенном поперечном положении живого доношенного плода, хорошем его состоянии и отсутствии признаков инфекции у матери наиболее правильным будет проведение:
- А. Комбинированного акушерского поворота плода на головку с последующей его экстракцией.
  - Б. Наружного акушерского поворота плода на головку.

- В. Родостимуляции окситоцином в надежде на самопроизвольный поворот плода.
- Г. Операции кесарева сечения.
37. При проведении первого этапа операции комбинированного акушерского поворота (при поперечном положении плода и полном открытии маточного зева) большое значение имеет следующее:
- А. Вводится та рука, которой лучше всего владеет акушер-гинеколог.
  - Б. Вводится рука акушера-гинеколога, разноименная позиции плода.
  - В. Вводится рука акушера-гинеколога, одноименная позиции плода.
  - Г. Комбинированный акушерский поворот производится при помощи акушерских щипцов.
38. При проведении второго этапа операции (при поперечном положении плода, его переднем виде и полном открытии маточного зева) обычно:
- А. Захватывают вышележащую ножку плода.
  - Б. Захватывают нижележащую ножку плода.
  - В. Выбор ножки плода значения не имеет.
  - Г. Выбор ножки плода зависит от его массы.
39. После комбинированного акушерского поворота плода (при полном открытии маточного зева) контрольное ручное обследование полости матки производят:
- А. Обязательно.
  - Б. Только в случае подозрения на неполный разрыв матки.
  - В. Только в случае начала кровотечения.
  - Г. Только в случае наличия крупного плода.
40. Особенностью биомеханизма родов при плоском тазе является:
- А. Некоторое сгибание головки плода во входе в малый таз.
  - Б. Внутренний поворот головки плода совершается на тазовом дне.
  - В. По окончании внутреннего поворота головки плод находится, как правило, в переднем виде.
  - Г. Отмечается высокое прямое стояние головки плода.

41. В биомеханизме родов при переднеголовном предлежании ведущей точкой является:
- А. Малый родничок.
  - Б. Середина между большим и малым родничками.
  - В. Большой родничок.
  - Г. Середина лобного шва.
42. В биомеханизме родов при переднеголовном предлежании плода точками фиксации, как правило, являются:
- А. Верхняя челюсть и затылочный бугор.
  - Б. Надпереносье и затылочный бугор.
  - В. Нижняя челюсть и затылочный бугор.
  - Г. Подбородок и затылочный бугор.
43. Головка плода в родах при переднеголовном предлежании прорезывается окружностью, соответствующей:
- А. Малому косому размеру.
  - Б. Большому косому размеру.
  - В. Прямому размеру.
  - Г. Вертикальному размеру.
44. В биомеханизме родов при лобном предлежании ведущей точкой является:
- А. Середина лобного шва.
  - Б. Корень носа.
  - В. Большой родничок.
  - Г. Малый родничок.
45. При лобном предлежании доношенного плода родоразрешение проводят:
- А. Путем наложения вакуум-экстрактора на головку плода.
  - Б. С помощью атипичных акушерских щипцов.
  - В. Путем кесарева сечения.
  - Г. Через естественные родовые пути с применением родостимуляции окситоцином или простагландинами.
46. Роды через естественные родовые пути при лобном предлежании доношенного плода:
- А. Возможны.
  - Б. Невозможны.
  - В. Требуют индивидуального подхода.
  - Г. Зависят от массы плода.



47. При каком биомеханизме родов головка проходит полость малого таза своим большим косым размером:
- А. При заднем виде затылочного предлежания.
  - Б. При переднеголовном предлежании.
  - В. При лобном предлежании.
  - Г. При лицевом предлежании.
48. При наружном акушерском исследовании о поперечном положении плода свидетельствует:
- А. Окружность живота более 100 см.
  - Б. Высота дна матки свыше 39 см.
  - В. Уменьшение вертикального размера пояснично-крестцового ромба.
  - Г. Отсутствие предлежащей части, определяемой третьим приемом Леопольда.
49. Клинически узкий таз – это:
- А. Остановка родов из-за утомления роженицы.
  - Б. Упорная слабость родовой деятельности.
  - В. Дискоординация родовой деятельности.
  - Г. Несоразмерность размеров головки плода и таза женщины, возникающая в первом периоде родов.
50. При клинически узком тазе I степени несоответствия имеет место:
- А. Положительный симптом Вастена.
  - Б. Заднетеменной асинклитизм.
  - В. Потуги при высоко стоящей головке.
  - Г. Положительный симптом Пискачака.
51. При абсолютном несоответствии головки плода и таза женщины имеет место:
- А. Потуги при высоко стоящей предлежащей части.
  - Б. Кровотечение из половых путей.
  - В. Замедленное продвижение плода в полости малого таза.
  - Г. Прекращение мочеиспускания.
52. При влагалищном исследовании роженицы определяется гладкая поверхность, пересеченная швом. С одной стороны к шву примыкают надпереносье и надбровные дуги, с другой – передний угол большого родничка. В этом случае имеет место следующий вид предлежания плода:

- А. Затылочное.
  - Б. Переднеголовное.
  - В. Лобное.
  - Г. Лицевое.
53. Если при наружном акушерском исследовании размер головки плода, измеренный тазомером, превышает 12 см, следует заподозрить:
- А. Крупный плод.
  - Б. Гидроцефалию плода.
  - В. Лобное предлежание плода.
  - Г. Высокое прямое стояние головки.
54. Следующий биомеханизм родов: сгибание головки плода во входе в малый таз, внутренний поворот головки в полости малого таза, затылком кпереди, разгибание головки – характерен для предлежания:
- А. Переднеголового.
  - Б. Лобного.
  - В. Затылочного, передний вид.
  - Г. Затылочного, задний вид.
55. При каком биомеханизме родов головка проходит полость малого таза своим вертикальным размером:
- А. Задний вид затылочного предлежания.
  - Б. Переднеголовное предлежание.
  - В. Лобное предлежание.
  - Г. Лицевое предлежание.
56. При заднем асинклитизме стреловидный шов расположен:
- А. Ближе к лону.
  - Б. Ближе к мысу.
  - В. Строго по оси таза.
  - Г. Параллельно прямому размеру плоскости входа в малый таз.
57. В биомеханизме родов при лицевом предлежании плода ведущей точкой является:
- А. Подъязычная кость.
  - Б. Подбородок.
  - В. Нос.
  - Г. Верхняя челюсть.

58. В биомеханизме родов при лицевом предлежании плода точкой фиксации, как правило, является:
- А. Подъязычная кость.
  - Б. Верхняя челюсть.
  - В. Подзатылочная ямка.
  - Г. Надпереносье.
59. В этиологии тазового предлежания, вероятнее всего, имеет значение следующее:
- А. Гестационный сахарный диабет.
  - Б. Перенесенная беременность.
  - В. Предлежание плаценты.
  - Г. Рубец на матке после операции кесарева сечения.
60. Частота тазового предлежания обычно составляет:
- А. 4 – 5%.
  - Б. 6 – 7%.
  - В. 8 – 9%.
  - Г. 12 – 13%.
61. При тазовом предлежании доношенного плода худший прогноз имеет место:
- А. При чисто ягодичном предлежании.
  - Б. При ножном предлежании.
  - В. При смешанном ягодичном предлежании.
  - Г. При разогнутой головке плода.
62. Роды в тазовом предлежании относятся к родам высокого риска:
- А. При беременности, возникшей в результате применения ВРТ.
  - Б. При резус-отрицательной крови женщины без титра антител.
  - В. При узком тазе.
  - Г. При возрасте первородящей старше 35 лет.
63. В прогнозе родов при тазовом предлежании важное значение имеет:
- А. Срок беременности и пол плода.
  - Б. Срок беременности и разновидность тазового предлежания.

- В. Отношение стреловидного шва к мысу и лонному сочленению и предполагаемый вес плода.
  - Г. Разновидность тазового предлежания и размеры большого и малого родничка.
64. При осмотре головки новорожденного сразу после родов обращает на себя внимание ее брахицефалическая («башенная») конфигурация. Это характерно для биомеханизма родов при следующем предлежании:
- А. Затылочном, задний вид.
  - Б. Переднеголовном.
  - В. Лобном.
  - Г. Лицевом.
65. Частота тазового предлежания при преждевременных родах:
- А. Повышена.
  - Б. Понижена.
  - В. Зависит от общего состояния женщины.
  - Г. Зависит от наличия гипоксии плода.
66. Диагноз тазового предлежания плода при влагиалищном исследовании в родах устанавливается обычно (на фоне отошедших околоплодных вод) при открытии маточного зева не менее:
- А. 1 см.
  - Б. 2 см.
  - В. 3 – 4 см.
  - Г. При полном открытии.
67. Корректирующую гимнастику при тазовом предлежании плода проводят обычно в сроки беременности:
- А. 14 – 20 недель.
  - Б. 21 – 27 недель.
  - В. 28 – 35 недель.
  - Г. 36 – 40 недель.
68. Условиями для операции извлечения плода за тазовый конец являются:
- А. Наличие целого плодного пузыря.
  - Б. Полная соразмерность головки плода и таза матери.
  - В. Раскрытие маточного зева не менее чем на 7 – 8 см.
  - Г. Податливость тканей края шейки матки.

69. При ножном предлежании плода и выявлении его хронической гипоксии (в 38 недель беременности) наиболее правильным является следующий метод родоразрешения:
- А. Амниотомия и стимуляция родов внутривенным введением окситоцина.
  - Б. Кесарево сечение в плановом порядке.
  - В. Роды через естественные родовые пути с последующей экстракцией плода за тазовый конец.
  - Г. Роды через естественные родовые пути с систематическим применением спазмолитиков.
70. К клиническим критериям разгибательного положения головки при тазовом предлежании плода относятся:
- А. Соответствие величины головки предполагаемой массе тела плода.
  - Б. Расположение головки в дне матки со стороны, противоположной позиции плода.
  - В. Наличие выраженной глубокой шейно-затылочной борозды при определении позиции плода.
  - Г. Разгибательное положение головки при тазовом предлежании плода невозможно.
71. Пособие по Цовьянову применяют при следующем предлежании плода:
- А. Чисто ягодичном.
  - Б. Смешанном ягодичном.
  - В. Заднем виде затылочного.
  - Г. Неполном ножном.
72. Чисто ягодичное предлежание плода характеризуется следующим:
- А. Ножки согнуты в коленных суставах и вытянуты вдоль туловища.
  - Б. Ножки разогнуты в тазобедренных суставах и согнуты в коленных суставах.
  - В. Ножки согнуты в тазобедренных суставах и вытянуты вдоль туловища.
  - Г. Ножки согнуты в коленных и тазобедренных суставах.
73. Смешанное ягодичное предлежание плода характеризуется следующим:

- A. Ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах.
  - Б. Ножки согнуты в коленных суставах и вытянуты вдоль туловища.
  - В. Ножки разогнуты в тазобедренных суставах и согнуты в коленных суставах.
  - Г. Ножки согнуты в тазобедренных суставах и вытянуты вдоль туловища.
74. Полное ножное предлежание плода характеризуется следующим:
- A. Одна ножка разогнута в тазобедренном суставе и предлежит.
  - Б. Другая ножка согнута в тазобедренном суставе и вытянута вдоль туловища.
  - В. Предлежат ножки плода вместе с ягодицами.
  - Г. Оба бедра разогнуты, предлежит ножка плода.
75. При операции извлечения плода за паховый сгиб палец акушера вводят:
- A. В передний паховый сгиб.
  - Б. В задний паховый сгиб.
  - В. Принципиального значения не имеет.
  - Г. Зависит от нахождения ягодиц в той или иной плоскости малого таза.
76. Показаниями для извлечения плода за тазовый конец являются:
- A. Асфиксия плода.
  - Б. Выпадение петель пуповины при тазовом предлежании.
  - В. Дистоция плечиков.
  - Г. Дистоция шейки матки.
77. Осложнением во втором периоде родов при тазовом предлежании плода является:
- A. Чрезмерное сгибание головки плода.
  - Б. Поворот плода спинкой кпереди.
  - В. Чрезмерный внутренний поворот плечиков.
  - Г. Запрокидывание ручек плода за головку.
78. При операции извлечения плода за ножку акушер захватывает ножку:

- А. Обращенную кзади.
  - Б. Обращенную кпереди.
  - В. Принципиального значения не имеет.
  - Г. Зависит от плоскости, в которой находятся ягодицы плода.
79. К пособию по методу Цовьянова при чисто ягодичном предлежании плода приступают, когда:
- А. Прорезывается передняя ягодица.
  - Б. Прорезывается задняя ягодица.
  - В. Плод рождается до угла лопаток.
  - Г. Прорезываются обе ягодицы.
80. Основными клиническими симптомами многоплодной беременности являются:
- А. Указания беременной на редкие шевеления плода.
  - Б. Выявление при наружном акушерском исследовании двух крупных частей плода.
  - В. Несоответствие величины матки сроку беременности в первые месяцы беременности.
  - Г. Уровень ХГЧ сыворотки крови более 15 000 мЕд/мл.
81. Для диагностики многоплодной беременности наиболее часто используют:
- А. Ультразвуковое исследование.
  - Б. Рентгенологическое исследование.
  - В. Радиоизотопную сцинтиграфию.
  - Г. Наружное акушерское исследование.
82. Основными причинами слабости родовой деятельности являются:
- А. Относительная гиперэстрогения.
  - Б. Снижение уровня эндогенных простагландинов.
  - В. Аномалии развития матки.
  - Г. Возраст женщины старше 45 лет.
83. При слабости родовой деятельности имеет место:
- А. Увеличение содержания окситоцина у матери.
  - Б. Повышенное выделение окситоцина гипофизом плода.
  - В. Сниженное содержание окситоциназы.
  - Г. Блокада рецепторов к окситоцину.

84. Сократительная функция матки при слабости родовой деятельности обычно характеризуется:
- А. Последовательной сменой ретракции и дистракции волокон миометрия.
  - Б. Сохранением ритма и снижением амплитуды сокращения матки.
  - В. Увеличением частоты схваток.
  - Г. Повышением внутриматочного давления.
85. При слабости родовой деятельности имеет место:
- А. Повышение базального тонуса матки.
  - Б. Уменьшение венозного наполнения матки.
  - В. Резкая болезненность схваток.
  - Г. Отсутствие динамики раскрытия шейки матки.
86. Замедление скорости раскрытия шейки матки в родах может свидетельствовать:
- А. Об угрозе разрыва матки.
  - Б. О преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.
  - В. О дистонии шейки матки.
  - Г. О разрыве шейки матки.
87. К относительным показаниям к операции кесарева сечения относится:
- А. Эндомиометрит.
  - Б. Хориоамнионит.
  - В. Внутриутробная смерть плода.
  - Г. Угрожающее состояние плода.
88. В комплексных схемах для стимуляции родовой деятельности применяются препараты:
- А. Окситоцин, простагландины.
  - Б. АТФ, галаскорбин.
  - В. Аскорбиновая кислота, глюкоза.
  - Г. Глюкозо-новокаиновая смесь.
89. Дискоординация родовой деятельности – это:
- А. Поочередное сокращение дна, тела и нижнего сегмента матки.
  - Б. Смещение водителя ритма с дна в шейку матки.
  - В. Преобладание дистракции волокон миометрия.



- Г. Нарушение тройного нисходящего градиента сократительной деятельности матки.
90. При дискоординации родовой деятельности нарушен тонус:
- А. Системы комплемента.
  - Б. Системы цитокинов и других сигнальных молекул.
  - В. Системы HLA.
  - Г. Симпатико-адреналовой системы и холинергической системы.
91. При дискоординации сократительной деятельности матки внутриамниотическое давление по сравнению с нормой:
- А. Повышено.
  - Б. Понижено.
  - В. Не изменено.
  - Г. В зависимости от толщины стенки матки.
92. К основным клиническим симптомам дискоординации сократительной деятельности матки относятся:
- А. Снижение силы и продолжительности схваток.
  - Б. Понижение базального тонуса матки.
  - В. Затруднение опорожнения кишечника.
  - Г. Уплотнение краев шейки матки в схватку.
93. К несвоевременному излитию околоплодных вод приводят:
- А. Атрофические изменения амниона.
  - Б. Неравномерная скорость повышения и снижения внутриматочного давления.
  - В. Аномалии развития амниона.
  - Г. Повышенная физическая активность беременной.
94. Для профилактики несостоятельности послеоперационного рубца на матке после интраперитонеального кесарева сечения необходимо:
- А. Производить продольное рассечение тела матки.
  - Б. Использовать биосовместимые соединительные элементы.
  - В. Обеспечить герметичность полости матки при зашивании разреза на матке полиамидом.
  - Г. Производить расширение разреза стенки матки острым путем.
95. Для слабости родовой деятельности наиболее характерно:

- А. Болезненность схваток.
  - Б. Затрудненное мочеиспускание.
  - В. Затрудненная пальпация предлежащей части плода.
  - Г. Монотонная родовая деятельность без прогрессии со стороны раскрытия шейки матки.
96. Если предлежащая часть плода с началом родовой деятельности не прижимается к входу в малый таз, следует предположить наличие:
- А. Угрозы разрыва матки.
  - Б. Хронической гипоксии плода.
  - В. Несостоятельности миометрия.
  - Г. Клинически узкого таза.
97. Дистоция шейки матки – это:
- А. Ригидность тканей шейки из-за рубцовых изменений травматического характера.
  - Б. Ригидность тканей шейки из-за рубцовых изменений воспалительного характера.
  - В. Нарушение крово- и лимфообращения из-за дискоординированного характера сокращений матки.
  - Г. Нарушение запирающей функции шейки матки, проявляющееся в первом периоде родов.
98. Основными причинами дискоординации родовой деятельности являются:
- А. Анатомически узкий таз.
  - Б. Нейроэндокринные нарушения.
  - В. Анатомическая ригидность миометрия.
  - Г. Преждевременное излитие околоплодных вод.
99. Для течения быстрых родов наиболее характерно:
- А. Повышение температуры тела.
  - Б. Укорочение периода раскрытия шейки матки.
  - В. Укорочение периода изгнания плода.
  - Г. Укорочение последового периода.
100. Наиболее частыми осложнениями для матери при дискоординации родовой деятельности являются:
- А. Выпадение петель пуповины.
  - Б. Преждевременное излитие околоплодных вод.
  - В. Эмболия околоплодными водами.

- Г. Интранатальная гипоксия плода.
101. Наиболее частыми осложнениями для матери при слабости родовой деятельности являются:
- А. Выпадение петель пуповины.
  - Б. Родовой травматизм новорожденного.
  - В. Неустойчивое положение плода.
  - Г. Интранатальная гипоксия плода.
102. Для лечения дискоординации родовой деятельности применяют:
- А. Внутривенное введение окситоцина.
  - Б. Внутривенное введение энзапроста.
  - В. Абдоминальное родоразрешение.
  - Г. Амниотомию.
103. Для лечения слабости родовой деятельности применяют:
- А. Токолитики.
  - Б. Бета-миметики.
  - В. Спазмолитики.
  - Г. Утеротоники.
104. К основным факторам рождения крупного плода следует отнести:
- А. Сахарный диабет.
  - Б. Преэклампсию.
  - В. Артериальную гипотонию.
  - Г. Возраст беременной старше 35 лет.
105. Масса плода при макросомии наиболее интенсивно возрастает:
- А. На 16 – 20-й неделе беременности.
  - Б. На 21 – 27-й неделе беременности.
  - В. На 28 – 40-й неделе беременности.
  - Г. В I триместре беременности.
106. Операцию искусственного прерывания беременности по желанию женщины при наличии у нее резус-отрицательной крови целесообразно проводить:
- А. До 8-й недели беременности.
  - Б. На 9 – 10-й неделе беременности.
  - В. На 11 – 12-й неделе беременности.
  - Г. После 12 недель беременности.

107. К медицинским показаниям к искусственному прерыванию беременности относится:
- А. Возраст женщины младше 16 лет.
  - Б. Возраст женщины старше 50 лет.
  - В. Перенесенная гонорея.
  - Г. Акрания плода.
108. Опасность перфорации матки в процессе инвазивных процедур особенно повышена:
- А. При субсерозной миоме матки.
  - Б. При метроэндометрите.
  - В. При наличии седловидной матки.
  - Г. При наличии рубца на матке после кесарева сечения 5 лет назад.
109. Абсолютным показанием к операции кесарева сечения при живом плоде является:
- А. Тазовое предлежание плода.
  - Б. Лицевое предлежание плода.
  - В. Лобное предлежание плода.
  - Г. Переднетеменное вставление головки плода.
110. Правила способа и порядка введения ложек акушерских щипцов следующие:
- А. Левую ложку держат правой рукой и вводят в правую половину таза матери.
  - Б. Правую ложку держат левой рукой и вводят в левую половину таза матери.
  - В. Левую ложку держат левой рукой и вводят в левую половину таза матери.
  - Г. Наложение акушерских щипцов зависит от того, какой рукой лучше владеет акушер.
111. При наложении выходных акушерских щипцов ложки должны лечь на головку плода:
- А. В малом косом размере.
  - Б. В поперечном размере.
  - В. В прямом размере.
  - Г. В среднем косом размере.
112. Наложение акушерских щипцов противопоказано:
- А. При внутриутробном инфицировании плода.

- Б. При эндомиометрите у матери.
  - В. При наличии клинически узкого таза.
  - Г. При длительности второго периода родов менее 1 часа.
113. Экстраперитонеальное кесарево сечение следует производить:
- А. При подозрении на разрыв матки.
  - Б. При подозрении на неполноценный рубец на матке.
  - В. При наличии клинических и лабораторных признаков хориоамнионита.
  - Г. При частичной преждевременной отслойке плаценты.
114. Противопоказанием к операции интраперитонеального кесарева сечения является:
- А. Появление признаков инфекции у матери.
  - Б. Безводный промежуток от 6 до 12 часов.
  - В. Предполагаемый крупный плод.
  - Г. Гестационный сахарный диабет.
115. Подготовка к операции наложения выходных акушерских щипцов состоит:
- А. В опорожнении прямой кишки.
  - Б. В проведении амниотомии.
  - В. В проведении тщательного влагалищного исследования тем акушером, который будет накладывать акушерские щипцы.
  - Г. В визуальной оценке характера околоплодных вод.
116. Во время влечения головки в акушерских щипцах тракции должны быть:
- А. Периодически вращательные.
  - Б. Периодически качательные.
  - В. Периодически в виде рывков.
  - Г. Тракции должны имитировать схватки по интенсивности: постепенно начинаться, усиливаться и ослабляться.
117. План реабилитационных мероприятий для женщины, перенесшей операцию кесарева сечения, составляется с учетом:
- А. Необходимости контрацепции в течение не менее 1 года.
  - Б. Антропометрических показателей новорожденного.
  - В. Показаний к операции и течения послеоперационного периода.

- Г. Группы крови и резус-принадлежности пациентки.
118. Анатомически узкий таз чаще всего формируется:
- А. При инфантилизме.
  - Б. При гиперпаратиреозе.
  - В. При ювенильном остеопорозе.
  - Г. При миодистрофии Дюшена.
119. Для поперечносуженного таза характерно:
- А. Увеличение поперечного размера выхода из малого таза.
  - Б. Уменьшение прямого размера входа в малый таз.
  - В. Уменьшение высоты крестца.
  - Г. Уменьшение поперечного размера входа в малый таз.
120. Наиболее частыми причинами поперечного положения плода являются:
- А. Маловодие.
  - Б. Седловидная матка.
  - В. Субсерозная миома матки.
  - Г. Крупный плод.
121. При проведении специального акушерского обследования необходимо обращать внимание на следующие признаки поперечносуженного таза:
- А. Увеличение поперечного размера выхода таза.
  - Б. Уменьшение поперечного размера крестцового ромба.
  - В. Отдаление седалищных остей при влагалищном исследовании.
  - Г. Тупой лонный угол.
122. Основное отличие простого плоского таза от плоскорихитического состоит в следующем:
- А. Имеет место уплощение крестца.
  - Б. Укорочен только прямой размер входа в малый таз.
  - В. Уменьшены все прямые размеры плоскостей таза.
  - Г. Мыс более глубоко вдается в полость малого таза.
123. Вторая степень клинически узкого таза (значительное несоответствие) характеризуется следующими признаками:
- А. Биомеханизм родов не соответствует форме узкого таза.
  - Б. Резко выражена конфигурация головки плода.
  - В. У роженицы отмечается затрудненный акт дефекации.

- Г. Родоразрешение через естественные родовые пути невозможно.
124. Кесарево сечение производят, как правило, в плановом порядке, если имеет место:
- А. Тазовое предлежание плода.
  - Б. Ножное предлежание плода.
  - В. Ножное предлежание плода в сочетании с разгибанием его головки.
  - Г. Рубец на матке и тазовое предлежание плода.
125. Кесарево сечение следует произвести в неотложном порядке, если имеет место:
- А. Бесплодие в анамнезе.
  - Б. Миопия III степени у беременной.
  - В. Острая гипоксия плода.
  - Г. Множественная миома матки.
126. Условиями для наружного акушерского поворота плода на головку являются:
- А. Срок беременности 37 – 38 недель.
  - Б. Живой плод и целый плодный пузырь.
  - В. Наличие послеоперационного рубца на матке.
  - Г. Живой плод и маловодие.
127. Если поперечное положение плода обнаружено в женской консультации в 36 недель беременности, то наиболее правильной является следующая тактика акушера-гинеколога:
- А. Госпитализировать беременную в родильный дом.
  - Б. Провести курс упражнений Кегеля.
  - В. Произвести операцию кесарева сечения в плановом порядке.
  - Г. Произвести наружный акушерский поворот на головку.
128. Показанием к операции кесарева сечения в плановом порядке при тазовом предлежании плода является:
- А. Возраст первородящей младше 18 лет.
  - Б. Анатомическое сужение таза II степени.
  - В. Медицинский аборт в анамнезе.
  - Г. Хроническая компенсированная гипоксия плода.
129. Показанием к операции кесарева сечения в родах при тазовом предлежании живого доношенного плода является:

- А. Отсутствие эффекта от родовозбуждения на протяжении 2-х часов безводного промежутка.
  - Б. Непрогрессирующая отслойка нормально расположенной плаценты, произошедшая в 37 недель беременности.
  - В. Патологический преламинарный период.
  - Г. Выпадение петель пуповины при раскрытии маточного зева до 4 – 5 см и ножном предлежании плода.
130. Для операции наложения выходных акушерских щипцов необходимы следующие условия:
- А. Живой или мертвый плод.
  - Б. Отсутствие плодного пузыря и раскрытие шейки матки на 3 – 4 пальца.
  - В. Открытие шейки матки полное.
  - Г. Лобное вставление головки живого доношенного плода.
131. Абсолютными показаниями к операции интраперитонеального кесарева сечения в нижнем маточном сегменте являются:
- А. Субсерозная миома матки.
  - Б. Выраженное варикозное расширение вен влагалища и вульвы.
  - В. Ушитое перфорационное отверстие матки после операции медицинского аборта.
  - Г. Возраст первородящей старше 40 лет.
132. К проведению операции корпорального (классического) кесарева сечения могут быть следующие показания:
- А. Третий триместр беременности.
  - Б. Рубец на матке.
  - В. Наличие шеечно-перешеечного миоматозного узла.
  - Г. Синдром задержки развития плода II степени.
133. Вслед за операцией интраперитонеального кесарева сечения оперирующему врачу приходится переходить на операцию надвлагалищной ампутации или экстирпации матки при следующих клинических ситуациях:
- А. Преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты и развитии матки Кувелера.
  - Б. Серозном метроэндометрите.



- В. Плотном прикреплении плаценты.
  - Г. Возрасте женщины старше 45 лет.
134. Для ранней диагностики возможных септических осложнений после операции кесарева сечения в послеоперационном периоде важно следующее:
- А. Учет возраста женщины.
  - Б. Учет динамики частоты дыхания и пульса.
  - В. Оценка соответствия характера и количества лохий дню послеоперационного (послеродового) периода.
  - Г. Измерение трехдневной температуры тела женщины.
135. Ревматизм поражает преимущественно:
- А. Митральный клапан сердца.
  - Б. Аортальный клапан.
  - В. Трехстворчатый клапан.
  - Г. Клапан легочной артерии.
136. Ревматизм – это заболевание:
- А. Паразитарное.
  - Б. Инфекционно-аллергическое.
  - В. Гормональное.
  - Г. Наследственное.
137. Первичный ревмокардит у беременных встречается:
- А. Часто.
  - Б. Редко.
  - В. Всегда.
  - Г. Никогда.
138. Наличие активного ревматизма:
- А. Ухудшает прогноз течения беременности.
  - Б. Не влияет на исход беременности.
  - В. Вызывает самопроизвольное прерывание беременности.
  - Г. Вызывает физиологическое пролонгирование беременности.
139. Об активности ревматизма, как правило, свидетельствует:
- А. Лимфоцитоз.
  - Б. Резко положительная реакция на С-реактивный белок.
  - В. Положительная проба с дексаметазоном.
  - Г. Повышение ЛДГ сыворотки крови.

140. У беременной с ревмокардитом, как правило, наблюдается:
- А. Обострение ревматизма.
  - Б. Вялотекущий ревматический процесс.
  - В. Стабильная картина ревмокардита.
  - Г. Беременность влияния на ревмокардит не оказывает.
141. Критическими сроками беременности для обострения ревматизма являются:
- А. 14 – 16 недель.
  - Б. 20 – 28 недель.
  - В. 28 – 32 недели.
  - Г. 36 – 40 недель.
142. Наличие критических сроков обострения ревматизма во время беременности связано:
- А. С ростом плода.
  - Б. С повышением нагрузки на сердце.
  - В. С развитием гиперволемии.
  - Г. С развитием анемии.
143. Обострение ревматизма после родов происходит:
- А. Часто.
  - Б. Редко.
  - В. Как правило.
  - Г. Никогда.
144. Вынашивание беременности возможно:
- А. При остром и подостром течении ревматизма.
  - Б. Если после последней ревматической атаки прошло более? месяцев.
  - В. При вялотекущем ревматизме.
  - Г. При непрерывно рецидивирующем ревмокардите.
145. Активность ревматизма у беременной – показание для родоразрешения путем:
- А. Операции кесарева сечения.
  - Б. Операции вакуум-экстракции плода.
  - В. Операции наложения акушерских щипцов.
  - Г. Самостоятельных родов.
146. Лактация при активности ревматического процесса:
- А. Разрешена.
  - Б. Запрещена.

- В. Решается индивидуально.  
Г. Ребенок находится на смешанном вскармливании.
147. В качестве сомнительных признаков заболевания сердца у беременной следует рассматривать:
- А. Одышку.
  - Б. Выраженное увеличение размеров сердца.
  - В. Систолические и диастолические шумы в области сердца.
  - Г. Синусовую тахикардию до 90 ударов в минуту.
148. Наиболее опасным в отношении возникновения сердечной недостаточности во время беременности и родов является:
- А. Умеренный аортальный стеноз.
  - Б. Открытое овальное окно.
  - В. Выраженный митральный стеноз.
  - Г. Синдром Эдвардса.
149. Чаще всего недостаточность кровообращения возникает в сроки беременности:
- А. 13 – 18 недель.
  - Б. 19 – 24 недели.
  - В. 24 – 32 недели.
  - Г. 32 – 38 недель.
150. Первые признаки начинающейся сердечной декомпенсации у беременной с заболеванием сердца проявляются:
- А. Слабой одышкой.
  - Б. Постоянным кашлем.
  - В. Влажными хрипами и кашлем.
  - Г. Брадикардией.
151. Сердечная астма, как правило, предшествует:
- А. Мерцательной аритмии.
  - Б. Тромбоэмболии легочной артерии.
  - В. Отеку легких.
  - Г. Острой левожелудочковой недостаточности.
152. Левожелудочковая недостаточность характерна:
- А. Для аортальных пороков.
  - Б. Для стеноза левого атриовентрикулярного отверстия.
  - В. Для недостаточности левого атриовентрикулярного отверстия.

- Г. Для стеноза правого атриовентрикулярного отверстия.
153. Тахикардия, одышка при незначительной физической нагрузке, явления застоя в легких, отеки, исчезающие в покое, характерны для следующей стадии сердечной недостаточности:
- А. I.
  - Б. IIА.
  - В. IIБ.
  - Г. III.
154. Кесарево сечение показано:
- А. При недостаточности кровообращения I – IA стадии.
  - Б. При артериальной гипертензии свыше 140/90 мм рт. ст.
  - В. При острой сердечной недостаточности в родах.
  - Г. При наличии гипертонического криза в анамнезе.
155. Во время родов женщины с сердечной недостаточностью должны находиться:
- А. В горизонтальном положении.
  - Б. С приподнятым ножным концом.
  - В. В полусидячем положении.
  - Г. Лежа на боку.
156. Оптимальный срок для родоразрешения больных с сердечной недостаточностью II – III стадии:
- А. 32 недели.
  - Б. 36 недель.
  - В. 37 – 38 недель.
  - Г. 39 – 40 недель.
157. При наличии протезов клапанов сердца и отсутствии акушерских осложнений родоразрешение, как правило, проводят путем:
- А. Самостоятельных родов.
  - Б. Родовозбуждения.
  - В. Операции кесарева сечения.
  - Г. Операции наложения акушерских щипцов.
158. Наличие клинических признаков септического эндокардита у беременной, как правило, является показанием:
- А. Для сохранения беременности.
  - Б. Для прерывания беременности.

- В. Для пролонгирования беременности.
  - Г. В зависимости от состояния женщины.
159. Сочетанное поражение митрального клапана по своему течению у беременных:
- А. Более благоприятное, чем изолированные поражения.
  - Б. Более неблагоприятное, чем при изолированном поражении.
  - В. В зависимости от тяжести сердечной недостаточности.
  - Г. В зависимости от срока беременности.
160. Недостаточность аортального клапана с признаками сердечной декомпенсации является основанием:
- А. Для прерывания беременности.
  - Б. Для сохранения беременности.
  - В. Для пролонгирования беременности в зависимости от стадии процесса.
  - Г. Решение вопроса о пролонгировании беременности принимается после 20 недель гестации.
161. При пролапсе митрального клапана беременность:
- А. Можно сохранить.
  - Б. Необходимо прервать независимо от срока гестации.
  - В. Необходимо прервать до 12 недель беременности.
  - Г. Пролонгировать в зависимости от состояния.
162. Острый и подострый миокардит у беременной является основанием:
- А. Для сохранения беременности.
  - Б. Для прерывания беременности.
  - В. Для пролонгирования в зависимости от состояния системной гемодинамики.
  - Г. Для пролонгирования в зависимости от воспалительной реакции крови.
163. При сердечной недостаточности в послеродовом периоде:
- А. Лактацию подавляют сразу.
  - Б. Разрешают кормление новорожденного.
  - В. Вопрос о разрешении кормления грудью
  - Г. решают в зависимости от состояния родильницы.
164. При мерцательной аритмии, диагностированной до 12 недель, беременность нужно:

- А. Сохранить.
  - Б. Прервать.
  - В. Пролонгировать в зависимости от состояния беременной.
  - Г. Пролонгировать в зависимости от клинического ответа на антиаритмические препараты.
165. При возникновении беременности у женщин с имплантированным водителем ритма ее необходимо:
- А. Пролонгировать только в зависимости от состояния женщины.
  - Б. Прерывать до 12 недель.
  - В. Сохранять до срока живорожденности плода.
  - Г. Пролонгировать до 34 недель беременности.
166. При пороках сердца для прерывания беременности в поздние сроки (больше 12 недель) противопоказано применение:
- А. Малогазеарова сечения.
  - Б. Влажлищного кесарева сечения.
  - В. Интраамниального введения гипертонического раствора хлорида натрия.
  - Г. Мизопростола.
167. Для I-Б стадии гипертонической болезни характерно:
- А. Нестойкое и кратковременное повышение артериального давления.
  - Б. Стабильное повышение артериального давления.
  - В. Дистрофические изменения органов.
  - Г. Ретинопатия.
168. Для II-Б стадии гипертонической болезни характерно:
- А. Атеросклероз крупных сосудов мозга.
  - Б. Грубые анатомические вторичные изменения органов (сердца, почек).
  - В. Стабильное повышение артериального давления.
  - Г. Нестойкое и кратковременное повышение артериального давления.
169. Для II-А стадии гипертонической болезни характерно:
- А. Лабильность постоянно повышенного артериального давления.
  - Б. Стойкая необратимость заболевания.

- В. Фиброзно-склеротические изменения органов.
  - Г. Атеросклероз крупных сосудов мозга.
170. Дифференциальную диагностику гипертонического криза у беременной необходимо проводить:
- А. С эпилепсией.
  - Б. С преэклампсией.
  - В. С острым инфарктом миокарда.
  - Г. С ТЭЛА.
171. Критерием артериальной гипотензии у беременных является артериальное давление:
- А. Ниже 115/75 мм рт. ст.
  - Б. Ниже 110/70 мм рт. ст.
  - В. Ниже 100/60 мм рт. ст.
  - Г. Ниже 90/60 мм рт. ст.
172. У беременных с артериальной гипотонией часто встречается:
- А. Сердечная недостаточность.
  - Б. Почечная недостаточность.
  - В. Плацентарная недостаточность.
  - Г. Гипертоническая ретинопатия.
173. Наиболее часто вирусная инфекция попадает к плоду:
- А. Гематогенно.
  - Б. Трансплацентарно.
  - В. Нисходящим путем.
  - Г. Лимфогенно.
174. К вирусному инфицированию плод наиболее чувствителен:
- А. В ранние сроки беременности.
  - Б. В середине беременности.
  - В. В последние сроки беременности.
  - Г. Чувствительность к вирусному инфицированию не зависит от срока беременности.
175. Хронические инфекционные процессы во время беременности:
- А. Находятся в стойкой ремиссии.
  - Б. Обычно обостряются.
  - В. Влияние не выявлено.
  - Г. Протекают атипично.
176. Эмбриопатии при внутриутробном инфицировании наиболее характерны для инфекций:

- А. Микотических.
  - Б. Бактериальных.
  - В. Вирусных.
  - Г. Паразитарных.
177. Инфекционные фетопатии – это поражение плода при сроке беременности:
- А. 6 – 11 недель.
  - Б. 12 – 17 недель.
  - В. 18 – 27 недель.
  - Г. 28 – 32 недели.
178. Воспалительная реакция у плода в ответ на инфицирование начинает формироваться в сроки беременности:
- А. 12 – 15 недель.
  - Б. 16 – 27 недель.
  - В. 28 – 32 недели.
  - Г. 33 – 36 недель.
179. Заболевание беременной краснухой приводит:
- А. К преждевременному прерыванию беременности.
  - Б. К аномалии развития плода.
  - В. К тяжелым поражениям материнского организма.
  - Г. К первичной плацентарной недостаточности.
180. При заболевании краснухой во время беременности тактика акушера-гинеколога, главным образом, зависит:
- А. От тяжести клинических проявлений у матери.
  - Б. От срока беременности.
  - В. От наличия сопутствующей патологии.
  - Г. От наличия заболевания краснухой у пациентки в анамнезе.
181. При заболевании гриппом в I триместре беременности возможны следующие осложнения:
- А. Аномалии развития плаценты.
  - Б. Врожденные пороки развития плода.
  - В. Самопроизвольный выкидыш.
  - Г. Холестаз беременных.
182. Если беременная переболела гриппом в 32 – 34 недели беременности, это позволяет отнести ее в группу риска по развитию:



- А. Плацентарной недостаточности.
  - Б. Железодефицитной анемии.
  - В. Преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.
  - Г. Эмболии околоплодными водами.
183. При первичном инфицировании женщины генитальным герпесом во время беременности очень часто отмечается:
- А. Преэклампсия.
  - Б. Невынашивание беременности.
  - В. Сочетанное инфицирование цитомегаловирусом.
  - Г. Хориоамнионит.
184. Материнская смертность при вирусном гепатите по отношению к летальности вне беременности:
- А. Одинакова.
  - Б. Ниже.
  - В. Выше.
  - Г. Материнская смертность при вирусном гепатите отсутствует.
185. Эмбриопатии при вирусном гепатите:
- А. Возможны при заболевании в любом сроке беременности.
  - Б. Возможны при заболевании до 12 недель беременности.
  - В. Невозможны.
  - Г. Возможны при заболевании после 12 недель беременности.
186. При вирусном гепатите в преджелтушный период у беременных в клинической картине преобладает:
- А. Астено-вегетативный синдром.
  - Б. Диспептический синдром и лихорадка.
  - В. Катаральный синдром.
  - Г. Интоксикационный синдром.
187. С появлением желтухи при вирусном гепатите у беременных в клинической картине преобладают:
- А. Диспептические явления.
  - Б. Интоксикация и боли в области печени.
  - В. Астено-вегетативный синдром.

- Г. Катаральный синдром.
188. Наиболее тяжело вирусный гепатит протекает у беременных:
- А. В I триместре.
  - Б. Во II триместре.
  - В. В III триместре.
  - Г. Тяжесть течения заболевания не зависит от срока беременности.
189. Вирусный гепатит у беременных может осложниться:
- А. Почечной недостаточностью.
  - Б. Заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
  - В. Острым массивным некрозом печени.
  - Г. Поражением ЦНС.
190. При остром гепатите у беременной вопрос о сохранении беременности должен быть решен следующим образом:
- А. Прерывание беременности независимо от ее срока.
  - Б. Прерывание беременности в зависимости от степени тяжести гепатита.
  - В. Прерывание беременности при отсутствии эффекта от проводимого лечения.
  - Г. Показания к прерыванию беременности отсутствуют.
191. При наличии у родильницы вирусного гепатита вопрос о разрешении кормления новорожденного грудью решается следующим образом:
- А. Не разрешается, так как вирус гепатита передается ребенку с молоком матери.
  - Б. Разрешается, так как вирус гепатита не передается ребенку с молоком матери.
  - В. Не разрешается, так как кормление грудью оказывает отрицательное влияние на родильницу.
  - Г. Решение вопроса о грудном вскармливании происходит по желанию женщины.
192. При наличии у беременной токсоплазмоза токсоплазмы редко попадают к плоду (эмбриону):
- А. При хронической фазе инфекции.
  - Б. При зачатии.
  - В. В сроке после 22 недель беременности.
  - Г. В сроке после 28 недель беременности.

193. Наиболее типичными фетопатиями при токсоплазмозе являются:
- А. Фиброэластоз миокарда.
  - Б. Фетальный муковисцидоз.
  - В. Гидроцефалия.
  - Г. Ретенционные кисты печени.
194. Токсоплазмы при беременности попадают к плоду:
- А. Трансплацентарно.
  - Б. Восходящим путем.
  - В. Гематогенно.
  - Г. Лимфогенно.
195. Чаще токсоплазмоз у беременных клинически протекает:
- А. В виде гриппоподобных состояний.
  - Б. В виде выраженной интоксикации.
  - В. В виде астено-диспептического синдрома.
  - Г. Без выраженной клиники.
196. Маловероятным путем инфицирования плода и новорожденного при наличии у матери цитомегаловирусной инфекции является:
- А. Трансплацентарный.
  - Б. При прохождении плода через естественные родовые пути во время родов.
  - В. Грудное вскармливание.
  - Г. Лимфогенный.
197. Гельминтозы часто имитируют у беременных развитие:
- А. Печеночной недостаточности.
  - Б. Язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
  - В. Холецистита.
  - Г. Раннего токсикоза.
198. Среди осложнений беременности при глистных инвазиях часто встречается:
- А. Самопроизвольное прерывание беременности.
  - Б. Развитие анемии.
  - В. Преэклампсия.
  - Г. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

199. При беременности, осложненной малярией, необходимо:
- А. Прерывание беременности при любой клинической форме заболевания.
  - Б. Сохранение беременности.
  - В. Прерывание беременности при тяжелом течении заболевания.
  - Г. Прерывание беременности при отсутствии эффекта от применения антипаразитарных средств.
200. Лечение малярии у беременных проводят:
- А. В любом сроке беременности.
  - Б. Со второго триместра.
  - В. После родов.
  - Г. В зависимости от тяжести состояния.
201. Листериоз – это инфекционное заболевание, вызванное:
- А. Бактериями.
  - Б. Вирусами.
  - В. Простейшими.
  - Г. Возбудителем, занимающим срединное положение между бактериями и вирусами.
202. При листериозе заражение плода происходит:
- А. В процессе грудного вскармливания.
  - Б. Лимфогенно.
  - В. Трансплацентарно.
  - Г. Плацентарный барьер не пропускает листерий.
203. При наличии листериоза у беременных лечение проводят:
- А. В любом сроке беременности.
  - Б. Только после 12 недель беременности.
  - В. Только после родоразрешения.
  - Г. Лечение необходимо начать в процессе родов.
204. Инфицирование беременных микоплазмами происходит:
- А. Половым путем.
  - Б. Воздушно-капельным путем.
  - В. Через кровь во время инъекции.
  - Г. Фекально-оральным путем.
205. Урогенитальный хламидиоз – это инфекция, вызванная:
- А. Внутриклеточным паразитом.
  - Б. Вирусом.

- В. Бактерией.
  - Г. Простейшим.
206. Урогенитальный хламидиоз у беременной способствует:
- А. Преждевременному прерыванию беременности.
  - Б. Развитию послеродовой анемии.
  - В. Возникновению преэклампсии.
  - Г. Раннему токсикозу.
207. Инфицирование плода при наличии хламидийной инфекции у беременной происходит преимущественно:
- А. Восходящим путем.
  - Б. Во время родов.
  - В. Гематогенным путем.
  - Г. Трансплацентарным путем.
208. Клинически урогенитальный хламидиоз у беременной протекает чаще:
- А. С выраженной воспалительной реакцией.
  - Б. Бессимптомно.
  - В. С поражением суставов.
  - Г. С поражением миокарда.
209. При заболевании гонореей у беременных возникает:
- А. Преэклампсия.
  - Б. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
  - В. Преждевременное прерывание беременности.
  - Г. Предлежание плаценты.
210. Влагилищная трихомонада относится:
- А. К простейшим.
  - Б. К бактериям.
  - В. К вирусам.
  - Г. К грибам.
211. Заражение трихомониазом беременных происходит обычно:
- А. Воздушно-капельным путем.
  - Б. Половым путем.
  - В. Алиментарным путем.
  - Г. Бытовым путем.
212. Грибковые поражения гениталий у беременных часто сочетаются с поражением:

- А. Мочевыводящих путей.
  - Б. Печени.
  - В. Миокарда.
  - Г. Кишечника.
213. При наличии активного сифилиса у беременных плод заражается:
- А. Часто.
  - Б. Редко.
  - В. Всегда.
  - Г. Никогда.
214. Поражение плода при сифилисе у беременных происходит:
- А. Трансплацентарно.
  - Б. Восходящим путем.
  - В. Во время родов.
  - Г. Гематогенным путем.
215. При прогрессирующем течении миастении показано родоразрешение путем:
- А. Самостоятельных родов.
  - Б. Вакуум-экстракции плода.
  - В. Операции кесарева сечения.
  - Г. Наложения выходных акушерских щипцов.
216. При возникновении беременности у больных эпилепсией показано:
- А. Сохранение беременности.
  - Б. Прерывание во II триместре.
  - В. Прерывание при ухудшении состояния больной.
  - Г. Прерывание по желанию женщины в любом сроке беременности.
217. Внутрипеченочный холестаз беременных клинически проявляется:
- А. Сильным кожным зудом.
  - Б. Повышением печеночных ферментов АЛАТ, АСТ.
  - В. Субиктеричностью склер.
  - Г. Потемнением мочи и обесцвечиванием кала.
218. Тактика врача при выявлении острого жирового гепатоза:
- А. Начать подготовку к родам и продолжить комплексную терапию.

- Б. Произвести срочное родоразрешение с учетом акушерской ситуации.
  - В. Продолжить консервативное лечение заболевания.
  - Г. Наблюдение в инфекционном стационаре.
219. Основными симптомами сахарного диабета являются:
- А. Эксикоз.
  - Б. Кожный зуд.
  - В. Гиповолемия.
  - Г. Жажда, сухость во рту.
220. У женщин, страдающих сахарным диабетом, при беременности нередко развиваются следующие осложнения:
- А. Снижение тонуса сосудов сетчатки.
  - Б. Инактивация хронической инфекции в мочевыводящих путях.
  - В. Преэклампсия.
  - Г. Железодефицитная анемия.
221. Влияние беременности при сахарном диабете на организм заключается:
- А. В повышении чувствительности к инсулину.
  - Б. В замедлении распада инсулина.
  - В. В снижении толерантности к глюкозе.
  - Г. В снижении циркуляции в крови свободных жирных кислот.
222. Основными признаками, характерными для диабетической фетопатии, являются:
- А. Пренатальная задержка роста.
  - Б. Чрезмерное развитие подкожной жировой клетчатки.
  - В. Большая масса тела при рождении.
  - Г. Недоразвитие лицевого черепа, тонкая верхняя губа и уплощение аксиллярной области.
223. У беременных с нормальным весом, страдающих сахарным диабетом, калорийность суточного рациона должна составлять:
- А. До 1 600 – 1 900 ккал.
  - Б. 2 000 – 2 500 ккал.
  - В. 2 500 – 3 000 ккал.
  - Г. 3 100 – 3 500 ккал и более.

224. Истинная железодефицитная анемия развивается со срока беременности:
- А. 8 недель.
  - Б. 16 недель.
  - В. 20 недель.
  - Г. 28 недель.
225. Достоверным признаком железодефицитной анемии беременных является выявление снижения гемоглобина с величины:
- А. 90 г/л.
  - Б. 100 г/л.
  - В. 110 г/л.
  - Г. 120 г/л.
226. Наиболее частыми возбудителями пиелонефрита у беременных являются:
- А. Энтеробактерии, дифтероиды.
  - Б. Грибы рода *Candida*.
  - В. Кишечная палочка, протей, клебсиелла.
  - Г. Генитальные микоплазмы.
227. При гестационном пиелонефрите инфекционный агент проникает в почку путем:
- А. Лимфогенным.
  - Б. Уриногенным.
  - В. Гематогенным.
  - Г. Воздушно-капельным.
228. Фактором, способствующим развитию пиелонефрита у беременных (кроме наличия инфекционного начала), является:
- А. Повышение уровня эстрогенов сыворотки крови.
  - Б. Наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса.
  - В. Перегревание организма беременной.
  - Г. Нарушение клубочковой фильтрации первичной мочи.
229. Обострение хронического (или проявление гестационного) пиелонефрита чаще происходит при сроке беременности:
- А. 10 – 15 недель.
  - Б. 15 – 21 неделя.
  - В. 22 – 28 недель.
  - Г. 33 – 38 недель.



230. К группе риска по развитию пиелонефрита относятся беременные:
- А. С хроническим циститом в анамнезе.
  - Б. Перенесшие в детстве частые ангины.
  - В. С бессимптомной бактериурией.
  - Г. С ожирением.
231. Предлежание плаценты – это патология, при которой плацента располагается:
- А. В теле матки.
  - Б. В нижнем сегменте матки.
  - В. В нижнем сегменте матки, частично или полностью перекрывая внутренний зев.
  - Г. По задней стенке матки.
232. Расположение плаценты следует считать низким, если при УЗИ матки в III триместре беременности ее нижний край не доходит до внутреннего зева:
- А. На 11– 12 см.
  - Б. На 9 – 10 см.
  - В. На 7 – 8 см.
  - Г. На 5 – 6 см.
233. «Миграция» плаценты происходит наиболее часто, если плацента располагается на стенке матки:
- А. Передней.
  - Б. Задней.
  - В. Правой.
  - Г.левой.
234. Кровотечение из половых путей при низкой плацентации обусловлено:
- А. Повышенной порозностью стенки сосудов ворсин хориона.
  - Б. Склерозированием ворсин и отслойкой плаценты.
  - В. Гипертрофическими изменениями ворсин хориона.
  - Г. Сниженным отложением фибриноидного вещества на поверхности плаценты.
235. Для диагностики предлежания плаценты наиболее целесообразно применить:
- А. Радионуклидную скintiграфию.

- Б. Тепловидение.
  - В. Ультразвуковое сканирование.
  - Г. Приемы Леопольда.
236. Особенностью кровотечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты является:
- А. Всегда наружное.
  - Б. В покое, чаще ночью.
  - В. Всегда безболезненное.
  - Г. Имеются признаки внутрибрюшного кровотечения.
237. Особенностью кровотечения при предлежании плаценты является:
- А. Болезненность матки при пальпации.
  - Б. Наружного кровотечения может и не быть.
  - В. Имеются признаки внутрибрюшного кровотечения.
  - Г. Всегда наружное.
238. Длительный гипертонус матки наиболее характерен:
- А. Для предлежания плаценты.
  - Б. Для преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.
  - В. Для шеечно-перешеечной беременности.
  - Г. Для истмико-цервикальной недостаточности.
239. При преждевременной отслойке плаценты, расположенной на передней стенке матки, характерно:
- А. Локальная болезненность.
  - Б. Схваткообразные боли в крестце и пояснице.
  - В. Отеки нижних конечностей.
  - Г. Отеки передней брюшной стенки.
240. Наиболее частой причиной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты является:
- А. Ранний токсикоз беременных.
  - Б. Тяжелая преэклампсия.
  - В. Гестационный сахарный диабет.
  - Г. Пороки развития матки.
241. При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты роженице показано:
- А. Родостимуляция окситоцином.
  - Б. Родостимуляция простагландинами.

- В. Введение метилэргометрина капельно внутривенно.  
Г. Абдоминальное родоразрешение в неотложном порядке.
242. При неполном предлежании плаценты, значительном кровотечении из родовых путей и открытии маточного зева на 5 – 6 см родоразрешение показано:
- А. Путем операции кесарева сечения.
  - Б. Через естественные родовые пути с гемотрансфузией и родостимуляцией.
  - В. Через естественные родовые пути с ранней амниотомией и без родостимуляции.
  - Г. Путем наложения вакуум-экстрактора.
243. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты наиболее часто развивается у беременных:
- А. С артериальной гипотонией.
  - Б. С анемией.
  - В. С гиперандрогенией.
  - Г. С тяжелой преэклампсией.
244. У беременной с длительно текущей преэклампсией в сроке 32 недели беременности появились признаки прогрессирующей преждевременной отслойки плаценты. Произведена срочная госпитализация в роддом. Акушерская тактика:
- А. Интенсивная терапия и сохранение беременности.
  - Б. Родовозбуждение и родостимуляция.
  - В. Кесарево сечение.
  - Г. Применение токолитиков.
245. При массивном кровотечении во время операции кесарева сечения, производимой по поводу предлежания плаценты, наиболее правильной является следующая акушерская тактика:
- А. Повторное применение препаратов утеротонического действия.
  - Б. Экстирпация матки.
  - В. Надвлагалищная ампутация матки.
  - Г. Применение простенона в толщу миометрия.
246. Если прогрессирующая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты развилась во время беременности, следует произвести:
- А. Родовозбуждение путем введения окситоцина.

- Б. Раннюю амниотомию.
  - В. Острый токолиз.
  - Г. Операцию кесарева сечения.
247. Если преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты произошла в первом периоде родов, следует:
- А. Произвести операцию кесарева сечения.
  - Б. Наложить акушерские щипцы.
  - В. Применить вакуум-экстракцию плода.
  - Г. Применить антифибринолитики и токолитики.
248. При неполном предлежании плаценты контрольное ручное обследование послеродовой матки производить:
- А. Обязательно.
  - Б. Не обязательно.
  - В. В зависимости от кровопотери.
  - Г. В зависимости от состояния родильницы.
249. Самым достоверным методом исследования при низкой плацентации является:
- А. Наружное акушерское исследование.
  - Б. Внутреннее акушерское исследование.
  - В. Амниоскопия.
  - Г. Ультразвуковое сканирование.
250. Клиническая картина при шейечно-перешеечной беременности в основном характеризуется:
- А. Длительной гипотонией.
  - Б. Обильным кровотечением из половых путей.
  - В. Сильными болями внизу живота.
  - Г. Гибелью плода.
251. При шейечной беременности следует произвести:
- А. Выскабливание шейки и матки.
  - Б. Тампонаду шейки.
  - В. Надвлагалищную ампутацию матки.
  - Г. Экстирпацию матки.
252. При низком расположении плаценты по передней стенке матки процесс «миграции» плаценты, как правило, заканчивается в сроке беременности:
- А. 25 недель.
  - Б. 35 недель.

- В. 37 недель.  
Г. К сроку родов.
253. При полном предлежании плаценты операция кесарева сечения обычно производится в плановом порядке:
- А. С началом родовой деятельности.
  - Б. В сроке беременности 38 недель.
  - В. В сроке беременности 40 недель.
  - Г. При постановке диагноза.
254. При плотном прикреплении плаценты ворсины хориона проникают в глубь стенки матки:
- А. В спонгиозный слой слизистой оболочки.
  - Б. В компактный слой слизистой оболочки.
  - В. В базальный слой слизистой оболочки.
  - Г. В миометрий.
255. Для полного истинного приращения плаценты характерно:
- А. Отсутствие каких-либо кровянистых выделений из половых путей в послеродовом периоде.
  - Б. Сильное кровотечение из половых путей через 5 – 10 минут после рождения плода.
  - В. Небольшие кровянистые выделения из половых путей сразу после рождения плода.
  - Г. Несворачиваемость крови, вытекающей из половых путей.
256. Для истинного приращения плаценты характерно врастание ворсин хориона:
- А. В базальный слой слизистой оболочки.
  - Б. В миометрий.
  - В. В компактный слой слизистой оболочки.
  - Г. В спонгиозный слой слизистой оболочки.
257. При истинном приращении нормально расположенной плаценты показано:
- А. Ручное отделение плаценты.
  - Б. Выскабливание послеродовой матки.
  - В. Надвлагалищная ампутация матки.
  - Г. Перевязка подвздошных сосудов.
258. При частичном плотном прикреплении плаценты на фоне физиологической кровопотери показано:

- А. Одномоментное внутривенное введение окситоцина.
  - Б. Капельное внутривенное введение метилэргометрина.
  - В. Ручное отделение плаценты.
  - Г. Операция кесарева сечения (во избежание массивного кровотечения).
259. Для геморрагического шока типичны следующие сосудистые нарушения:
- А. Вазодилатация.
  - Б. Периферический венозный спазм.
  - В. Чередование участков спазма сосудов и их паралитического расширения.
  - Г. Закрытие артериовенозных шунтов.
260. При кровопотере, равной 20 – 25% от ОЦК, шоковый индекс равен:
- А. 0,6.
  - Б. 0,8.
  - В. 1,0.
  - Г. 1,2.
261. Осложненная гемотрансфузия – это:
- А. Синдром недостаточной трансфузии.
  - Б. Инфицирование вирусным гепатитом А.
  - В. Несовместимость по системе АВО или резус-фактору.
  - Г. Закупорка венозного катетера.
262. В патогенезе геморрагического шока большое значение имеет:
- А. Группа крови и резус-фактор пациентки.
  - Б. Исходное иммунодефицитное состояние роженицы.
  - В. Объем кровопотери.
  - Г. Время излития околоплодных вод и длительность безводного промежутка.
263. Следующие виды акушерской патологии способствуют развитию острой формы ДВС-синдрома:
- А. Истинное приращение плаценты.
  - Б. Многоплодная беременность.
  - В. Массивное гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде.
  - Г. Беременность, возникшая в результате применения ВРТ.

264. Для кровотечения, в основе которого лежат разрывы родовых путей, характерно:
- А. Тонус матки снижен.
  - Б. Характер кровотечения непрерывный.
  - В. Сгустки рыхлые, легко растворимые.
  - Г. Кровь не свертывается.
265. Критическим уровнем систолического артериального давления при геморрагическом шоке следует считать:
- А. 80 мм рт. ст.
  - Б. 70 мм рт. ст.
  - В. 60 мм рт. ст.
  - Г. 50 мм рт. ст.
266. Фактор риска развития ДВС-синдрома при кровотечении вследствие частичной отслойки предлежащей плаценты:
- А. Повышение активности печеночных ферментов.
  - Б. Абдоминальное родоразрешение.
  - В. Анемия на фоне повторяющихся небольших кровянистых выделений из половых путей.
  - Г. Длительный безводный промежуток.
267. Клиническая картина при предлежании плаценты характеризуется:
- А. Уменьшением интенсивности шевеления плода.
  - Б. Повторяемостью кровотечения из половых путей.
  - В. Высоким процентом продольных положений плода.
  - Г. Высоким процентом запоздалых родов.
268. Основными причинами развития предлежания плаценты являются:
- А. Субсерозная миома матки.
  - Б. Истмико-цервикальная недостаточность.
  - В. Генерализованный ангиоспазм.
  - Г. Дистрофические изменения слизистой оболочки матки.
269. Для преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты наиболее характерны следующие клинические признаки:
- А. Артериальная гипертония.
  - Б. Брадикардия.
  - В. Гипертонус матки и нарушение состояния плода.

- Г. Повторяющиеся скудные кровянистые выделения из половых путей.
270. Диурез при преэклампсии зависит главным образом:
- А. От количества нефронов.
  - Б. От особенностей топографической анатомии почек.
  - В. От клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции.
  - Г. От активности перистальтики мочеточников.
271. Периферическое сопротивление сосудов при преэклампсии:
- А. Снижено.
  - Б. Повышено.
  - В. Не изменяется.
  - Г. Зависит от тяжести преэклампсии.
272. Удельный вес мочи при гестационном пиелонефрите:
- А. Повышен.
  - Б. Снижен.
  - В. Не изменен.
  - Г. Может меняться.
273. Микрогематурия наиболее характерна:
- А. Для преэклампсии.
  - Б. Для пиелонефрита.
  - В. Для гломерулонефрита.
  - Г. Для раннего токсикоза.
274. Цилиндрурия наиболее характерна:
- А. Для умеренной преэклампсии.
  - Б. Для пиелонефрита.
  - В. Для гломерулонефрита.
  - Г. Для мочекаменной болезни.
275. Клубочковая фильтрация почек при тяжелой преэклампсии:
- А. Не изменена.
  - Б. Снижена.
  - В. Повышена.
  - Г. Вариабельна.
276. Выраженные изменения на глазном дне при беременности наиболее характерны:
- А. Для гипертонической болезни.
  - Б. Для умеренной преэклампсии.



- В. Для мочекаменной болезни.
  - Г. Для раннего токсикоза.
277. Гипертрофия и признаки перегрузки левого желудочка наиболее характерны:
- А. Для гипертонической болезни.
  - Б. Для тяжелой преэклампсии.
  - В. Для гломерулонефрита.
  - Г. Для обострения хронического пиелонефрита.
278. Минутный объем сердца при тяжелой преэклампсии:
- А. Снижен.
  - Б. Увеличен.
  - В. Существенно не изменен.
  - Г. Может меняться в зависимости от срока беременности.
279. Лечебная тактика при преэклампсии направлена:
- А. На нормализацию функционирования гематоэнцефалического барьера.
  - Б. На ликвидацию гиперволемии.
  - В. На нормализацию микроциркуляции, гемодинамики.
  - Г. На ликвидацию гиперпротеинемии.
280. Почечный кровоток при тяжелой преэклампсии:
- А. Не изменен.
  - Б. Снижен.
  - В. Повышен.
  - Г. Может меняться.
281. Преобладание в анализе мочи по Нечипоренко лейкоцитов наиболее характерно:
- А. Для преэклампсии.
  - Б. Для гестационного пиелонефрита.
  - В. Для гломерулонефрита.
  - Г. Для мочекаменной болезни.
282. Наличие в анализе мочи по Нечипоренко эритроцитов наиболее характерно:
- А. Для преэклампсии.
  - Б. Для обострения хронического пиелонефрита.
  - В. Для хронического гломерулонефрита.
  - Г. Для мочекаменной болезни.
283. Отеки на лице наиболее характерны:

- А. Для умеренной преэклампсии.
  - Б. Для гломерулонефрита.
  - В. Для гестационного пиелонефрита.
  - Г. Для поликистоза почек.
284. Повышение артериального давления в I триместре беременности характерно:
- А. Для гипертонической болезни.
  - Б. Для тяжелой, рано манифестировавшей преэклампсии.
  - В. Для мочекаменной болезни.
  - Г. Для поликистоза почек.
285. Применение низкомолекулярных гепаринов показано при ведении беременных:
- А. С преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты.
  - Б. С синдромом задержки роста плода.
  - В. Со злокачественной артериальной гипертензией.
  - Г. С искусственными клапанами сердца.
286. Фактором риска развития преэклампсии является:
- А. Возраст первородящей 30 лет и старше.
  - Б. Гипертоническая болезнь.
  - В. Артериальная гипотензия.
  - Г. Формирование синдрома задержки роста плода в предшествующей беременности.
287. Величина весо-ростового коэффициента (ВРК), равная 40%, при беременности соответствует конституции:
- А. Гипостенической.
  - Б. Нормостенической.
  - В. Гиперстенической.
  - Г. Ожирению II степени.
288. Ухудшение состояния роженицы с тяжелой преэклампсией в I периоде родов является основанием:
- А. Для более быстрого родоразрешения путем операции кесарева сечения.
  - Б. Для более активной стимуляции родовой деятельности.
  - В. Применения вакуум-экстракции плода.
  - Г. Для рассечения промежности.
289. При начавшейся преждевременной отслойке нормально рас-

- положенной плаценты у роженицы с умеренной преэклампсией показано:
- А. Стимуляция родовой деятельности окситоцином.
  - Б. Стимуляция родовой деятельности простагландинами.
  - В. Введение плазмозамещающих растворов.
  - Г. Родоразрешение путем операции кесарева сечения.
290. Изменения в организме матери при преэклампсии влияют на плод следующим образом:
- А. Развивается гиперволемия.
  - Б. Развивается гипергликемия.
  - В. Происходит преждевременное истощение функции коры надпочечников.
  - Г. Происходит микрошунтирование и депонирование крови.
291. У роженицы с длительно текущей ранней преэклампсией умеренной степени тяжести при беременности 34 недели началась преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, плод погиб. Действия врача:
- А. Интенсивная терапия и родовозбуждение.
  - Б. Роды вести через естественные родовые пути с последующей плодоразрушающей операцией.
  - В. Операция кесарева сечения – по жизненным показаниям со стороны матери.
  - Г. Срочно применить спазмолитики и токолитики с последующим родоускорением.
292. Гематокрит при инфузионной терапии у больных с преэклампсией не должен быть ниже:
- А. 27 – 28%.
  - Б. 25 – 26%.
  - В. 20 – 24%.
  - Г. 29 – 30%.
293. Для эклампсии характерно:
- А. Сумеречное помрачение сознания.
  - Б. Наличие тонических и клонических судорог.
  - В. Развитие экламптического психоза.
  - Г. Появление аффективных расстройств.
294. При преэклампсии имеет место:

- А. Повышение эластичности мембраны эритроцитов.
  - Б. Возрастание количества тромбоцитов.
  - В. Дегидратация тканей.
  - Г. Гиперкоагуляция.
295. При развитии преэклампсии отмечаются следующие патогенетические механизмы:
- А. Повышение объема циркулирующей крови.
  - Б. Снижение объема циркулирующей плазмы и объема циркулирующих эритроцитов.
  - В. Снижение вязкости крови.
  - Г. Снижение общего периферического сосудистого сопротивления.
296. Для умеренной преэклампсии характерны следующие симптомы:
- А. Головная боль.
  - Б. Нарушение зрения.
  - В. Боли в эпигастральной области.
  - Г. Артериальная гипертензия свыше 140/90 мм рт. ст.
297. Возможным осложнением при тяжелом течении преэклампсии являются:
- А. Аномалии родовой деятельности.
  - Б. Тяжелый холестатический гепатоз беременных.
  - В. Психоз.
  - Г. Кровоизлияние в мозг.
298. Признаками тяжелого течения преэклампсии являются:
- А. Протеинурия  $>0,3$  г/сут, но менее 3,0 г/сут.
  - Б. Снижение АЛТ, АСТ сыворотки крови.
  - В. Олигурия менее 500 мл/сут.
  - Г. Анизоцитоз, пойкилоцитоз клеток крови.
299. К признакам тяжелого течения преэклампсии относится:
- А. Снижение гематокрита в крови.
  - Б. Повышенное содержание белка в плазме крови.
  - В. Гипоальбуминемия, гиперурикемия.
  - Г. Повышение ЛДГ сыворотки крови.
300. При разрыве промежности II степени сохраняется целостность:
- А. Стенок влагалища.

- Б. Мышц промежности.
  - В. Наружного сфинктера прямой кишки,
  - Г. Кожи промежности.
301. При разрыве промежности III степени швы накладывают в следующей последовательности:
- А. На слизистую влагалища, мышцы промежности, сфинктер прямой кишки, стенку прямой кишки, кожу промежности.
  - Б. На стенку влагалища, стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, мышцы промежности, кожу промежности.
  - В. На стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, мышцы промежности, слизистую влагалища, кожу промежности.
  - Г. На стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, слизистую влагалища, мышцы промежности, кожу промежности.
302. Разрывы шейки матки относятся к самопроизвольным в ситуациях:
- А. Наложения акушерских щипцов.
  - Б. Извлечения плода за тазовый конец.
  - В. Плдоразрушающих операций.
  - Г. Длительного сдавления шейки матки при узком тазе.
303. Первым этапом зашивания разрыва промежности III степени является:
- А. Восстановление слизистой влагалища.
  - Б. Наложение швов на мышцы промежности.
  - В. Восстановление сфинктера прямой кишки.
  - Г. Ушивание разрыва стенки прямой кишки.
304. Клиническая картина при угрожающем разрыве матки (на почве изменений в стенке матки) характеризуется наличием:
- А. Болезненности нижнего сегмента матки.
  - Б. Сильной родовой деятельности.
  - В. Затруднения мочеиспускания.
  - Г. Отека шейки матки.
305. Факторы, предрасполагающие к перфорации матки во время производства искусственного аборта:

- А. Нарушение менструального цикла в анамнезе.
  - Б. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.
  - В. Субсерозная миома матки.
  - Г. Выраженный дисбиоз влагалища.
306. Клиническая картина гематомы в области наружных половых органов или под слизистой оболочкой влагалища характеризуется следующим:
- А. Возможным появлением признаков гиповолемии.
  - Б. Гематомы в области влагалища и наружных половых органов протекают преимущественно бессимптомно.
  - В. Наличием опухолевидного образования сине-багровой окраски.
  - Г. Размягчением тканей над образованием и болезненностью.
307. Фактором риска разрывов промежности является:
- А. Соблюдение правил по защите промежности при прорезывании и выведении головки плода в родах.
  - Б. Бережное и правильное выполнение родоразрешающих операций.
  - В. Агрессивное ведение родов.
  - Г. Перинеотомия или эпизиотомия.
308. Показания к перинеотомии или эпизиотомии:
- А. Ригидная промежность.
  - Б. Операция наложения акушерских щипцов.
  - В. Разрыв промежности I степени в предыдущих родах.
  - Г. Доношенный плод.
309. Для клинической картины разрыва шейки матки характерно:
- А. Периодически повторяющееся кровотечение из половых путей.
  - Б. Гипотония матки.
  - В. ДВС-синдром.
  - Г. Постоянное кровотечение при хорошо сократившейся плотной матке.
310. Причины разрыва матки во время беременности:
- А. Клинически узкий таз.
  - Б. Анатомически узкий таз.
  - В. Крупный плод.

- Г. Несостоятельность послеоперационного рубца на матке.
311. Частота встречаемости преждевременного разрыва плодных оболочек составляет:
- А. 25 – 50% всех беременностей.
  - Б. 30 – 40% всех беременностей.
  - В. 2 – 20% всех преждевременных родов.
  - Г. 30 – 40% всех преждевременных родов.
312. Наиболее достоверным методом диагностики подтекания вод является:
- А. Нитразиновый тест.
  - Б. ПАМГ-тест.
  - В. ПСИФР-1.
  - Г. Микроскопия мазка.
313. Требуемая частота фиксации температуры и пульса женщины, ЧСС плода, характера выделений из половых путей, тонуса и сократительной активности матки при излитии вод при недоношенных сроках беременности – это:
- А. Каждые 2 часа.
  - Б. Каждые 4 часа.
  - В. Ежедневно.
  - Г. Раз в 3 дня.
314. Принципы антибактериальной профилактики при преждевременном излитии вод при недоношенных сроках беременности:
- А. Лечение начинается при первых клинических признаках воспалительной реакции.
  - Б. Лечение начинается при первых лабораторных признаках воспалительной реакции.
  - В. Терапия продолжается 7 – 10 дней при пролонгировании беременности.
  - Г. Терапия продолжается 3 – 5 дней при пролонгировании беременности.
315. Принципы антибактериальной профилактики при преждевременном излитии вод на недоношенных сроках:
- А. Назначается амоксициллин/клавулат до получения результатов антибиотикочувствительности.

- Б. Рекомендуются сочетанное назначение эритромицина и ампициллина ввиду большей эффективности.
  - В. Назначается амоксициллин/сульбактам до получения результатов антибиотикочувствительности.
  - Г. До получения результата антибиотикограммы терапия не начинается.
316. Продолжительность выжидательной тактики при излитии вод на сроках 22 – 34 недели составляет:
- А. Независимо от состояния матери и плода максимум 48 часов, пока проводится профилактика РДС плода.
  - Б. При удовлетворительном состоянии матери и плода, отсутствии признаков инфекции и ИАЖ больше 3 см допускается пролонгирование до 3 недель и более.
  - В. Беременность пролонгируется до достижения предполагаемой массы плода не менее 750 граммов.
  - Г. Беременность всегда пролонгируется до достижения гестационного срока 34 недели.
317. Какое утверждение верно в отношении токолиза при излитии вод на недоношенных сроках:
- А. Назначается максимум 48 часов.
  - Б. Длительный токолиз (более 2-х суток).
  - В. Улучшает прогнозы для ребенка.
  - Г. Длительный токолиз (более 2-х суток) является профилактикой преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты в родах.
318. Продолжительность выжидательной тактики при излитии вод на сроках 34 – 37 недель составляет:
- А. При отсутствии естественной родовой деятельности в течение 2 суток рассматривается вопрос о родоразрешении.
  - Б. При отсутствии естественной родовой деятельности в течение 1 суток рассматривается вопрос о родоразрешении.
  - В. При отсутствии естественной родовой деятельности в течение 7 суток рассматривается вопрос о родоразрешении.



- Г. Выжидательная тактика предполагает ожидание спонтанного начала родовой деятельности независимо от срока излития вод.
319. Назначение антибактериальных препаратов при преждевременном излитии вод в доношенных сроках беременности происходит:
- А. С момента поступления женщины в стационар.
  - Б. Спустя 4 часа после разрыва плодных оболочек.
  - В. Спустя 12 часов безводного промежутка.
  - Г. Спустя сутки после разрыва плодных оболочек.
320. Тактика ведения при излитии мекониально окрашенных околоплодных вод предполагает:
- А. Экстренное кесарево сечение.
  - Б. Экстренное кесарево сечение при густо мекониальных водах и дополнительных факторах риска.
  - В. Наблюдение и родоразрешение через естественные родовые пути.
  - Г. Наблюдение и родоразрешение через естественные родовые пути при незначительном окрашивании вод и патологическом КТГ.
321. Одним из частых осложнений у женщин с длиной шейки матки 15 мм и менее является:
- А. В 70% случаев – преждевременный разрыв плодных оболочек и развитие родовой деятельности в ближайшие 7 дней.
  - Б. В 40% случаев – преждевременный разрыв плодных оболочек и развитие родовой деятельности в ближайшие 7 дней.
  - В. Наличие интраамниотического воспаления в 90% случаев.
  - Г. Наличие преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты в 85% случаев.
322. Высокая точность теста ПАМГ (Amnisure) обусловлена:
- А. Высокой базальной концепцией белка во влагалище.
  - Б. Высокой концентрацией белка в амниотической жидкости.
  - В. Высокой базальной концепцией белка во влагалище.

- Г. Низкой концентрацией белка в амниотической жидкости.
323. Профилактика респираторного дистресс-синдрома плода:
- А. Проводится дексаметазоном, потому что он эффективнее.
  - Б. Проводится бетаметазолом, потому что он эффективнее.
  - В. Проводится и дексаметазолом, и бетаметазолом, поскольку нет различий в их эффективности.
  - Г. Выбор препарата зависит от чувствительности рецепторного аппарата альвеол плода.
324. Обоснована ли выжидательная тактика при преждевременном излитии вод на сверхранних сроках беременности?
- А. Рекомендуются не дольше, чем на 48 часов, поскольку длительное пролонгирование ухудшает прогноз для плода.
  - Б. Рекомендуются не дольше, чем на 24 часа, поскольку длительное пролонгирование ухудшает прогноз для плода.
  - В. Обоснована, поскольку пролонгирование беременности увеличивает выживаемость и неонатальные исходы.
  - Г. Решение о выжидательной тактике принимает пациентка.
325. Как влияет кесарево сечение при преждевременном излитии вод в сверхранних сроках на перинатальные исходы?
- А. При массе плода от 750 – 999 граммов и сроке беременности от 26 недель значительно увеличивает выживаемость новорожденных.
  - Б. При массе плода до 750 граммов и сроке беременности до 26 недель значительно улучшает перинатальные исходы.
  - В. При массе плода от 750 – 999 граммов и сроке беременности от 26 недель не влияет на перинатальные исходы.
  - Г. При массе плода до 750 граммов и сроке беременности до 26 недель значительно увеличивает выживаемость новорожденных.

326. Как изменяется уровень цитокинов в крови при преждевременном излитии околоплодных вод?
- А. Уровень провоспалительных цитокинов снижается.
  - Б. Уровень противовоспалительных цитокинов повышается.
  - В. Уровень провоспалительных цитокинов повышается, а противовоспалительных цитокинов – снижается.
  - Г. Уровни провоспалительных и противовоспалительных цитокинов не меняются.
327. Пациентка 30 лет. Группа крови В (III) Rh(-). Вторая беременность, вторые роды. При первой беременности была проведена профилактика в 28 недель и в первые 72 часа после родов (родился Rh(+) ребенок). При настоящей беременности на сроке 13 недель был введен антирезусный гамма-глобулин по причине кровяных выделений. Какой будет дальнейшая профилактика у этой пациентки?
- А. Антирезусный гамма-глобулин повторно вводится только в первые 72 часа после родов при рождении Rh(+) ребенка.
  - Б. Антирезусный гамма-глобулин повторно вводится в 25 недель.
  - В. Антирезусный гамма-глобулин повторно вводится только в 28 недель.
  - Г. Антирезусный гамма-глобулин повторно вводится в 28 недель и в первые 72 часа после родов при рождении Rh(+) ребенка.
328. Какой титр антител на сроке 20 – 22 недели является показанием для направления женщины в перинатальный центр?
- А. 1:512.
  - Б. 1:6.
  - В. 1:16.
  - Г. 1:10.
329. Является ли гемотрансфузия в анамнезе показанием для направления беременной в перинатальный центр?
- А. Да.
  - Б. Нет.
  - В. Только в сроке беременности после 28 недель.
  - Г. Только для родоразрешения.

330. В каких случаях доза резонатива в 625 МЕ является достаточной?
- А. При абортах или выкидышах до 12 недель.
  - Б. При проведении профилактики родильнице в первые 72 часа после родов Rh(+) ребенком.
  - В. При проведении профилактики родильнице в первые 72 часа после родов Rh(-) ребенком.
  - Г. При проведении профилактики родильнице в первые 48 часов после родов Rh(+) ребенком.
331. Нужно ли определять титр антител перед введением антирезусного гамма-глобулина в 28 недель, если первое введение препарата было на более ранних сроках?
- А. Нет.
  - Б. Да.
  - В. Да, если с момента первого введения прошло более 12 недель.
  - Г. Да, если планируются естественные роды.
332. Проводится ли профилактика резус-сенсibilизации повторно беременной женщине, если в первую беременность антирезусный гамма-глобулин был введен в положенные сроки?
- А. Проводится, паритет родов не имеет значения.
  - Б. Не проводится, так как правильная профилактика в первую беременность исключает развитие сенсibilизации.
  - В. Не проводится, так как при повторной беременности, независимо от проведенной профилактики, сенсibilизация не возникает.
  - Г. Вопрос о проведении профилактики решается накануне родов.
333. Как чаще всего развивается гемолитическая болезнь плода?
- А. Постепенно.
  - Б. Молниеносно.
  - В. Интермиттирующе.
  - Г. Течение гемолитической болезни в подавляющем большинстве случаев злокачественное.
334. Вводится ли антирезусный гамма-глобулин при тупых травмах живота во время беременности?

- А. Да.
  - Б. Нет, так как риск формирования ретрохориальной гематомы минимален.
  - В. Введение гамма-глобулина зависит от срока беременности, при котором произошла травма.
  - Г. Введение гамма-глобулина зависит от желания пациентки.
335. Сроки первого введения антирезусного гамма-глобулина при отсутствии антител у беременной?
- А. 18 – 20 недель.
  - Б. 26 – 28 недель.
  - В. 28 – 32 недели.
  - Г. 35 – 37 недель.
336. Пациентка 19 лет, группа крови В(І) Rh(-). Первая беременность, первые роды. В детском возрасте перенесла гемотрансфузию, профилактика резус-сенсibilизации не проведена. Какова правильная тактика ведения?
- А. Наблюдение в ЖК, введение антирезусного гамма-глобулина в 28 недель.
  - Б. Наблюдение в ЖК, при появлении антител до 28 недель – направление в перинатальный центр.
  - В. Направление в перинатальный центр на сроке 20 – 22 недели независимо от наличия антител.
  - Г. Направление в перинатальный центр на сроке 20 – 22 недели при наличии титра антител +1:16.
337. Эффективными методами лечения резус-сенсibilизации являются:
- А. Трансплантация кожного лоскута от мужа.
  - Б. Плазмаферез.
  - В. Неспецифическая десенсибилизирующая терапия.
  - Г. Введение антирезусного гамма-глобулина.
338. Как часто следует обследовать женщину на наличие антител:
- А. 1 раз в неделю.
  - Б. 1 раз в 2 недели.
  - В. 1 раз в 3 недели.
  - Г. 1 раз в месяц.
339. Наиболее чувствительный метод диагностики уровня антител?

- А. Желатиновые пробы.
  - Б. Желатиновые карточки.
  - В. Гелевые карточки.
  - Г. Гелевые пробы.
340. Какие из иммуноглобулинов являются наиболее агрессивными и в совокупности приводят к развитию тяжелых форм гемолитической болезни?
- А. IgG 1,2.
  - Б. IgG 2,3.
  - В. IgG 1,3.
  - Г. IgG 3,4.
341. С какого срока беременности ультразвуковые маркеры гемолитической болезни плода информативны?
- А. С 10 – 11-й недели.
  - Б. С 15 – 16-й недели.
  - В. С 28-й недели.
  - Г. С 20 – 22-й недели.
342. Как расценивается состояние пациентки при нарушении кровотока среднемозговой артерии и его локализации в зоне “С”?
- А. В сроке до 20 недель состояние пациентки стабильное, повторное исследование назначается через 14 – 18 дней.
  - Б. В сроке до 25 недель состояние пациентки тяжелое, повторное исследование назначается через 5 – 10 дней.
  - В. При массе плода до 2000 граммов назначается внутриутробное переливание.
  - Г. После 32 недель и/или массы плода более 2000 граммов – родоразрешение.
343. На каком сроке беременности женщина с резус-сенсibilизацией направляется в перинатальный центр для определения дальнейшей тактики ведения?
- А. В 20 – 22 недели – женщин с отягощенным анамнезом (переливание, выкидыши, наличие детей, перенесших или погибших от гемолитической болезни).
  - Б. В 30 – 32 недели – женщин с отягощенным анамнезом (переливание, выкидыши, наличие детей, перенесших или погибших от гемолитической болезни).

- В. В 20 – 22 недели – женщин без отягощенного анамнеза.  
Г. В 26 – 28 недель – женщин без отягощенного анамнеза.
344. Меры профилактики резус-сенсibilизации:
- А. Плазмаферез.
  - Б. Неспецифическая профилактика.
  - В. Переливание крови с учетом резус-фактора.
  - Г. Трансплантация кожного лоскута от мужа.
345. Вращание плаценты встречается в следующих случаях:
- А. Рубец после кесарева сечения + предлежание плаценты.
  - Б. Предлежание плаценты.
  - В. Рубец после кесарева сечения + нормально расположенная плацента.
  - Г. Наличие субмукозной миомы матки.
346. Ультразвуковое исследование при вращении плаценты позволяет оценить следующие параметры:
- А. Наличие миоцитов в области рубца.
  - Б. Кровоток в плацентарных сосудах на передней стенке матки.
  - В. Количество и размеры плацентарных сосудов.
  - Г. Вращение плаценты в заднюю стенку мочевого пузыря.
347. Магнитно-резонансная томография при вращении плаценты позволяет оценить следующие параметры:
- А. Отсутствие миоцитов в области рубца.
  - Б. Кровоток в плацентарных сосудах на передней стенке матки.
  - В. Количество и размеры плацентарных сосудов.
  - Г. Состояние слизистой оболочки мочевого пузыря.
348. При оперативном родоразрешении при вращении плаценты эмболизация маточных артерий проводится:
- А. Перед проведением разреза.
  - Б. После извлечения ребенка.
  - В. Перед удалением плаценты.
  - Г. После иссечения маточной грыжи.
349. Наиболее оптимальной техникой проведения операции кесарева сечения при вращении плаценты является:

- А. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте по старому рубцу.
  - Б. Трансплацентарное извлечение ребенка.
  - В. Донное кесарево сечение в не плацентарной зоне.
  - Г. Экстраперитонеальное кесарево сечение.
350. При операции кесарева сечения при вращении плаценты наиболее предпочтительный метод гемостаза – это:
- А. Баллонная окклюзия общей подвздошной артерии.
  - Б. Эмболизация маточных артерий.
  - В. Перевязка маточных артерий.
  - Г. Перевязка общей подвздошной артерии.
351. Тактика проведения операции при невозможности отделения плаценты из-за высокого риска кровотечения:
- А. Кесарево сечение без удаления плаценты с дальнейшей ее экспульсией.
  - Б. Иссечение матки в пределах здоровой ткани.
  - В. Перевязка подвздошной артерии с дальнейшим отделением плаценты.
  - Г. Перевязка маточной артерии с дальнейшим отделением плаценты.
352. Какие акушерские ситуации чаще заканчиваются абдоминальным родоразрешением:
- А. Патологический преламинарный период.
  - Б. Дискоординация родовой деятельности.
  - В. Слабость потуг.
  - Г. Вторичная слабость родовой деятельности.
353. Укажите критерии отбора пациенток на самопроизвольные роды после кесарева сечения:
- А. Продолжительность между родами более 1 года.
  - Б. Продолжительность между родами более 2 лет.
  - В. Продолжительность между родами более 3 лет.
  - Г. Осложненное течение послеоперационного периода в анамнезе.
354. Наличие «звездчатого» рубца на матке по данным УЗИ может свидетельствовать:
- А. О потенциальной состоятельности рубца.
  - Б. О потенциальной несостоятельности рубца.



- В. О незавершенном процессе фиброзировании.
- Г. Внешний вид рубца клинического значения не имеет.
355. Применение эпидуральной анестезии при самопроизвольных родах после кесарева сечения имеет следующие особенности:
- А. Категорически не рекомендуется.
  - Б. Применение возможно, ограничений нет.
  - В. Применение возможно только в первой фазе родов.
  - Г. Применение возможно в случае артериальной гипертензии у роженицы.
356. В каких случаях возможно проведение истмико-корпорального кесарева сечения:
- А. Наличие миомы матки больших размеров.
  - Б. Полное раскрытие, нахождение головки плода большим сегментом в узкой части.
  - В. Геморрагический шок.
  - Г. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
357. В ходе какой операции вероятность образования подапонеуротических гематом выше:
- А. Лапаротомия по Пфанненштилю.
  - Б. Лапаротомия по Джоэл-Кохену.
  - В. Модифицированная методика кесарева сечения.
  - Г. Нижнесрединная лапаротомия.
358. Рекомендуемая курсовая доза сульфата магния при преэклампсии – это:
- А. 20 граммов.
  - Б. 15 граммов.
  - В. 5 граммов.
  - Г. 4 грамма.
359. Рекомендуемые дозы магния В6 у женщин с гипوماгнемией:
- А. 50 – 150 мг в сутки.
  - Б. 250 – 500 мг в сутки.
  - В. 300 мг в сутки.
  - Г. 400 мг в сутки.
360. Влияние магния на сахарный диабет и артериальную гипертензию заключается в следующем:

- А. Гипомагниемия повышает риск развития этих заболеваний.
  - Б. Гипомагниемия снижает риск развития этих заболеваний.
  - В. Гипермагниемия повышает риск развития этих заболеваний.
  - Г. Уровень магния не влияет на развитие данных заболеваний.
361. Дефицит магния приводит к следующим видам акушерской патологии:
- А. Сахарный диабет 1 типа.
  - Б. Хроническая гипоксия плода.
  - В. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
  - Г. Эмболия амниотической жидкостью.
362. В каком количестве должен быть обнаружен белок для постановки диагноза преэклампсии:
- А. Не менее 50 мг/дл.
  - Б. Не менее 50 мг в суточном анализе мочи.
  - В. Не менее 30 мг в суточном анализе мочи.
  - Г. Более 50 мг в суточном анализе мочи.
363. При отсутствии протеинурии у беременной можно подозревать преэклампсию в следующих случаях:
- А. При сочетании гипертензии беременных с полиурией.
  - Б. При сочетании гипертензии беременных с никтурией.
  - В. При сочетании гипертензии беременных с персистирующей церебральной симптоматикой.
  - Г. При сочетании гипертензии беременных с тошнотой.
364. Преэклампсия с ранней манифестацией:
- А. Развивается на фоне метаболического синдрома.
  - Б. Развивается на фоне нарушения плацентаций.
  - В. Позволяет пролонгировать беременность до 37 – 38 недель.
  - Г. Практически никогда не сопровождается тяжелыми формами синдрома задержки роста плода.
365. Преэклампсия с поздней манифестацией:
- А. Чаще развивается на фоне нарушения плацентаций.

- Б. Чаще развивается на фоне метаболического синдрома.
  - В. Способствует возникновению преждевременных родов до 34 недель беременности.
  - Г. Всегда сопровождается тяжелыми формами синдрома задержки роста плода.
366. Роль мочевой кислоты в диагностике преэклампсии заключается в следующем:
- А. Повышение уровня концентрации мочевой кислоты свидетельствует о плацентарной недостаточности и преэклампсии.
  - Б. Снижение уровня концентрации мочевой кислоты свидетельствует о плацентарной недостаточности и преэклампсии.
  - В. Колебания показателей мочевой кислоты носят интермиттирующий характер.
  - Г. Концентрация мочевой кислоты не имеет значения в диагностике преэклампсии.
367. Препаратом выбора для преродового контроля артериальной гипертензии легкой степени является:
- А. Лабетолол.
  - Б. Нифедипин.
  - В. Метилдопа.
  - Г. Бета-блокаторы.
368. Антигипертензивные средства в послеродовом периоде назначаются в следующих случаях:
- А. Только в случае, если систолическое артериальное давление (САД) не ниже 155 мм рт. ст.
  - Б. Только в случае, если систолическое артериальное давление (САД) не ниже 160 мм рт. ст.
  - В. Только в случае, если систолическое артериальное давление (САД) не ниже 140 мм рт. ст.
  - Г. Только в случае, если систолическое артериальное давление (САД) не ниже 180 мм рт. ст.
369. Закончите правильно фразу: «Абсолютно у всех беременных женщин наблюдается...»:
- А. Снижение гликемии натощак (на 0,5 – 1 ммоль/л).
  - Б. Повышение гликемии натощак (на 0,5 – 1 ммоль/л).

- В. Снижение гликемии натощак (на 1 – 2 ммоль/л).  
Г. Повышение гликемии натощак (на 1 – 2 ммоль/л).
370. Самым периферическим антагонистом инсулина является:  
А. Прогестерон.  
Б. Кортизол.  
В. Плацентарный лактоген.  
Г. Проклатин.
371. Факторами риска развития гестационного сахарного диабета являются:  
А. Ожирение.  
Б. Низкая двигательная активность.  
В. Беременность сама по себе.  
Г. Наличие сахарного диабета у близких родственников.
372. До какого срока беременности сохраняется риск развития респираторного дистресс-синдрома у новорожденного, если у беременной был обнаружен гестационный сахарный диабет:  
А. До 36-й недели.  
Б. До 37-й недели.  
В. До 38-й недели.  
Г. До 39-й недели.
373. Укажите уровень гипергликемии матери, который влияет на риск развития макросомии плода и акушерских осложнений:  
А. Более 5,8 ммоль/л.  
Б. Более 6,8 ммоль/л.  
В. Более 7,2 ммоль/л.  
Г. Любая, даже незначительная гипергликемия.
374. Самая точная среда, в которой исследуется уровень гликемии, – это:  
А. Цельная кровь.  
Б. Сыворотка крови.  
В. Плазма крови.  
Г. Среда исследования значения не имеет.
375. Укажите критерии манифестного сахарного диабета:  
А. Гликемия натощак в венозной плазме > либо равно 7,0 ммоль/л.

- Б. Гликемия натощак в венозной плазме > либо равно 5,1, но меньше 7,0 ммоль/л.
  - В. Гликированный гемоглобин > либо равно 20%.
  - Г. Гликемия натощак в венозной плазме > либо равно 7,0 ммоль/л, но меньше 11,1 ммоль/л.
376. Укажите критерии гестационного сахарного диабета:
- А. Гликемия натощак в венозной плазме > либо равно 7,0 ммоль/л.
  - Б. Гликемия натощак в венозной плазме > либо равно 5,1, но меньше 7,0 ммоль/л.
  - В. Гликированный гемоглобин > либо равно 6,5%.
  - Г. Гликированный гемоглобин > либо равно 20%.
377. Укажите критерии манифестного сахарного диабета на фоне проведения глюкозотолерантного теста:
- А. Гликемия более 7 ммоль/л натощак.
  - Б. Гликемия > либо равно 5,1 ммоль/л, но не меньше 7,0 ммоль/л.
  - В. Гликемия 10,0 ммоль/л через час после теста.
  - Г. Гликемия 8,5 ммоль/л через 2 часа после теста.
378. Укажите критерии гестационного сахарного диабета на фоне проведения глюкозотолерантного теста:
- А. Гликемия более 7 ммоль/л натощак.
  - Б. Гликемия > либо равно 5,1 ммоль/л, но не меньше 7,0 ммоль/л.
  - В. Гликемия 10,0 ммоль/л через 2 часа после теста.
  - Г. Гликемия 8,5 ммоль/л через 4 часа после теста.
379. Обратимы ли изменения в плаценте, произошедшие на фоне гипергликемии в 1-м триместре при нормализации и поддержании уровня глюкозы во 2-м и 3-м триместрах:
- А. Да, полностью обратимы.
  - Б. Да, обратимы частично.
  - В. Обратимы в случае проведения дополнительной терапии.
  - Г. Нет, не обратимы.
380. Необходимый среднесуточный уровень глюкозы для предотвращения врожденных пороков развития:
- А. Не должен превышать 7,7 ммоль/л.

- Б. Не должен превышать 6,1 ммоль/л.
  - В. Не должен превышать 5,1 ммоль/л.
  - Г. Не должен превышать 4,1 ммоль/л.
381. Эмболии околоплодными водами обычно предшествует:
- А. Бурная родовая деятельность.
  - Б. Длительный подготовительный период.
  - В. Длительный безводный период.
  - Г. Повышение артериального давления.
382. Основной патогенетический механизм эмболии околоплодными водами:
- А. Анафилактический шок.
  - Б. Бактериально-токсический шок.
  - В. Геморрагический шок.
  - Г. Кардиогенный шок.

---

## РАЗДЕЛ 5.

---

### ЭНДОКРИНОЛОГИЯ И ГИНЕКОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

#### Выберите один правильный ответ

1. Оптимальный объем обследования на приеме детского гинеколога:
  - А. Осмотр в зеркалах.
  - Б. Общий осмотр.
  - В. Осмотр наружных гениталий, бимануальное прямокишечно-брюшностеночное исследование.
  - Г. Осмотр наружных гениталий, бимануальное прямокишечно-влагалищное исследование.
2. К анатомическим особенностям матки у девочки в допубертатном периоде относятся:
  - А. Тело матки по длине больше шейки в 3 раза.
  - Б. Тело матки равно по длине шейке матки.
  - В. Матка небольшая, длина шейки почти в 3 раза больше длины тела матки.
  - Г. Матка имеет двурогую форму.
3. К генетическому методу исследования, используемому в детской гинекологии, относится:
  - А. Определение кариопикнотического индекса.
  - Б. Определение полового хроматина.
  - В. Проба с прогестероном.
  - Г. Подсчет гирсутного числа.
4. До достижения девочкой возраста 15 лет врач должен информировать о плане ее обследования и лечения:
  - А. Саму девочку.
  - Б. Родителей девочки.
  - В. Классного руководителя.
  - Г. Заведующего отделением.

5. При оценке развития вторичных половых признаков и наружных половых органов (половая формула, стадия полового развития) буквой «Р» обозначается:
  - А. Состояние молочных желез.
  - Б. Состояние лобкового оволосения.
  - В. Состояние подмышечного оволосения.
  - Г. Наличие волос на передней брюшной стенке.
6. Скелетная зрелость подростка определяется по степени окостенения:
  - А. Костей лицевого черепа.
  - Б. Костей запястья, кисти и предплечья.
  - В. Костей малого таза.
  - Г. Костей поясничного отдела позвоночника.
7. Микробиоценоз влагалища девочки в периоде «полового покоя» отличает:
  - А. Наличие кокковой флоры в скудном или умеренном количестве.
  - Б. Наличие лактобацилл в большом количестве.
  - В. Наличие грибковой флоры.
  - Г. Полное отсутствие микрофлоры.
8. Гипоплазия – это:
  - А. Недоразвитие органа.
  - Б. Смещение органа.
  - В. Полное врожденное отсутствие органа.
  - Г. Увеличение относительных размеров органа.
9. Пациентки с синдромом Шерешевского – Тернера характеризуются:
  - А. Обильными менструациями.
  - Б. Признаками задержки полового развития.
  - В. Дисменореей.
  - Г. Высоким ростом, длинными и тонкими конечностями.
10. Причина высокой частоты встречаемости вульвовагинитов у девочек:
  - А. Отсутствие постоянной вегетации лактофлоры в половом канале.
  - Б. Насыщенность гликогеном тканей полового тракта.
  - В. Узость влагалища.



- Г. Кислая реакция среды влагалища.
11. Основной причиной маточных кровотечений пубертатного периода является:
    - А. Нарушение ритмической продукции гормонов яичника.
    - Б. Курение.
    - В. Гиповитаминоз С.
    - Г. Проживание в экологически неблагоприятной зоне.
  12. Основным клиническим признаком задержки полового развития:
    - А. Аменорея.
    - Б. Полименорея.
    - В. Менорагия.
    - Г. Метроррагия.
  13. При изосексуальном преждевременном половом созревании центрального генеза у девочек применяют:
    - А. Половые стероиды (эстрогены).
    - Б. Гестагены.
    - В. Агонисты гонадотропин-рилизинг гормонов.
    - Г. Комбинированные оральные контрацептивы.
  14. Кровянистые выделения из влагалища у девочки в возрасте 5 – 6 лет могут быть следствием:
    - А. Травмы половых органов инородным телом.
    - Б. Гиповитаминоза К.
    - В. ОРВИ.
    - Г. Дисбактериоза кишечника.
  15. Для профилактики нарушений менструальной функции у девочек в пубертатном возрасте особое значение имеет:
    - А. Соблюдение режима труда и отдыха, достаточный сон.
    - Б. Прием адаптогенов.
    - В. Динамический контроль уровня сывороточных гонадотропинов.
    - Г. Профилактические осмотры 1 раз в 6 месяцев.
  16. Симптоматическая терапия дисфункциональных маточных кровотечений в юношеском возрасте включает:
    - А. Гормональный «кюретаж».
    - Б. Сокращающие препараты.
    - В. Хирургический кюретаж.

- Г. Физиотерапия на низ живота.
17. Особенности телосложения девочек с дисгенезией гонад:
- А. Широкие таз и плечи.
  - Б. Длинная шея, короткие конечности.
  - В. Высокий рост, короткие конечности.
  - Г. Низкий рост, короткая шея.
18. Характерной формой воспаления гениталий у девочек является:
- А. Эндоцервицит.
  - Б. Эндометрит.
  - В. Сальпингоофорит.
  - Г. Вульвовагинит.
19. Преобладающим видом злокачественных опухолей яичников у девочек, в отличие от взрослых, является:
- А. Липидоклеточные опухоли.
  - Б. Лимфомы.
  - В. Герминогенные опухоли.
  - Г. Саркомы.
20. Ановуляторные дисфункциональные маточные кровотечения у девушки-подростка необходимо дифференцировать:
- А. С начавшимся самопроизвольным выкидышем.
  - Б. С субсерозной миомой матки.
  - В. С болевой формой апоплексии яичника.
  - Г. С дисменореей.
21. Девочки с дисфункциональными маточными кровотечениями составляют группу риска по развитию:
- А. Неспецифических вульвовагинитов.
  - Б. Ановуляторного бесплодия.
  - В. Предменструального синдрома.
  - Г. Патологии шейки матки.
22. Метод Юзпе – это:
- А. Использование комбинированных оральных контрацептивов для экстренной контрацепции.
  - Б. Подсчет «опасных» дней по менструальному календарю.
  - В. Измерение ректальной температуры и определение срока овуляции.

- Г. Применение барьерных методов контрацепции.
23. К высокоэффективным методам контрацепции у подростков относятся:
- А. Календарный метод.
  - Б. Температурный метод.
  - В. Химические методы контрацепции.
  - Г. Применение комбинированных оральных контрацептивов.
24. Дифференцировка наружных половых органов у плода происходит:
- А. В срок гестационного возраста.
  - Б. 13 – 20 недель.
  - В. 21 – 26 недель.
  - Г. 35 – 40 недель.
25. В периоде полового созревания в организме происходят следующие основные изменения:
- А. Подавление гонадотропной функции гипофиза.
  - Б. Активизация гормональной функции яичников.
  - В. Ритм выделения фолликулостимулирующего гормона замедляется.
  - Г. Исчезают регулярные «пики» экскреции лютеинизирующего гормона.
26. Нормальный менструальный цикл характеризуется последовательной сменой в эндометрии четырех фаз. Расположите фазы менструального цикла в правильной последовательности:
- А. Десквамация, пролиферация, регенерация, секреция.
  - Б. Десквамация, регенерация, пролиферация, секреция.
  - В. Секреция, десквамация, пролиферация, регенерация.
  - Г. Десквамация, секреция, пролиферация, регенерация.
27. Возраст появления менархе в норме составляет:
- А. 8 – 9 лет.
  - Б. 10 – 11 лет.
  - В. 12 – 13 лет.
  - Г. 15 – 16 лет.
28. Увеличение молочных желез происходит обычно:
- А. В 8 – 9 лет.

- Б. В 10 – 11 лет.
  - В. В 12 – 13 лет.
  - Г. В 14 – 15 лет.
29. Генотип плода определяется:
- А. Набором хромосом (XX или XY).
  - Б. Особенностью строения внутренних половых органов.
  - В. Особенностью строения наружных половых органов.
  - Г. Количеством полового хроматина.
30. Анатомо-физиологические особенности влагалища у девочек следующие:
- А. Влагалище широкое и короткое.
  - Б. Высокая эстрогенная насыщенность.
  - В. Недостаточная выработка гликогена.
  - Г. Избыточная выработка гликогена.
31. Метод исследования, применяемый при профилактических осмотрах девочек-подростков:
- А. Сбор анамнеза и осмотр наружных гениталий.
  - Б. Тесты функциональной диагностики.
  - В. Ультразвуковое исследование внутренних гениталий.
  - Г. Вагиноскопия.
32. При наличии синдрома поликистозных яичников необходимо наблюдение подросткового гинеколога совместно с:
- А. Хирургом.
  - Б. Эндокринологом.
  - В. Генетиком.
  - Г. Психологом.
33. Основной жалобой при аплазии влагалища является:
- А. Отсутствие менструаций.
  - Б. Дизурические явления.
  - В. Зуд и жжение в наружных гениталиях.
  - Г. Обильные бели.
34. Атрезия – это:
- А. Полное врожденное отсутствие органа.
  - Б. Недоразвитие органа.
  - В. Увеличение относительных размеров органа.
  - Г. Полное отсутствие канала или естественного отверстия в органе.

35. Пороки развития матки связаны с воздействием на беременную тератогенных факторов:
- А. От зачатия до 12 недель беременности.
  - Б. От 13 до 20 недель беременности.
  - В. От 21 до 30 недель беременности.
  - Г. От 31 до 35 недель беременности.
36. Вид гинекологической патологии, сопровождающий наличие рудиментарного рога матки:
- А. Рецидивирующий воспалительный процесс внутренних гениталий.
  - Б. Дисменорея.
  - В. Опущение матки.
  - Г. Предменструальный синдром.
37. Палочка Додерлейна обеспечивает:
- А. Местную резистентность тканей полового канала.
  - Б. Щелочную реакцию влагалищного содержимого.
  - В. Адекватную продукцию влагалищного секрета.
  - Г. Специфический «рыбный» запах.
38. Характерным путем заражения гонореей у девочек является:
- А. Гематогенный.
  - Б. Воздушно-капельный.
  - В. Бытовой.
  - Г. Половой.
39. При маточных кровотечениях пубертатного периода у девушек имеет место:
- А. Наличие овуляторного цикла.
  - Б. Неполноценный тромбоцитарный гемостаз.
  - В. Отсутствие овуляции и лютеиновой фазы цикла.
  - Г. Формирование и активное функционирование желтого тела.
40. Нарушение регулирующей функции гипоталамуса является основной причиной:
- А. Апоплексии яичника.
  - Б. Эндометриоза.
  - В. Задержки полового развития центрального генеза.
  - Г. Ложной аменореи.
41. Основным клиническим признаком задержки полового развития:

- А. Отсутствие менархе в 10 лет.
  - Б. Отсутствие менархе в 11 лет.
  - В. Отсутствие менархе в 12 лет.
  - Г. Отсутствие менархе в 13 лет.
42. Для задержки полового развития характерно:
- А. Евнухоидное телосложение, вторичные половые признаки недоразвиты.
  - Б. Костный возраст опережает календарный.
  - В. Андрогинный тип телосложения.
  - Г. Молочные железы хорошо развиты, но менструаций нет.
43. Истинная аменорея – это:
- А. Отсутствие менструаций и циклических гормональных изменений в яичниках.
  - Б. Отсутствие менструаций во время беременности и лактации.
  - В. Отсутствие менструаций после менопаузы.
  - Г. Отсутствие менструаций при наличии циклических гормональных изменений в репродуктивной системе.
44. Опсоменорея – это:
- А. Уменьшенное количество менструальной крови.
  - Б. Избыточное количество менструальной крови.
  - В. Редкие менструации (реже, чем через 35 дней).
  - Г. Отсутствие менструаций.
45. Задержка полового развития яичникового генеза обусловлена:
- А. Резким снижением гормональной функции яичников.
  - Б. Гипергонадотропной активностью гипофиза.
  - В. Наличием патологии матки.
  - Г. Обострением экстрагенитальной патологии.
46. В развитии врожденной яичниковой недостаточности у девочек имеет значение:
- А. Нарушение роста и развития фетальных яичников.
  - Б. Активное занятие спортом.
  - В. Повышение чувствительности яичниковой ткани к гонадотропинам.
  - Г. Повышение активности ферментных систем яичников.

47. При гетеросексуальном преждевременном половом созревании нужно исключить:
- А. Патологию щитовидной железы.
  - Б. Патологию аденогипофиза.
  - В. Опухоль яичников и надпочечников.
  - Г. Патологию гипоталамуса.
48. Лечение задержки полового развития яичникового генеза:
- А. Терапия половыми стероидами.
  - Б. Терапия глюкокортикоидами.
  - В. Применение агонистов гонадотропин-рилизинг гормонов.
  - Г. Терапия гормонами щитовидной железы.
49. Отсутствие полового развития обусловлено:
- А. Перенесенными инфекционными заболеваниями в раннем детстве.
  - Б. Перенесенными в пубертатном возрасте воспалительными процессами органов малого таза.
  - В. Хромосомными аномалиями.
  - Г. Травмами головного мозга.
50. При генитальном инфантилизме соотношение шейки и тела матки соответствует обычно:
- А. 1:3.
  - Б. 1:2.
  - В. 3:2.
  - Г. 2:1.
51. Лечение дисменореи у девушки заключается в применении:
- А. Антагонистов альдостерона.
  - Б. Спазмолитиков, анальгетиков и ингибиторов простагландина.
  - В. Фитоэстрогенов.
  - Г. Витамина С.
52. К гиперплазии эндометрия у девушки приводит:
- А. Персистенция или атрезия фолликула.
  - Б. Персистенция желтого тела.
  - В. Дисменорея.
  - Г. Половые инфекции.
53. Больные с дисфункциональными маточными кровотечениями в период полового созревания отличаются от здоровых сверстниц:

- А. Опережающим норму сексуальным морфотипом.
  - Б. Интерсексуальным морфотипом.
  - В. Задержкой полового развития.
  - Г. Нарушением гомеостаза в системе «гипоталамус – гипофиз – яичники».
54. Развитие половых органов девочки характеризуется:
- А. Усиленным ростом в первые недели внутриутробного развития.
  - Б. Усиленным ростом вскоре после рождения.
  - В. Усиленным развитием в препубертатном и пубертатном периодах.
  - Г. Прогрессирующим ростом вплоть до пубертатного периода.
55. Загиб матки кзади называется:
- А. Ретрофлексия.
  - Б. Антеверзия.
  - В. Антефлексия.
  - Г. Ретроверзия.
56. Особенности наружных половых органов у новорожденной девочки:
- А. Большие половые губы не прикрывают малые.
  - Б. Вульва в состоянии гипотрофии.
  - В. Эпителий вульвы гиперемирован.
  - Г. Ткани вульвы богаты гликогеном.
57. Особенностью вторичных половых признаков девочек является:
- А. Слабое развитие жировой клетчатки.
  - Б. Изменение соотношения между тазовым и плечевым поясом в сторону относительного увеличения окружности последнего.
  - В. Рост волос в области наружных гениталий с их распределением в виде треугольника с вершиной, направленной вниз.
  - Г. Отсутствие подмышечного оволосения.
58. Для полной формы преждевременного полового созревания характерно:
- А. Задержка развития вторичных половых признаков.



- Б. Костный возраст отстает от календарного на 2 года.
  - В. Масса тела снижена.
  - Г. Наличие вторичных половых признаков и менструаций.
59. Инвертированный пубертат – это:
- А. Скачок роста.
  - Б. Появление полового оволосения до развития молочных желез.
  - В. Выраженное и быстрое увеличение молочных желез.
  - Г. Наличие менструаций.
60. Причины формирования вирильного синдрома у девушки:
- А. Дисфункция гипоталамуса.
  - Б. Опухоли гипофиза.
  - В. Маскулинизирующие опухоли яичников и надпочечников.
  - Г. Опухоли щитовидной железы.
61. Наиболее типичной формой гонореи у девочек является:
- А. Хроническая.
  - Б. Рецидивирующая.
  - В. Острая.
  - Г. Стертая.
62. Лечебно-диагностическое выскабливание слизистой полости матки у девочки (девушки) производится:
- А. При дисменорее.
  - Б. При профузном кровотечении и отсутствии эффекта от консервативной терапии.
  - В. При гиперполименорее.
  - Г. При аменорее.
63. В препубертатном возрасте причинами гнойных выделений могут быть:
- А. Гонорея.
  - Б. Туберкулез.
  - В. Актиномикоз.
  - Г. Психогенные факторы.
64. Причиной ложной аменореи у девочек пубертатного возраста может быть:
- А. Атрезия гимена.
  - Б. Аплазия яичников.

- В. Загиб матки.
  - Г. Аплазия матки.
65. Факторы, препятствующие распространению инфекции в половых органах у девушек в пубертатном периоде:
- А. Кислая среда влагалища, слизистая пробка в цервикальном канале.
  - Б. Щелочная среда влагалища.
  - В. Небольшие размеры матки и влагалища.
  - Г. Низкий уровень секреторного иммуноглобулина класса А.
66. Клинические признаки трихомониаза:
- А. Зуд, пенные желтые выделения из влагалища.
  - Б. Боли в эпигастрии.
  - В. Сухость слизистой наружных половых органов.
  - Г. Нарушение менструального цикла по типу дисменореи.
67. При дисгенезии гонад не развивается:
- А. Функция щитовидной железы.
  - Б. Лактация.
  - В. Менструальная и генеративная функция.
  - Г. Сексуальная функция.
68. Синдром Шерешевского – Тернера – это:
- А. Апоплексия гонад.
  - Б. Типичная форма дисгенезии гонад.
  - В. Ложный мужской гермафродитизм.
  - Г. Ложный женский гермафродитизм.
69. Дисгенетическое яичко у больной с аменореей яичникового генеза склонно:
- А. К вирилизации.
  - Б. К малигнизации.
  - В. К феминизации.
  - Г. К обратному развитию.
70. Дефицит массы тела, как правило, является одной из причин:
- А. Запаздывания наступления первой менструации.
  - Б. Ускоренного становления менструальной функции.
  - В. Возникновения гиперполименореи.
  - Г. Возникновения дисменореи.
71. Ановуляторные дисфункциональные маточные кровотечения у девушки-подростка необходимо дифференцировать:

- A. С беременностью (прогрессирующей).
  - Б. С начавшимся самопроизвольным выкидышем.
  - В. С субсерозной миомой матки.
  - Г. С дисменореей.
72. Задержка полового развития – это отсутствие:
- A. Вторичных половых признаков к 13 годам, а менструации – к 15 годам.
  - Б. Вторичных половых признаков к 14 годам, а менструации – к 17 годам.
  - В. Вторичных половых признаков к 15 годам, а менструации – к 18 годам.
  - Г. Вторичных половых признаков к 12 годам, а менструации – к 18 годам.
73. При предменструальном синдроме выделяют следующую клиническую форму:
- A. Необратимую.
  - Б. Отечную.
  - В. Рецидивирующую.
  - Г. С ожирением.
74. Физиологическая аменорея – это отсутствие менструации:
- A. У девушек после 18 лет.
  - Б. Во время беременности.
  - В. В репродуктивном возрасте.
  - Г. После ампутации матки.
75. Клиническим проявлением предменструального синдрома является:
- A. Нарушение аппетита.
  - Б. Депрессия, раздражительность.
  - В. Затруднения при дыхании.
  - Г. Повышение температуры тела.
76. Влияние ювенильной беременности на состояние костно-суставной системы подростка может выражаться в виде:
- A. Снижения эластических свойств тканей.
  - Б. Снижения гидрофильности симфиза.
  - В. Замедления закрытия зон роста костей таза.
  - Г. Повышения гидрофильности симфиза и хрящевых зон костей таза.

77. Состояние сердечно-сосудистой системы у подростков при беременности характеризуется:
- А. Склонностью к артериальной гипертензии.
  - Б. Склонностью к коллаптоидным состояниям.
  - В. Понижением коагуляционного потенциала сыворотки крови.
  - Г. Формированием гипертрофии левого желудочка.
78. Вероятными признаками ювенильной беременности являются:
- А. Тошнота, рвота.
  - Б. Непереносимость резких запахов.
  - В. Пальпация частей плода с помощью методов наружного акушерского исследования.
  - Г. Прекращение менструаций.
79. Течение ювенильной беременности в сравнении с беременностью у женщин оптимального репродуктивного возраста характеризуется:
- А. Большой частотой перенашивания беременности.
  - Б. Большой частотой заболеваний почек.
  - В. Большим удельным весом фетоплацентарной недостаточности.
  - Г. Большой частотой крупных плодов.
80. При железодефицитной анемии у юных беременных наблюдаются:
- А. Слабость, одышка, обмороки.
  - Б. Полиурия.
  - В. Повышение артериального давления.
  - Г. Гепатоспленомегалия.
81. Амбулаторное ведение беременности у подростков включает в себя проведение наружной пельвиометрии:
- А. При постановке пациентки на диспансерный учет.
  - Б. 1 раз в 4 недели.
  - В. 1 раз в неделю.
  - Г. 1 раз в триместр.
82. Подростковый гинеколог осуществляет диспансерное ведение девочки после рецидивирующих ювенильных кровотечений:

- А. До прекращения кровотечений.
  - Б. До начала реабилитационных мероприятий.
  - В. До достижения пациенткой возраста 15 лет.
  - Г. До достижения пациенткой возраста 18 лет.
83. Паста, крем, пена, губка, шарики относятся:
- А. К химическим методам контрацепции.
  - Б. К барьерным методам контрацепции.
  - В. К гормональным методам контрацепции.
  - Г. К неотложным методам контрацепции.
84. В соответствии с определением ВОЗ, планирование семьи помогает решить следующие задачи:
- А. Избежать непланируемой беременности.
  - Б. Регулировать сексуальную жизнь.
  - В. Выбирать желаемый пол будущего ребенка.
  - Г. Выбирать желаемый срок родов.
85. Количество категорий приемлемости методов контрацепции:
- А. Две категории.
  - Б. Три категории.
  - В. Четыре категории.
  - Г. Пять категорий.
86. Клинические признаки перекрута ножки опухоли яичника:
- А. Меноррагия.
  - Б. Обильные выделения из половых путей с неприятным запахом.
  - В. Абдоминальный болевой синдром.
  - Г. Нарастание симптомов анемизации девочки.
87. Причины «острого» живота в детской гинекологии, сопровождающиеся клиникой внутрибрюшного кровотечения:
- А. Апоплексия яичника.
  - Б. Инвагинация кишечника.
  - В. Перекрут ножки опухоли яичника.
  - Г. Пиосальпинкс.
88. Основным способом гигиены девочки и девушки-подростка являются:
- А. Гигиенический ежедневный душ с мылом.
  - Б. Спринцевание влагалища.
  - В. Ванночки с перманганатом калия.

- Г. Протирание антисептиками.
89. Микродозированные комбинированные оральные контрацептивы содержат:
- А. 10 мкг этинилэстрадиола.
  - Б. 20 мкг этинилэстрадиола.
  - В. 30 мкг этинилэстрадиола.
  - Г. 40 мкг этинилэстрадиола.
90. Девушка-подросток имеет юридическое право на конфиденциальность информации о состоянии своего гинекологического здоровья:
- А. С 14 лет.
  - Б. С 15 лет.
  - В. С 16 лет.
  - Г. С 18 лет.
91. Современные особенности состояния здоровья девушек-подростков:
- А. Высокий индекс соматического здоровья.
  - Б. Высокий индекс гинекологического здоровья.
  - В. Низкие показатели нарушений менструального цикла.
  - Г. Низкий индекс соматического и гинекологического здоровья.
92. Психологическими особенностями подросткового возраста являются:
- А. Гармоничные поведенческие реакции.
  - Б. Резкие колебания настроения.
  - В. Стабильность эмоционального статуса.
  - Г. Высокая адаптивность.
93. Факторы риска развития гинекологической патологии детского и подросткового возраста:
- А. Соблюдение правил здорового образа жизни.
  - Б. Социальная и экономическая нестабильность семьи.
  - В. Хронические соматические заболевания.
  - Г. Возраст матери девочки более 30 лет.
94. К методам инструментального обследования в детской гинекологии относятся:
- А. Вентрикулография.
  - Б. Вазография.

- В. Вагиноскопия.
  - Г. Вагинография.
95. Первыми в процессе эмбрионального развития закладываются:
- А. Яичники.
  - Б. Матка.
  - В. Маточные трубы.
  - Г. Влагалище.
96. Время внутриутробного формирования в яичниках плода примордиальных фолликулов:
- А. 10-я неделя беременности.
  - Б. 15-я неделя беременности.
  - В. 20-я неделя беременности.
  - Г. 30-я неделя беременности.
97. Парамезонефральные протоки являются основой для формирования:
- А. Матки.
  - Б. Матки и маточных труб.
  - В. Матки, маточных труб и верхней трети влагалища.
  - Г. Матки, маточных труб, верхней трети влагалища, яичников.
98. Оценка полового развития включает в себя:
- А. Оценку времени появления вторичных половых признаков и менархе.
  - Б. Оценку роста и веса девочки.
  - В. Оценку индекса массы тела.
  - Г. Оценку состояния кожи.
99. Первая менструация называется:
- А. Телархе.
  - Б. Пубархе.
  - В. Менархе.
  - Г. Меноррагия.
100. Осмотр внутренних гениталий девочки проводят методом:
- А. Двуручного прямокишечно-брюшностеночного исследования.
  - Б. Влагалищно-прямокишечно-брюшностеночного исследования.

- В. Глубокой пальпации через переднюю брюшную стенку.
  - Г. Поверхностной пальпации через переднюю брюшную стенку.
101. Вагиноскопия применяется для:
- А. Осмотра слизистой полости матки.
  - Б. Осмотра слизистой цервикального канала.
  - В. Осмотра слизистой влагалища и влагалищной части шейки матки.
  - Г. Осмотра устьев больших желез преддверия.
102. Исследование кариотипа входит в план обследования:
- А. При рецидивирующем вульвовагините.
  - Б. При дисгенезии гонад.
  - В. При ювенильном маточном кровотечении.
  - Г. При наличии у девочки абдоминального болевого синдрома.
103. К методам инструментального исследования в детской гинекологии относятся:
- А. Измерение ректальной температуры.
  - Б. Лапароскопия.
  - В. Бронхоскопия.
  - Г. Уретроскопия.
104. Ультразвуковое исследование органов малого таза у девочек-подростков проводится при наличии:
- А. Патологических белей.
  - Б. Зуда и жжения во влагалище.
  - В. Признаков задержки полового созревания.
  - Г. Физиологического становления менструальной функции.
105. Пациентки при синдроме Рокитанского характеризуются:
- А. Неправильным телосложением.
  - Б. Отсутствием вторичных половых признаков.
  - В. Отсутствием матки и верхних двух третей влагалища.
  - Г. Физиологическим становлением менструальной функции.
106. Метод лечения атрезии гимена:
- А. Ушивание девственной плевы.
  - Б. Рассечение девственной плевы и опорожнение гематокольпоса.



- В. Создание девственной плевы из собственных тканей или синтетических материалов.
  - Г. Физиотерапевтические методы лечения.
107. Аномалии развития половых органов у девочек могут сочетаться с аномалиями числа и строения:
- А. Почек.
  - Б. Печени.
  - В. Сердца.
  - Г. Желчного пузыря.
108. Агенезия – это:
- А. Полное врожденное отсутствие органа.
  - Б. Недоразвитие органа.
  - В. Увеличение относительных размеров органа.
  - Г. Полное отсутствие канала или естественного отверстия в органе.
109. Совместное наблюдение подросткового гинеколога и уролога требуется:
- А. При дисменорее.
  - Б. При преждевременном половом созревании по женскому типу.
  - В. При хроническом рецидивирующем вульвовагините.
  - Г. При хроническом сальпингоофорите.
110. Основной клинической формой воспалительных заболеваний гениталий у девочек-подростков является:
- А. Пельвиоперитонит.
  - Б. Эндометрит, параметрит.
  - В. Специфический вульвовагинит.
  - Г. Неспецифический вульвовагинит.
111. Период «полового покоя» у девочек характеризуется:
- А. Высоким уровнем прогестерона.
  - Б. Высоким уровнем эстрогенов.
  - В. Продолжается до начала половой жизни.
  - Г. Низким уровнем эстрогенов.
112. Появление значительного количества лактобактерий во влагалище в пубертатном периоде обусловлено:
- А. Понижением секреции прогестерона.
  - Б. Повышением выработки тиреоидных гормонов.

- В. Повышением уровня кортизола.
  - Г. Повышением секреции эстрогенов.
113. Рекомендации при наличии у девочки физиологических белей заключаются в следующем:
- А. Местном применении антимикотических препаратов.
  - Б. Тщательном соблюдении правил личной гигиены.
  - В. Использовании эубиотиков.
  - Г. Спринцевании с хлоргексидином.
114. Диагностика бактериального вагиноза у девочек-подростков основывается на:
- А. Жалобах на творожистые выделения из половых путей в умеренном количестве.
  - Б. Обнаружении гиперемии и отечности тканей вульвы и влагалища.
  - В. Обнаружении в мазках из влагалища «ключевых» клеток.
  - Г. Отрицательном аминотесте.
115. Возникновение синехий малых половых губ у девочек возможно при:
- А. Проведении местной антибактериальной терапии.
  - Б. Соблюдении правил личной гигиены.
  - В. Местном использовании про- и эубиотиков.
  - Г. Применении для туалета гениталий агрессивных растворов.
116. При подозрении на наличие инородного тела во влагалище у девочки 4 лет следует провести:
- А. Бимануальное влагалищно-брюшностеночное исследование.
  - Б. Ультразвуковое исследование органов малого таза.
  - В. Рентгенологическое исследование.
  - Г. Вагиноскопию.
117. Зуд и жжение во влагалище, гиперемия и отек вульвы, творожистые выделения у девочки 6 лет являются клиническими симптомами:
- А. Кандидозного вульвовагинита.
  - Б. Бактериального вагиноза.
  - В. Неспецифического вульвовагинита.

- Г. Вульвовагинита вирусной этиологии.
118. Препаратом для терапии кандидоза у детей является:
- А. Дюфастон.
  - Б. Дифлюкан.
  - В. Димедрол.
  - Г. Дюфалак.
119. Вторичные воспалительные заболевания наружных гениталий у девочек возникают на фоне:
- А. Тиреотоксикоза.
  - Б. Гонореи.
  - В. Дисбактериоза кишечника.
  - Г. Задержки полового развития.
120. Методом диагностики сексуально-трансмиссивных заболеваний у девушек-подростков является:
- А. Генотипирование.
  - Б. Полимеразная цепная реакция.
  - В. Кариотипирование.
  - Г. Культивирование в курином эмбрионе.
121. Синехии малых половых губ чаще всего возникают у девочек в возрасте:
- А. От 0 до 5 лет.
  - Б. От 6 до 8 лет.
  - В. От 9 до 11 лет.
  - Г. Чаще возникают после менархе.
122. Возбудитель гонореи у девочек – диплококк, тропный к слизистым оболочкам, покрытым:
- А. Многослойным плоским ороговевающим эпителием.
  - Б. Однослойным плоским эпителием.
  - В. Цилиндрическим эпителием.
  - Г. Мерцательным эпителием.
123. Отдаленными последствиями перенесенных воспалительных заболеваний гениталий у девочек являются:
- А. Возникновение эндометриоза.
  - Б. Формирование преждевременного полового развития.
  - В. Формирование синехий.
  - Г. Возникновение ювенильных маточных кровотечений.

124. Для маточных кровотечений пубертатного периода характерно:
- А. Возникновение в период становления менструальной функции.
  - Б. Обязательное наличие полипов эндометрия.
  - В. Обязательное наличие наследственных нарушений системы гемостаза.
  - Г. Отсутствие связи с состоянием соматического здоровья девочки.
125. Этиологическими факторами истинных маточных кровотечений пубертатного периода являются:
- А. Острые и хронические стрессовые ситуации.
  - Б. Занятия спортом.
  - В. Половой инфантилизм у девочки.
  - Г. Задержка полового развития.
126. В патогенезе истинных маточных кровотечений пубертатного периода имеет место:
- А. Несостоятельность нервно-рецепторного аппарата матки в связи с наличием хронического воспалительного процесса.
  - Б. Несостоятельность нервно-рецепторного аппарата матки с силу ее возрастной незрелости.
  - В. Общее снижение функции эндокринных желез в организме девочки.
  - Г. Строгая суточная биоритмичность выработки гонадотропных гормонов.
127. Морфологической характеристикой эндометрия при маточных кровотечениях является:
- А. Гипоплазия слизистой.
  - Б. Атрофия слизистой
  - В. Атипическая гиперплазия слизистой.
  - Г. Гиперплазия слизистой.
128. Для маточных кровотечений у девочек характерно:
- А. Обязательное сочетание с воспалительными заболеваниями.
  - Б. Эндокринный генез заболевания.
  - В. Быстрое развитие постгеморрагической анемии.

- Г. Возникновение необратимых изменений в системе гемостаза.
129. Признаки геморрагического шока при маточных кровотечениях:
- А. Повышение сухожильных рефлексов.
  - Б. Желтушность кожных покровов и слизистых.
  - В. Тахикардия, гипотония.
  - Г. Повышение в общем анализе крови юных форм нейтрофилов.
130. Маточными кровотечениями пубертатного периода называются:
- А. Маточные кровотечения, обусловленные дефектами в системе гемостаза.
  - Б. Дисфункциональные маточные кровотечения у девушек в возрасте до 18 лет.
  - В. Маточные кровотечения, связанные с наличием аномалий развития половой системы.
  - Г. Маточные кровотечения, связанные с органическими поражениями центральной нервной системы.
131. Терапия маточных кровотечений в период лечения кровотечения включает в себя:
- А. Негормональный и гормональный гемостаз.
  - Б. Профилактику рецидивов кровотечения.
  - В. Нормализацию функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы.
  - Г. Обязательную гемотранфузию.
132. Методом выбора остановки профузного маточного кровотечения у девушек является:
- А. Сочетание гормонального и негормонального методов гемостаза.
  - Б. Вакуум-аспирация слизистой полости матки.
  - В. Выскабливание полости матки.
  - Г. Гистерэктомия.
133. Универсальным методом гормонального гемостаза при маточных кровотечениях у девушек является:
- А. Назначение эстрогенных препаратов.

- Б. Использование комбинированных эстроген-гестагенных препаратов.
  - В. Назначение андрогенов.
  - Г. Применение антиандрогенов.
134. Симптоматический гемостаз назначают:
- А. При стойком отсутствии эффекта от гормональной терапии.
  - Б. При всех видах маточных кровотечений.
  - В. Только при рецидиве маточного кровотечения.
  - Г. Только при проблемах гемостаза.
135. Аменорея – это:
- А. Отсутствие менструаций в течение 3 месяцев.
  - Б. Отсутствие менструаций в течение 6 месяцев и более.
  - В. Отсутствие менструаций в течение минимум 12 месяцев.
  - Г. Скудные менструации.
136. Ложная аменорея – это:
- А. Отсутствие менструаций перед или сразу после менархе.
  - Б. Отсутствие менструаций во время беременности и лактации.
  - В. Отсутствие менструаций после менопаузы.
  - Г. Отсутствие менструаций при наличии циклических гормональных изменений в репродуктивной системе.
137. Гипогонадотропная аменорея характеризуется:
- А. Снижением секреции фолликулостимулирующего гормона гипофизом.
  - Б. Снижением секреции пролактина гипофизом.
  - В. Снижением секреции андрогенов яичниками.
  - Г. Снижением выработки соматотропина.
138. Аменорея вследствие аплазии матки возникает при:
- А. Болезни Иценко – Кушинга.
  - Б. Синдроме Шихана.
  - В. Синдроме Рокитанского – Кюстнера – Майера.
  - Г. Синдроме Марфана.
139. Для адреногенитального синдрома характерно:
- А. Врожденная гиперплазия коры надпочечников.

- Б. Врожденная гипоплазия коры надпочечников.
  - В. Снижение продукции адренокортикотропного гормона.
  - Г. Снижение выработки андрогенов.
140. Олигоменорея – это:
- А. Уменьшенное количество менструальной крови.
  - Б. Избыточное количество менструальной крови.
  - В. Редкие менструации (реже, чем через 35 суток).
  - Г. Отсутствие менструаций.
141. Вторичная аменорея – это:
- А. Отсутствие менструаций при беременности и лактации.
  - Б. Отсутствие менструаций у девушек, которые менструировали хотя бы однократно.
  - В. Отсутствие менструаций у девочки в возрасте до 13 лет.
  - Г. Отсутствие менструаций у девушек с патологией щитовидной железы.
142. Для пациенток с гипоменструальным синдромом характерно:
- А. Увеличение молочных желез.
  - Б. Увеличение размеров матки.
  - В. Скudное половое оволосение.
  - Г. Отставание размеров матки.
143. При яичниковой форме аменореи медикаментозная терапия включает в себя:
- А. Заместительную гормонотерапию половыми стероидами.
  - Б. Заместительную гормонотерапию андрогенами.
  - В. Заместительную гормонотерапию глюкокортикоидами.
  - Г. Применение агонистов дофамина.
144. Метод диагностики опухолей матки и яичников у девочек:
- А. Ультразвуковое исследование органов малого таза.
  - Б. Бактериологическое исследование.
  - В. Вагиноскопия.
  - Г. Биохимический анализ крови.
145. Фолликулярная киста яичника имеет следующие особенности:
- А. Всегда сопровождается абдоминальным болевым синдромом.

- Б. Расположена между листками широкой связки матки.
  - В. Клинически проявляется аменореей.
  - Г. Представляет собой однокамерное тонкостенное образование небольших размеров.
146. Врачебная тактика при обнаружении у девочки-подростка фолликулярной кисты яичника:
- А. Лапаротомия в неотложном порядке, цистэктомия.
  - Б. Лапароскопия в неотложном порядке, цистэктомия.
  - В. Динамическое клинико-эхографическое наблюдение в течение 2–3 циклов.
  - Г. Динамическое клиническое наблюдение в течение года.
147. Эпителиальные опухоли яичников – это:
- А. Лимфома.
  - Б. Серозная цистаденома.
  - В. Гонадобластома.
  - Г. Фиброма.
148. Герминогенные опухоли яичников:
- А. Всегда только доброкачественные.
  - Б. Вызывают феминизацию пациентки.
  - В. Возникают из первичных зародышевых клеток.
  - Г. Являются вторичными опухолями.
149. Зрелая тератома:
- А. Требуется оперативного лечения с последующим курсом химиотерапии.
  - Б. В своем составе содержит зачатки дифференцировки эктодермы.
  - В. Характеризуется быстрым инфильтративным ростом.
  - Г. Рано метастазирует, преимущественно лимфогенным путем.
150. Клетки гранулезоклеточной опухоли (фолликуломы) вырабатывают:
- А. Андрогены.
  - Б. Эстрогены.
  - В. Прогестерон.
  - Г. Фолликулостимулирующий гормон.
151. Основные клинические проявления, позволяющие заподозрить у пациентки наличие андробластомы (арренобластомы):



- А. Аменорея и признаки вирилизации.
  - Б. Рост волос на лобке.
  - В. Увеличение размеров матки.
  - Г. Увеличение молочных желез.
152. Появление у девочки таких симптомов, как огрубение голоса, гирсутизм, гипертрофия клитора, позволяет предположить наличие:
- А. Тератомы.
  - Б. Фолликуломы.
  - В. Андробластомы.
  - Г. Муцинозной цистаденомы.
153. О задержке полового развития можно говорить, если у девочки:
- А. В 11 лет отсутствуют признаки развития молочных желез.
  - Б. В 13 лет отсутствуют менструации.
  - В. В 13 лет отсутствуют признаки развития молочных желез.
  - Г. В 8 лет отсутствуют менструации.
154. Задержка полового развития центрального генеза является следствием:
- А. Избытка секреции гонадотропинов.
  - Б. Недостаточности секреции гонадотропинов.
  - В. Недостаточности секреции андрогенов.
  - Г. Избытка секреции половых стероидов.
155. Задержка полового развития центрального генеза характеризуется:
- А. Гармоничным физическим развитием.
  - Б. Недоразвитием наружных половых органов.
  - В. Отсутствием вторичных половых признаков.
  - Г. Гиперплазией матки.
156. Динамическое наблюдение девочек с задержкой полового развития проводится совместно:
- А. С аллергологом.
  - Б. С урологом.
  - В. С физиотерапевтом.
  - Г. С эндокринологом.

157. Гонадная форма задержки полового развития – это:
- А. Синдром Шерешевского – Тернера.
  - Б. Синдром «пустого» турецкого седла.
  - В. Аденогенитальный синдром.
  - Г. Синдром Иценко – Кушинга.
158. Клиническими проявлениями синдрома Шерешевского – Тернера являются:
- А. Отсутствие пороков внутренних органов.
  - Б. Резко выраженный половой инфантилизм.
  - В. Высокий рост.
  - Г. Преждевременное развитие вторичных половых признаков.
159. Первичная аменорея, низкий рост и отсутствие гонад у пациентки 15 лет позволяют предположить у нее:
- А. Гипогонадотропную аменорею.
  - Б. Задержку полового развития центрального генеза.
  - В. Синдром Шерешевского – Тернера.
  - Г. Преждевременное половое развитие.
160. Гормонотерапия половыми стероидами у пациенток с синдромом Шерешевского – Тернера является:
- А. Заместительной.
  - Б. Стимулирующей функцию яичников.
  - В. Подавляющей функцию яичников.
  - Г. Стимулирующей функцию гипофиза.
161. К стероидам, применяемым в терапии пациенток с синдромом Шерешевского – Тернера, относятся:
- А. Гидрокортизон.
  - Б. Метилтестостерон.
  - В. Эстрадиол.
  - Г. Преднизолон.
162. Для дисменореи характерны:
- А. Нарастание симптомов на протяжении всего менструального цикла.
  - Б. Возникновение симптомов до появления менархе.
  - В. Наличие абдоминального болевого синдрома в межменструальный период.

- Г. Схваткообразные боли внизу живота в первые дни менструаций.
163. В основе клинических проявлений первичной (функциональной) дисменореи лежит:
- А. Неполноценность фаз менструального цикла.
  - Б. Наличие воспалительных процессов гениталий.
  - В. Эндометриоз.
  - Г. Опухоли половых органов.
164. Одним из патогенетических проявлений дисменореи является:
- А. Повышение тиреотропного гормона.
  - Б. Повышение секреции норадреналина.
  - В. Повышение уровня кортизола.
  - Г. Повышение уровня простагландинов.
165. К клиническим проявлениям дисменореи относится:
- А. Боль в эпигастрии схваткообразного характера.
  - Б. Боль в левом подреберье опоясывающего характера.
  - В. Схваткообразная боль в нижних отделах живота.
  - Г. Абдоминальный болевой синдром, связанный с приемом пищи.
166. При лечении дисменореи используются следующие группы лекарственных препаратов:
- А. Антацидные препараты.
  - Б. Антагонисты кальциевых каналов.
  - В. Ингибиторы протонной помпы.
  - Г. Ингибиторы синтеза простагландинов.
167. Принцип подростковой контрацепции:
- А. Высокая эффективность.
  - Б. Необратимость.
  - В. Эксклюзивность метода.
  - Г. Высокие дозировки эстрогенного компонента препарата.
168. Индекс Перля – это:
- А. Количество искусственных прерываний беременности на 100 женщин, использовавших метод контрацепции в течение 1 года.
  - Б. Количество самопроизвольных выкидышей на 100 женщин, использовавших метод контрацепции в течение 1 года.

- В. Количество беременностей на 100 женщин, использовавших метод контрацепции в течение 1 года.
  - Г. Количество женщин, успешно использовавших метод контрацепции в течение 1 года.
169. Одним из методов контрацепции, рекомендуемых подросткам, является:
- А. Внутриматочная спираль.
  - Б. Презерватив.
  - В. Колпачок, диафрагма.
  - Г. Прерванный половой акт.
170. К химическим методам контрацепции относится препарат:
- А. Фервекс.
  - Б. Фемостон.
  - В. Фемоден.
  - Г. Фарматекс.
171. Метод Юзпе относится:
- А. К физиологическим методам контрацепции.
  - Б. К барьерным методам контрацепции.
  - В. К химическим методам контрацепции.
  - Г. К методам экстренной («пожарной») контрацепции.
172. Обследование подростков перед началом приема комбинированных оральных контрацептивов включает в себя:
- А. Сбор анамнеза, бимануальное исследование, измерение АД.
  - Б. Сбор анамнеза, цитологию, УЗИ органов малого таза.
  - В. Сбор анамнеза, уровень гормонов крови, бимануальный осмотр.
  - Г. Оценку семейного анамнеза приема оральных контрацептивов.
173. Беременность у подростков:
- А. Протекает абсолютно физиологически.
  - Б. Сопровождается большим количеством акушерских и перинатальных осложнений.
  - В. Обычно протекает на фоне экстрагенитальной патологии.
  - Г. Обычно требует оперативного родоразрешения.

174. Воздействие беременности на организм девушки заключается в следующем:
- А. Тормозится развитие вторичных половых признаков.
  - Б. Стабилизация течения имеющихся соматических заболеваний.
  - В. Дестабилизирующее влияние на гомеостатические реакции.
  - Г. Подавляющее влияние на функцию гипофиза.
175. Беременность у юных характеризуется:
- А. Высоким уровнем ответственности перед беременностью.
  - Б. Психосоциальной незрелостью пациенток.
  - В. Чрезмерно выраженным формированием гестационной доминанты.
  - Г. Отсутствием экстрагенитальных заболеваний.
176. Акушерское осложнение, характерное для ювенильной беременности:
- А. Фетоплацентарная недостаточность.
  - Б. Резус-конфликтная беременность.
  - В. Перенашивание беременности.
  - Г. Многоплодная беременность.
177. При обнаружении беременности у девочки 14 лет врач акушер-гинеколог:
- А. Уведомление о факте беременности оставляет на свое усмотрение.
  - Б. Обязан уведомить о факте беременности юриста детской поликлиники.
  - В. Может уведомить о факте беременности классного руководителя девочки.
  - Г. Обязан уведомить о факте беременности родителей девочки или опекунов-воспитателей.
178. Особенности амбулаторного ведения ювенильной беременности предполагают:
- А. Прогноз риска развития гестационных осложнений у юной беременной.
  - Б. Динамическую оценку состояния шейки матки в I, II, III триместрах.

- В. Определение уровня половых стероидов в сыворотке крови раз в триместр.
  - Г. Ультразвуковое исследование каждые две недели.
179. Принципы родоразрешения юных беременных:
- А. Ранняя амниотомия.
  - Б. Бережное ведение родов через естественные родовые пути под мониторным контролем состояния плода.
  - В. Преимущественно оперативное родоразрешение.
  - Г. Ускорение второго периода родов путем эпизиотомии.
180. Измерение артериального давления, окружности живота и высоты стояния дна матки у юных беременных следует проводить:
- А. 1 раз в триместр.
  - Б. 1 раз в месяц.
  - В. При первом посещении и в сроки госпитализации.
  - Г. При каждой явке беременной на прием в женскую консультацию.
181. Оптимальным гормональным контрацептивом для молодых девушек является:
- А. Низко- и микродозированные монофазные комбинированные оральные контрацептивы.
  - Б. Высокодозированные комбинированные оральные контрацептивы.
  - В. Мини-пили.
  - Г. Трехфазные комбинированные оральные контрацептивы.
182. Причинами абдоминального болевого синдрома, связанного с менструальным циклом, у девушек-подростков является:
- А. Овуляторный синдром.
  - Б. Предменструальный синдром.
  - В. Эндометриоз.
  - Г. Дисменорея.
183. Причиной абдоминального болевого синдрома при задержке менструации у девушек-подростков является:
- А. Овуляторный синдром.
  - Б. Дисменорея.
  - В. Эндометриоз.

- Г. Внематочная беременность.
184. Особенности гигиены девочки в пубертатный период включают в себя личный туалет с использованием:
- А. Чистой воды и мыла.
  - Б. Слабого раствора борной кислоты.
  - В. Слабого раствора перманганата калия.
  - Г. Слабого раствора лимонной кислоты.
185. Высокоинформативным неинвазивным методом диагностики при абдоминальном болевом синдроме у девочек является:
- А. Кольпоскопия.
  - Б. Лапароскопия.
  - В. Ультразвуковое исследование внутренних гениталий.
  - Г. Гистероскопия.
186. Наличие признаков беременности, абдоминальный болевой синдром, признаки геморрагического шока у девушки 16 лет позволяют заподозрить у нее наличие:
- А. Прогрессирующей внематочной беременности.
  - Б. Прервавшейся внематочной беременности.
  - В. Перекрута ножки кистомы яичника.
  - Г. Острого аппендицита.
187. При постановке юной беременной на учет в обязательный объем исследования входит:
- А. Определение уровня гонадотропных гормонов.
  - Б. ВИЧ, Hbs антиген, RW.
  - В. Определение полового хроматина.
  - Г. Определение уровня кальция в сыворотке крови.
188. Шоковый индекс (индекс Альговера) – это:
- А. Отношение частоты пульса в 1 минуту к уровню диастолического артериального давления.
  - Б. Отношение частоты пульса в 1 минуту к уровню систолического артериального давления.
  - В. Отношение уровня систолического артериального давления к уровню диастолического артериального давления.
  - Г. Отношение уровня систолического артериального давления к частоте пульса за 1 минуту.
189. Какое из перечисленных состояний рассматривают как неотложное у подростка с ложной аменореей:

- А. Аплазия матки и влагалища.
  - Б. Однорогая матка.
  - В. Гематокольпос.
  - Г. Удвоение матки и влагалища.
190. Преобладающим видом гинекологической патологии в раннем детском возрасте (2 – 8 лет) являются:
- А. Врожденные аномалии половых органов.
  - Б. Кровотечения из половых путей.
  - В. Неспецифический вульвовагинит.
  - Г. Преждевременное половое созревание.
191. Вероятной причиной постоянных выделений из влагалища у девочек является:
- А. Инородное тело во влагалище.
  - Б. Травма матки.
  - В. Эктопия мочеочника.
  - Г. Сахарный диабет.
192. Какое из следующих состояний у новорожденных девочек обычно не требует диагностических и лечебных мероприятий:
- А. Увеличенный клитор.
  - Б. Сращение половых губ.
  - В. Слизистые выделения из влагалища.
  - Г. Эктопия ануса.
193. Сахарный диабет на этапе планирования беременности считают компенсированным при:
- А. Нормальном уровне гликозилированного гемоглобина, а глюкозе крови натощак – 3,3 – 5,0 ммоль/л.
  - Б. Нормальном уровне гликированного гемоглобина и глюкозе крови натощак – 4,5 – 7,0 ммоль/л.
  - В. Допустимо повышение уровня гликированного гемоглобина в 1,5 раза, а уровень глюкозы крови натощак – 3,3 – 5,0 ммоль/л.
  - Г. Допустимо повышение уровня гликозилированного гемоглобина в 1,5 раза, а уровень глюкозы крови натощак – 4,5 – 7,0 ммоль/л.
194. При диагностике врожденной дисфункции коры надпочечников, связанной с дефицитом 21-гидроксилазы, используется определение:



- А. Андростендиона.
  - Б. Кортизола.
  - В. Дегидроэпиандростерона.
  - Г. 17-оксипрогестерона.
195. Снижение уровня эстрогенов может привести к заболеванию шейки матки:
- А. Атрофический цервицит.
  - Б. Полип шейки матки.
  - В. Эктопия шейки матки.
  - Г. Истинная эрозия (язва) шейки матки.
196. К относительной гиперэстрогении может привести:
- А. Персистенция зрелого фолликула.
  - Б. Повышение синтеза ГСПГ.
  - В. Дермоидная опухоль яичника.
  - Г. Киста желтого тела.
197. Какой лекарственный препарат вызывает состояние «псевдоменопаузы»:
- А. Эстроген.
  - Б. Прогестаген.
  - В. Агонисты гонадотропин-рилизинг гормона.
  - Г. Антипрогестерон.
198. Для подтверждения факта овуляции предпочтительно использовать в предполагаемые овуляторные дни:
- А. Лапароскопию.
  - Б. Базальную термометрию.
  - В. Определение концентрации эстрадиола
  - Г. Феномен «зрачка».
199. Диагноз «преждевременное истощение яичников» ставят женщине моложе 40 лет при двукратном определении концентрации ФСГ в сыворотке крови выше:
- А. 20 МЕ/л.
  - Б. 30 МЕ/л.
  - В. 40 МЕ/л.
  - Г. 50 МЕ/л.
200. Пациентка 25 лет. Жалобы на олигоменорею с менархе, избыточный рост волос с подросткового возраста, бесплодие в течение 2 лет. Незначительно повышен тестостерон,

- ЛГ выше нормы, ФСГ в норме, кортизол в норме. Наиболее вероятный диагноз:
- А. Вирилизирующая опухоль яичников.
  - Б. Врожденная дисфункция коры надпочечников.
  - В. Синдром поликистозных яичников.
  - Г. Стромальный текоматоз.
201. При преждевременной менопаузе возможно наступление беременности только после:
- А. Стимуляции овуляции прямыми стимуляторами.
  - Б. Стимуляции овуляции непрямыми стимуляторами.
  - В. Восстановления естественной овуляции на фоне заместительной гормональной терапии.
  - Г. Экстракорпорального оплодотворения с донорскими ооцитами.
202. Бесплодие при синдроме лютеинизации неовулировавшего фолликула обусловлено:
- А. Ановуляцией.
  - Б. Гипоэстрогенией.
  - В. Недостаточностью желтого тела.
  - Г. Гиперэстрогенией.
203. Пациентка 27 лет, бесплодие 4 года, гипофункция щитовидной железы. Показатели спермограммы в норме, трубы проходимы. До начала приема L-тироксина – ановуляция. По уровню каких гормонов необходимо контролировать дозу препарата:
- А. ФСГ.
  - Б. Т4, Т3.
  - В. Пролактин.
  - Г. ТТГ.
204. Диагностический критерий синдрома поликистозных яичников согласно Роттердамскому консенсусу:
- А. Сниженный уровень андрогенов.
  - Б. Нормальный уровень ЛГ.
  - В. Повышенный уровень андрогенов.
  - Г. Высокий ЛГ.
205. К прямым индукторам овуляции относятся:
- А. Мифепристон.

- Б. Кломифена цитрат.
  - В. Гонал Ф.
  - Г. Тамоксифен.
206. Нормальный уровень пролактина сохраняется при приеме:
- А. Антидепрессантов.
  - Б. Противорвотных средств.
  - В. Гипотензивных препаратов.
  - Г. НПВС.
207. О скудном фолликулярном резерве свидетельствуют:
- А. Высокий уровень ФСГ.
  - Б. Высокий уровень ингибина В.
  - В. Высокий уровень АМГ.
  - Г. Высокое число антральных фолликулов.

---

## РАЗДЕЛ 6.

---

### ОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ. НОВООБРАЗОВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ. ОСТРЫЙ ЖИВОТ В ГИНЕКОЛОГИИ

#### Выберите один правильный ответ

1. Наиболее типичные осложнения при проведении поперечного надлобкового разреза передней брюшной стенки – это ранение:
  - А. Кишечника.
  - Б. Мочевого пузыря.
  - В. Мочеточника.
  - Г. Сальника.
2. Ранение мочеточника возможно при операции:
  - А. Трансцервикальной миомэктомии.
  - Б. Диатермоконизации шейки матки.
  - В. Простой экстирпации матки.
  - Г. Кольпоперинеолеваторопластике.
3. Наиболее благоприятные дни для проведения плановой гинекологической операции:
  - А. В дни менструации.
  - Б. В первую неделю после прекращения менструации.
  - В. Накануне менструации.
  - Г. Выбор дня менструального цикла не имеет значения.
4. В комплекс мероприятий по подготовке к полостным гинекологическим операциям входит назначение:
  - А. Сифонных клизм за 3 – 4 дня до операции на ночь ежедневно.
  - Б. Растительного масла по 1 столовой ложке 3 раза в день перед едой за 10 дней до операции.
  - В. Очистительной клизмы накануне операции на ночь и утром в день операции.
  - Г. Прием слабительных средств накануне операции.

5. Противопоказанием к внутриматочным манипуляциям является:
  - А. Острый воспалительный процесс половых органов.
  - Б. Подозрение на аденокарциному.
  - В. Подозрение на наличие подслизистого узла миомы.
  - Г. Подозрение на полип эндометрия.
6. При надвлагалищной ампутации матки маточные сосуды пересекают:
  - А. На уровне внутреннего зева.
  - Б. На 1,5 см выше области внутреннего зева.
  - В. На 1,5 см ниже области внутреннего зева.
  - Г. В области кардинальных связок.
7. При экстирпации матки с придатками нет необходимости пересекать:
  - А. Воронко-тазовые связки.
  - Б. Круглые маточные связки.
  - В. Крестцово-маточные связки.
  - Г. Маточные концы труб.
8. Радикальным оперативным вмешательством в гинекологии является:
  - А. Высокая надвлагалищная ампутация матки.
  - Б. Экстирпация матки.
  - В. Удаление больших (более 10 см) подбрюшинных узлов миомы матки.
  - Г. Удаление придатков.
9. При проведении операции удаления трубы по поводу нарушенной трубной беременности для обеспечения надежного гемостаза необходимо наложить на мезосальпинкс:
  - А. Один зажим и всю брыжейку трубы прошить одной лигатурой.
  - Б. Несколько зажимов и прошить отдельно каждый участок рассасывающимся шовным материалом.
  - В. Один зажим с последующей перевязкой его культи без прошивания.
  - Г. Несколько зажимов и прошивать каждый (небольшой) участок шелком.

10. При чревосечении по поводу нарушенной внематочной беременности и выраженной анемизации больной разрез передней брюшной стенки следует производить:
  - А. Поперечный надлобковый по Пфанненштилю.
  - Б. Поперечный интерилиальный по Черни.
  - В. Нижнесрединный от лона до пупка.
  - Г. Мини-доступ.
11. При аномалиях развития тела матки производятся операции для восстановления детородной функции женщины. Наибольшее значение из этих операций имеет:
  - А. Сальпингостомия.
  - Б. Сальпинголизис.
  - В. Имплантация маточных труб в матку.
  - Г. Метропластика.
12. Этапом операции стерилизации женщины по методу Кирхофа является:
  - А. Рассечение круглой маточной связки.
  - Б. Выделение трубы и резекции ее части между двумя наложенными шелковыми лигатурами.
  - В. Отсечение маточного конца трубы от угла матки с последующим лигированием культей.
  - Г. Удаление трубы.
13. Объем операции при подозрении на злокачественное поражение яичника у больной 55 лет заключается:
  - А. В надвлагалищной ампутации матки с придатками и резекции большого сальника.
  - Б. В экстирпации матки с придатками.
  - В. В удалении придатков матки с обеих сторон.
  - Г. В надвлагалищной ампутации матки с придатками.
14. В состав хирургической ножки кисты яичника не входит:
  - А. Воронко-тазовая связка.
  - Б. Собственная связка яичника.
  - В. Труба.
  - Г. Круглая связка матки.
15. Объем операции при перекруте ножки кисты яичника у больной в возрасте 25 лет:
  - А. Удаление матки с придатками.

- Б. Удаление придатков с обеих сторон.
  - В. Удаление придатков на стороне опухоли.
  - Г. Резекция пораженного яичника.
16. Объем операции по поводу ретенционной кисты яичника с кровоизлиянием в капсулу:
- А. Удаление придатков.
  - Б. Удаление яичника.
  - В. Пункция кисты яичника и отсасывание содержимого.
  - Г. Резекция яичника с оставлением неизменной его ткани.
17. Объем операции по поводу ретенционной кисты одного яичника диаметром 5 см:
- А. Лапаротомия, удаление придатков матки на стороне поражения.
  - Б. Лапаротомия, удаление пораженного яичника.
  - В. Удаление образования яичника лапароскопическим доступом.
  - Г. Лапаротомия, удаление пораженных придатков и резекция второго яичника.
18. У больной при лапароскопии по поводу подозрения на апоплексию яичника обнаружено небольшое кровотечение из яичника. Необходимо произвести:
- А. Лапаротомию и ушивание яичника.
  - Б. Диатермокоагуляцию яичника под контролем лапароскопии.
  - В. Лапаротомию и резекцию яичника.
  - Г. Лапароскопию и резекцию яичника.
19. Во время операции у больной с интралигаментарным расположением опухоли яичника имеется риск:
- А. Кровотечения из ложа опухоли.
  - Б. Двустороннего поражения яичников.
  - В. Ранения мочеоточника в связи с аномальным его расположением.
  - Г. Метастазирования опухоли.
20. У больной 30 лет во время операции по поводу двустороннего пиосальпинкса следует произвести:
- А. Надвлагалищную ампутацию матки с придатками.
  - Б. Экстирпацию матки с придатками.

- В. Надвлагалищную ампутацию матки с трубами.
  - Г. Удаление обеих маточных труб.
21. Во время операции искусственного прерывания беременности у женщины 26 лет произведена перфорация матки. Во время лапаротомии обнаружено: перфорация произошла в области перешейка матки справа, здесь же имеется гематома между листками широкой связки, за мочевым пузырем, доходящая до стенок таза. Следует произвести:
- А. Ушивание перфорационного отверстия.
  - Б. Надвлагалищную ампутацию матки без придатков.
  - В. Экстирпацию матки с придатками.
  - Г. Экстирпацию матки с трубами.
22. При операции по поводу параовариальной кисты следует произвести:
- А. Вылущивание кисты.
  - Б. Удаление придатков на стороне поражения.
  - В. Удаление яичника на стороне поражения.
  - Г. Резекцию яичника на стороне поражения.
23. Объем оперативного вмешательства при раке эндометрия II стадии:
- А. Надвлагалищная ампутация матки без придатков.
  - Б. Надвлагалищная ампутация матки с придатками.
  - В. Экстирпация матки с придатками.
  - Г. Расширенная экстирпация матки с лимфаденэктомией.
24. Предпочтительные методы лечения при хориокарциноме матки:
- А. Экстирпация матки с придатками и химиотерапия.
  - Б. Экстирпация матки с придатками.
  - В. Расширенная экстирпация матки.
  - Г. Только химиотерапия.
25. Объем оперативного лечения при пре- и микроинвазивном раке вульвы:
- А. Простая вульвэктомия.
  - Б. Вульвэктомия в сочетании с пахово-бедренной лимфаденэктомией.
  - В. Расширенная вульвэктомия с пахово-подвздошной лимфаденэктомией.



- Г. Вульвэктомия и надвлагалищная ампутация матки без придатков.
26. Показанием для задней кольпорафии является:
- А. Слишком емкое влагалище.
  - Б. Частичное выпадение матки.
  - В. Недержание мочи.
  - Г. Опущение и выпадение задней стенки влагалища.
27. Показанием для срединной кольпорафии является:
- А. Недержание мочи.
  - Б. Опущение и выпадение передней стенки влагалища.
  - В. Опущение и выпадение задней стенки влагалища.
  - Г. Полное выпадение матки в старческом возрасте.
28. Показанием для проведения манчестерской операции является:
- А. Полное выпадение матки.
  - Б. Опущение стенок влагалища и частичное выпадение матки.
  - В. Слишком емкое влагалище.
  - Г. Недержание мочи.
29. При ранении брюшинного покрова кишечника во время полостной гинекологической операции необходимо:
- А. Наложить серо-серозный шов тонким кетгутом или шелком.
  - Б. Подшить место повреждения кишки к париетальной брюшине.
  - В. Наложить стому.
  - Г. Установить дренаж.
30. Показаниями для передней кольпорафии являются:
- А. Опущение задней стенки влагалища.
  - Б. Опущение передней стенки влагалища и мочевого пузыря.
  - В. Неполное выпадение матки.
  - Г. Элонгация шейки матки.
31. В протокол манчестерской операции не входит:
- А. Передняя кольпорафия.
  - Б. Ампутация шейки матки.
  - В. Укорочение круглых маточных связок.

- Г. Фиксация кардинальных связок к культе шейки матки.
- 32. Вентрофиксация матки способствует:
  - А. Исправлению положения матки.
  - Б. Восстановлению нормальной величины и формы влагалища.
  - В. Укреплению тазового дна.
  - Г. Устраняет недержание мочи.
- 33. Преимущества влагалищной экстирпации матки перед полостной операцией:
  - А. Более простой доступ для обзора органов малого таза.
  - Б. Меньший риск ранения мочевого пузыря во время операции.
  - В. Возможность проведения операции под внутривенной анестезией.
  - Г. Легче переносится больными, исход ее более благоприятный.
- 34. Наилучшие отдаленные результаты операции создания искусственного влагалища получены при методике кольпопозза:
  - А. Из тонкой кишки.
  - Б. Из сигмовидной кишки.
  - В. Из прямой кишки.
  - Г. Из брюшины.
- 35. Показаниями к операции при пороках развития матки является:
  - А. Привычное невынашивание.
  - Б. Трубно-перитонеальное бесплодие.
  - В. Хронический эндометрит.
  - Г. Опущение стенок влагалища.
- 36. В предоперационную подготовку больной входит:
  - А. Консультация психиатра.
  - Б. Тщательное исследование состояния половых органов.
  - В. Назначение антибиотиков за 3 – 4 дня до операции (с целью профилактики септических осложнений).
  - Г. Очистительные клизмы ежедневно за три дня до операции.
- 37. Длительность предоперационной подготовки зависит:
  - А. От степени экстренности операции.
  - Б. От гормонального статуса пациентки.

- В. От вида наркоза.
  - Г. От выбора операционной бригады.
38. Обязательным при подготовке к плановым гинекологическим операциям является:
- А. Электрофорез на низ живота.
  - Б. Сбривание волос на ногах.
  - В. Назначение седативных и снотворных препаратов больной на ночь перед операцией.
  - Г. Анкетирование для выявления психоэмоционального статуса пациентки.
39. Мероприятия, которые следует проводить при подготовке к операции на промежности и влагалище:
- А. Бактериоскопическое и бактериологическое исследование флоры влагалища.
  - Б. Электрофорез на низ живота.
  - В. Сбривание волос на ногах.
  - Г. Анкетирование для выявления психоэмоционального статуса пациентки.
40. Проведение нижнесрединной лапаротомии предпочтительнее:
- А. При прогрессирующей трубной беременности.
  - Б. При параовариальной кисте.
  - В. С диагностической целью.
  - Г. При массивном внутрибрюшном кровотечении.
41. Недостатки влагалищной экстирпации матки:
- А. Быстрое восстановление больных после операции.
  - Б. Невозможность ревизии органов брюшной полости в процессе операции.
  - В. Возможность одновременного проведения пластических операций на передней и задней стенках влагалища.
  - Г. Одновременная коррекция недержания мочи.
42. Наиболее типичные возможные осложнения при проведении нижнесрединного разреза передней брюшной стенки:
- А. Ранение кишечника или сальника.
  - Б. Ранение, повреждение внутренней подвздошной артерии.
  - В. Ранение мочеточника.

- Г. Ранение матки.
43. Причины, повышающие риск ранения кишечника при проведении нижнесрединной лапаротомии:
- А. Глубокий наркоз и релаксация тканей.
  - Б. Сращение кишечника и сальника с париетальной брюшиной.
  - В. Применение анатомических пинцетов при вскрытии брюшины.
  - Г. Качественная подготовка кишечника перед операцией.
44. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища показана при подозрении:
- А. На маточную беременность.
  - Б. На болевую форму апоплексии яичника.
  - В. На прогрессирующую трубную беременность.
  - Г. На внутрибрюшное кровотечение.
45. Возможные осложнения при ампутации шейки матки:
- А. Повреждение мочевого пузыря.
  - Б. Повреждение нижнего сегмента матки.
  - В. Повреждение придатков.
  - Г. Повреждение пахового канала.
46. Зондирование матки производится:
- А. Перед медикаментозным абортом.
  - Б. Перед внутриматочными вмешательствами.
  - В. Перед оперативными вмешательствами на придатках матки.
  - Г. Перед влагалищным исследованием.
47. Выскабливание эндометрия следует производить:
- А. При медикаментозном аборте.
  - Б. При подозрении на рак эндометрия.
  - В. При хроническом эндометрите.
  - Г. При бактериальном вагинозе.
48. МВА (мануальную вакуумную аспирацию) эндометрия следует производить:
- А. При медикаментозном аборте.
  - Б. При гиперплазии эндометрия.
  - В. При хроническом эндометрите.
  - Г. При бактериальном вагинозе.

49. Пайпель-биопсию следует производить:
- А. При медикаментозном аборте.
  - Б. Для диагностики функционального состояния эндометрия.
  - В. При хроническом эндометрите.
  - Г. При бактериальном вагинозе.
50. Показания к надвлагалищной ампутации матки при наличии миомы:
- А. Размеры опухоли более 12 недель.
  - Б. Подслизистый узел на «ножке».
  - В. Субсерозный узел на «ножке».
  - Г. Быстрый рост миомы матки в сочетании с CIN 2.
51. При надвлагалищной ампутации матки с левыми придатками пересекают:
- А. Круглую связку только слева.
  - Б. Мезосальпинкс слева.
  - В. Воронко-тазовую связку слева.
  - Г. Кардинальные связки.
52. При надвлагалищной ампутации матки с придатками пересекают:
- А. Обе воронко-тазовые связки.
  - Б. Обе маточные трубы (маточные концы их).
  - В. Обе собственно яичниковые связки.
  - Г. Кардинальные связки.
53. Показания к экстирпации матки при лейомиоме:
- А. Размеры опухоли более 12 недель.
  - Б. Подслизистый узел на «ножке».
  - В. Субсерозный узел на «ножке».
  - Г. Быстрый рост миомы матки в сочетании с CIN 2.
54. Показания к экстирпации матки при лейомиоме:
- А. Размеры опухоли более 12 недель.
  - Б. Интерстициальная миома матки небольших размеров без деформации полости.
  - В. Субсерозный узел на «ножке».
  - Г. Шеечное расположение узла.
55. При экстирпации матки без придатков пересекаются:
- А. Круглые маточные связки с обеих сторон.

- Б. Воронко-тазовые связки.
  - В. Мезосальпинксы с обеих сторон.
  - Г. Паховые связки.
56. Основное условие, определяющее эффект хирургического лечения больных с мочеполовыми и ректовагинальными свищами:
- А. Тщательная и правильная психологическая подготовка больной к операции.
  - Б. Владение хирургом соответствующей техникой операции.
  - В. Ранняя выписка больной из стационара.
  - Г. Гормональная терапия после операции.
57. При полостной гинекологической операции культи влагалища зашивается по следующей методике:
- А. Передняя и задняя стенки сшиваются отдельными кетгутowymi швами (просвет влагалища закрывается наглухо).
  - Б. Стенки влагалища не ушиваются (просвет остается открытым).
  - В. Стенки влагалища обшиваются непрерывным кетгутovým швом по Ревердену (просвет остается открытым) с сальником.
  - Г. Передняя стенка влагалища сшивается с мочевым пузырем, а задняя – с прямой кишкой.
58. К консервативным операциям, производимым на матке, относятся:
- А. Экстирпация матки без придатков.
  - Б. Надвлагалищная ампутация матки без придатков.
  - В. Отсечение подбрюшинного миоматозного узла на ножке.
  - Г. Тотальная гистерэктомия с лимфаденэктомией.
59. К консервативным операциям, производимым на матке, относятся:
- А. Экстирпация матки без придатков.
  - Б. Надвлагалищная ампутация матки без придатков.
  - В. Трансцервикальная миомэктомия.
  - Г. Тотальная гистерэктомия с лимфаденэктомией.

60. При операции удаления трубы по поводу нарушенной трубной беременности в зажимах пересекают:
- А. Маточный конец трубы и брыжейку трубы (мезосальпинкс).
  - Б. Собственную связку яичника.
  - В. Воронко-тазовую связку.
  - Г. Пузырно-маточную складку.
61. Для лечения трубно-перитонеального женского бесплодия при непроходимости маточных труб чаще всего применяют следующие операции:
- А. Сальпинголизис.
  - Б. Имплантацию маточных труб в матку.
  - В. Метропластику.
  - Г. Резекцию трубы.
62. При наличии неполной перегородки в матке применяется:
- А. Операция Штрассмана (метропластика).
  - Б. Рассечение перегородки во время операционной гистероскопии.
  - В. Иссечение перегородки во время операционной лапароскопии.
  - Г. Рассечение перегородки ножницами через цервикальный канал.
63. При наличии двурогой матки:
- А. Операция Штрассмана (метропластика).
  - Б. Рассечение перегородки во время операционной гистероскопии.
  - В. Иссечение перегородки во время операционной лапароскопии.
  - Г. Рассечение перегородки ножницами через цервикальный канал.
64. Этапы хирургической стерилизации по Мадленеру:
- А. Лапаротомия, оттягивание трубы вверх до образования петли, раздавливание трубы в области петли мощной клеммой или перевязка шелковой лигатурой.
  - Б. Лапароскопия, монополярная коагуляция.
  - В. Лапароскопия, биполярная коагуляция.

- Г. Лапароскопия, наложение колец Юна или клемм Фильше на трубу.
65. В современных условиях чаще для хирургической стерилизации женщины используют доступ:
- А. Лапароскопический.
  - Б. Трансцервикальный (гистероскопия).
  - В. Через задний свод влагалища.
  - Г. Лапаротомный.
66. Во время операции по поводу миомы матки у больной 40 лет обнаружены ретенционные кисты яичников. Ей необходимо:
- А. Произвести резекцию яичников.
  - Б. Произвести прокалывание кист иглой.
  - В. Произвести удаление яичников.
  - Г. Ничего не делать.
67. В состав анатомической ножки кисты яичника не входит:
- А. Воронко-тазовая связка.
  - Б. Собственная связка яичника.
  - В. Мезовариум.
  - Г. Труба.
68. Метастазирование рака шейки матки происходит в лимфоузлы:
- А. Наружные и внутренние подвздошные.
  - Б. Подключичные.
  - В. Поясничные и крестцовые.
  - Г. Паховые.
69. Операция консервативной миомэктомии будет технически не сложной при:
- А. Низком расположении узла в области сосудистого пучка.
  - Б. Большом количестве узлов.
  - В. Подбрюшинном расположении узла на ножке.
  - Г. Подбрюшинном расположении узла на широком основании.
70. Миомэктомия проводится обычно:
- А. У больных в пременопаузе.
  - Б. При подбрюшинном расположении узла миомы на ножке.
  - В. Для исключения менструальной функции женщины.
  - Г. При множественной миоме матки с деформацией полости.



71. Во время операции откручивания подслизистого миоматозного узла (производимой под контролем гистероскопии) диаметром 5 см на тонкой ножке наибольшие трудности связаны:
- А. С отделением узла от стенки матки.
  - Б. С возможностью профузного кровотечения из ложа узла.
  - В. С возможностью перфорации матки.
  - Г. С трудностью выведения узла через шейку матки.
72. Экстирпация матки как компонент комплексного лечения больных раком эндометрия будет показана при следующей распространенности опухолевого процесса:
- А. T3N2M1.
  - Б. T3N2M0.
  - В. T4N2M2.
  - Г. T1N0M0.
73. При проведении простой экстирпации матки с придатками у больной раком эндометрия на благоприятный прогноз для жизни больной оказывает влияние:
- А. Низкодифференцированная морфологическая структура опухоли.
  - Б. Высокodифференцированная морфологическая структура опухоли.
  - В. Инфильтрация опухолью миометрия до 2/3 его толщины.
  - Г. Инфильтрация параметриев.
74. При расширенной экстирпации матки удаляются следующие группы лимфатических узлов:
- А. Внутренние, наружные, общие подвздошные и запирательные.
  - Б. Запирательные и подключичные.
  - В. Общие подвздошные и надключичные.
  - Г. Внутренние, наружные, общие подвздошные и паховые.
75. Показания к экстирпации матки с придатками:
- А. Рак эндометрия 3-й стадии.
  - Б. Рак шейки матки 3-й стадии.
  - В. Пузырный занос.
  - Г. Рост миомы матки в постменопаузе.

76. Показания для рассечения девственной плевы:
- А. Репродуктивный возраст.
  - Б. Выраженный вагинизм, препятствующий половой жизни.
  - В. Атрезия влагалища.
  - Г. Гематокольпос.
77. Показанием для диатермоконизации шейки матки является:
- А. Полип цервикального канала.
  - Б. Хронический эндоцервицит.
  - В. Рак шейки матки 3-й стадии.
  - Г. Интраэпителиальный рак шейки матки у женщины молодого возраста.
78. Операции, применяемые при опущении и выпадении стенок влагалища (без нарушения положения матки):
- А. Передняя кольпорафия, задняя кольпорафия.
  - Б. Субтотальная гистерэктомия, TVT.
  - В. Тотальная гистерэктомия, TVT.
  - Г. Субтотальная гистерэктомия, TVT-О.
79. Наиболее типичные осложнения после диатермокоагуляции шейки матки:
- А. Цервицит.
  - Б. Ovuli Naboti.
  - В. Истмико-цервикальная недостаточность.
  - Г. Кровотечение при отторжении струпа.
80. Особенности дисгерминомы яичника является:
- А. Двустороннее поражение.
  - Б. Возраст постменопаузы.
  - В. Благоприятный прогноз при морфологически «чистой» дисгерминоме.
  - Г. Возраст пременопаузы.
81. Рак вульвы встречается чаще:
- А. В репродуктивном возрасте.
  - Б. В пременопаузе.
  - В. В постменопаузе.
  - Г. В пубертатном возрасте.
82. Наиболее часто встречающаяся гистологическая форма рака вульвы:

- А. Железистый.
  - Б. Светлоклеточный.
  - В. Плоскоклеточный.
  - Г. Базальноклеточный.
83. Фактор риска возникновения гиперпластических процессов и рака эндометрия:
- А. Дефицит веса.
  - Б. Прием гормональных контрацептивов.
  - В. Нарушения менструального цикла.
  - Г. Носитель ВПЧ 16, 18 типа.
84. Гонадотропины, играющие роль в патогенезе гиперпластических процессов и рака эндометрия, секретируются:
- А. Надпочечниками.
  - Б. Гипоталамусом.
  - В. Яичниками.
  - Г. Передней долей гипофиза.
85. Атипичическая гиперплазия эндометрия морфологически наиболее сходна:
- А. С железисто-кистозной гиперплазией.
  - Б. С эндометриальным полипом.
  - В. С метроэндометритом.
  - Г. С высококодифференцированным раком.
86. Атипичическая гиперплазия эндометрия переходит в рак чаще:
- А. В репродуктивном возрасте.
  - Б. В климактерическом возрасте.
  - В. В периоде постменопаузы.
  - Г. В пубертатном возрасте.
87. Клинические проявления гиперпластических процессов у женщин в репродуктивном периоде:
- А. Аменорея.
  - Б. Боли внизу живота в середине цикла.
  - В. Скудные менструации.
  - Г. Меноррагии, метроррагии.
88. Уровень эстрогенов и прогестерона при гиперпластических процессах в эндометрии соответствует таковому:
- А. В постменопаузе.
  - Б. Во второй фазе менструального цикла.

- В. В первой фазе менструального цикла.  
Г. В пубертатном возрасте.
89. Дифференциальную диагностику гиперпластических процессов и рака эндометрия следует проводить:
- А. С субмукозным узлом миомы.
  - Б. С внутриматочной перегородкой.
  - В. С синехиями полости матки.
  - Г. С аменореей.
90. Основной путь метастазирования при раке эндометрия:
- А. Гематогенный.
  - Б. Лимфогенный.
  - В. Импантационный.
  - Г. Контактный.
91. Тяжелая дисплазия эпителия шейки матки – это:
- А. Предрак.
  - Б. Начальная форма рака.
  - В. Фоновый процесс.
  - Г. Дисгормональная гиперплазия.
92. Скрининг-методом для выявления патологии шейки матки в современных условиях является:
- А. Визуальный осмотр.
  - Б. Кольпоскопия.
  - В. Цитологическое исследование мазков.
  - Г. Выявление ВПЧ.
93. При внутриэпителиальном раке шейки матки у молодых пациенток методом выбора лечения является:
- А. Экстирпация матки с придатками.
  - Б. Экстирпация матки без придатков.
  - В. Электроконизация.
  - Г. Аргоноплазменная коагуляция.
94. При внутриэпителиальном раке шейки матки у женщин 50 лет и старше с лечебной целью целесообразно производить:
- А. Экстирпацию матки с придатками.
  - Б. Экстирпацию матки без придатков.
  - В. Электроконизацию.
  - Г. Ампутацию шейки матки.

95. При микроинвазивном раке шейки матки у женщин репродуктивного возраста применяется:
- А. Лазерная конизация.
  - Б. Высокая ножевая ампутации шейки матки.
  - В. Электроконизация.
  - Г. Экстирпации матки без придатков.
96. Операция Вертгейма отличается от простой экстирпации матки удалением:
- А. Сальника.
  - Б. Паховых лимфатических узлов.
  - В. Подвздошных лимфатических узлов.
  - Г. Влагалища.
97. Наиболее часто хориокарцинома возникает после:
- А. Абортов.
  - Б. Пузырного заноса.
  - В. Преждевременных родов.
  - Г. Регрессирующей беременности.
98. Наличие лютеиновых кист у больных хориокарциномой матки влияет на прогноз:
- А. Благоприятно.
  - Б. Неблагоприятно.
  - В. Не имеет влияния.
  - Г. Зависит от размера кист.
99. К раку яичников относятся:
- А. Только герминогенные опухоли.
  - Б. Только стромальные опухоли.
  - В. Только опухоли эпителиального происхождения.
  - Г. Гормонопродуцирующие опухоли.
100. Объем хирургического лечения при доброкачественных опухолях яичников у молодых женщин:
- А. Удаление придатков.
  - Б. Удаление опухоли.
  - В. Удаление яичника.
  - Г. Удаление придатков и резекция сальника.
101. Прогноз для жизни при пограничных опухолях яичников:
- А. Сомнительный.
  - Б. Неблагоприятный.

- В. Относительно благоприятный.
  - Г. Благоприятный.
102. Выбор лечебной тактики у больной со злокачественной опухолью яичника определяется:
- А. Стадией заболевания.
  - Б. Желанием пациентки.
  - В. Возрастом больной.
  - Г. Семейным положением.
103. Методы лечения больных со злокачественными опухолями яичников:
- А. Хирургический.
  - Б. Психологический.
  - В. Физиотерапия.
  - Г. Не требует лечения.
104. Инвазивный рак вульвы характеризуется наличием:
- А. Изъязвления отдельных участков вульвы.
  - Б. Болей внизу живота.
  - В. Опухоли яичника.
  - Г. Болей в пояснице.
105. Симптомы рака вульвы:
- А. Наличие опухоли яичника.
  - Б. Кровоточивость десен.
  - В. Гнойные выделения из язвенной поверхности на вульве.
  - Г. Асцит.
106. Формой рака вульвы не является:
- А. Экзофитная.
  - Б. Эндофитная.
  - В. Язвенная.
  - Г. Железистая.
107. Особенностью развития рака вульвы, локализованного в клиторе, является:
- А. Медленный рост.
  - Б. Кровоточивость тканей.
  - В. Отсутствие метастазов.
  - Г. Большие размеры опухоли.
108. Ранняя диагностика рака вульвы связана:
- А. Со своевременным обращением больной к врачу.

- Б. С отсутствием онкологической настороженности врача.
  - В. С ошибками диагностики.
  - Г. С неоправданной стеснительностью женщины.
109. Методы радикального лечения больных раком вульвы:
- А. Гормональный.
  - Б. Комбинированный (хирургический и лучевой).
  - В. Химиотерапия.
  - Г. Симптоматическое лечение.
110. Гиперпластические процессы и рак эндометрия развиваются чаще всего на фоне:
- А. Ановуляции.
  - Б. Дефицита массы тела.
  - В. Гипотонии.
  - Г. Гипогликемии.
111. Изменения в яичниках, ведущие к избыточной эстрогенной стимуляции эндометрия, – это:
- А. Персистенция фолликула.
  - Б. Персистенция желтого тела.
  - В. Киста желтого тела.
  - Г. Снижение фолликулярного резерва.
112. Тесты функциональной диагностики, указывающие на гиперэстрогению:
- А. Кариопикнотический индекс 50 – 60% и более.
  - Б. Длина растяжения цервикальной слизи 2 – 3 см.
  - В. I тип влагалищного мазка.
  - Г. Симптом «зрачка» (+ - -).
113. Первый патогенетический тип рака эндометрия не встречается у больных:
- А. С эндокринно-обменными нарушениями.
  - Б. С ановуляторными кровотечениями.
  - В. С феминизирующими опухолями яичников.
  - Г. С синдромом Рокитанского – Кюстнера.
114. К фоновому заболеванию раком эндометрия по классификации ВОЗ не относится:
- А. Железистая гиперплазия.
  - Б. Эндометриальный полип.
  - В. Железисто-кистозная гиперплазия.

- Г. Атипическая гиперплазия.
115. К предраку эндометрия относится:
- А. Аденоматозный полип.
  - Б. Рецидивирующая железистая гиперплазия.
  - В. Атрофический эндометрий.
  - Г. Полипоз эндометрия.
116. Гистологической формой рака эндометрия не является:
- А. Низкодифференцированный рак.
  - Б. Аденокарцинома.
  - В. Светлоклеточный рак.
  - Г. Плоскоклеточный рак.
117. Какой гистологической формы злокачественной опухоли маточных труб не может быть:
- А. Сосочковая аденокарцинома.
  - Б. Железисто-солидный рак.
  - В. Низкодифференцированный рак.
  - Г. Плоскоклеточный рак.
118. О наличии гиперпластического процесса и рака эндометрия нельзя судить на основании:
- А. Цитологического исследования аспирата из полости матки.
  - Б. Кольпоскопии.
  - В. Гистероскопии.
  - Г. Раздельного диагностического выскабливания матки.
119. Основные симптомы рака эндометрия:
- А. Асцит.
  - Б. Аборты в анамнезе.
  - В. Боли внизу живота.
  - Г. Выделения из половых путей цвета «мясных помоев».
120. План лечения больных раком эндометрия вырабатывается на основании:
- А. Формы матки.
  - Б. Стадии заболевания.
  - В. Размеров матки.
  - Г. Симптомов заболевания.
121. Методом лечения больных раком эндометрия первой стадии является:



- А. Комбинированный.
  - Б. Хирургический.
  - В. Лучевой.
  - Г. Гормональный.
122. Основным клиническим симптомом рака маточной трубы является:
- А. Увеличение живота в объеме.
  - Б. Затруднение мочеиспускания.
  - В. «Янтарные» выделения из половых путей.
  - Г. Боли.
123. К фоновым процессам покровного эпителия шейки матки не будет относиться:
- А. Псевдоэрозия.
  - Б. Истинная эрозия.
  - В. Лейкоплакия без атипии.
  - Г. CIN 3.
124. CIN шейки матки характеризуется:
- А. Дифференцировкой клеток.
  - Б. Слоистостью пласта эпителия.
  - В. Полярностью клеток.
  - Г. Полиморфизмом ряда клеток.
125. Внутриэпителиальный рак шейки матки:
- А. Рано дает метастазы.
  - Б. Может стабилизироваться и регрессировать.
  - В. Переходит на цервикальный канал.
  - Г. Переходит на параметрий.
126. Диагностика рака шейки матки осуществляется с помощью:
- А. Визуального осмотра.
  - Б. Соскоба из полости матки.
  - В. Обследования на микробиоценоз влагалища.
  - Г. Гистологического исследования кусочка шейки матки, взятого под контролем кольпоскопии.
127. К группе риска по заболеванию раком шейки матки относят женщин:
- А. С микотическим вульвовагинитом.
  - Б. Имеющих аборт в анамнезе.
  - В. Перенесших вирусные заболевания половых органов.

- Г. Многоорожавших.
128. Цитологическими признаками малигнизации эпителия шейки матки не являются:
- А. Полиморфизм клеток.
  - Б. Изменение соотношения ядра и цитоплазмы в клетке.
  - В. Метоплазия.
  - Г. Наличие патологических митозов.
129. К эндоскопическому обследованию шейки матки не относится:
- А. Простая кольпоскопия.
  - Б. Расширенная кольпоскопия.
  - В. Кольпомикроскопия.
  - Г. Фертилоскопия.
130. Материал для гистологического исследования шейки матки нельзя получить:
- А. При биопсии.
  - Б. При конизации.
  - В. При ампутации.
  - Г. При МВА.
131. Микроинвазивный рак шейки матки, в отличие от инвазивного, имеет следующие признаки:
- А. Инвазия в строму более 3 мм.
  - Б. Высокая потенция к метастазированию.
  - В. Прогрессирующий рост опухоли.
  - Г. Инвазия в строму менее 3 мм.
132. Гистологические формы рака шейки матки:
- А. Плоскоклеточный ороговевающий рак.
  - Б. Саркома.
  - В. CIN 1-2.
  - Г. CIN 3.
133. Какой метод лечения фоновых процессов на шейке матки у нерожавших исключается:
- А. Электрокоагуляции.
  - Б. Лазерной терапии.
  - В. Криодеструкции.
  - Г. Аргоноплазменной коагуляции.
134. Неблагоприятным исходом лечения фоновых процессов и предрака шейки матки является:

- А. Стабилизация.
  - Б. Ремиссия.
  - В. Прогрессирование процесса.
  - Г. Выздоровление.
135. Рак шейки матки не дает метастазов в лимфоузлы:
- А. Подвздошные.
  - Б. Запирательные.
  - В. Парааортальные.
  - Г. Брыжеечные.
136. Международная классификация по системе TNM не включает:
- А. Т – опухоль (тумор).
  - Б. N – регионарные лимфатические узлы таза.
  - В. М – отдаленные метастазы.
  - Г. F – фоновый процесс.
137. Гистотипом саркомы матки не является:
- А. Лейомиосаркома.
  - Б. Эндометриальная.
  - В. Аденокарцинома.
  - Г. Мезодермальная опухоль.
138. Саркома матки редко метастазирует:
- А. В легкие.
  - Б. В забрюшинные лимфоузлы.
  - В. В кости.
  - Г. В брыжейку тонкой и толстой кишки.
139. К трофобластической болезни матки не будет относиться:
- А. Пузырный занос.
  - Б. Пролиферирующий пузырный занос.
  - В. Хорионэпителиома.
  - Г. Мезодермальная опухоль.
140. Какой метод исследования не используется в диагностике трофобластической болезни:
- А. Ультразвуковой.
  - Б. Гистеросальпингография.
  - В. Гистологический.
  - Г. Лабораторный (определение хорионического гонадотропина).
141. Фактор риска развития патологии молочных желез:

- А. Позднее менархе.
  - Б. Регулярная половая жизнь.
  - В. Ранняя менопауза.
  - Г. Ожирение, сахарный диабет.
142. К группе риска по опухолям яичников относят женщин:
- А. С гиперплазией эндометрии.
  - Б. В течение года после родов.
  - В. Использующих гормональную контрацепцию.
  - Г. Спортсменок.
143. Для диагностики опухолей яичника используют метод:
- А. Гистероскопию.
  - Б. Лапароскопию с биопсией яичника.
  - В. Гистеросальпингографию.
  - Г. Кольпоскопию.
144. К доброкачественным опухолям яичников не относится:
- А. Серозная цистаденома.
  - Б. Муцинозная цистаденома.
  - В. Эндометриодная цистаденома.
  - Г. Светлоклеточная опухоль.
145. Осложнением при доброкачественных опухолях яичника не является:
- А. Перекручивание ножки опухоли.
  - Б. Разрыв капсулы.
  - В. Кровоизлияние внутрь капсулы.
  - Г. Незначительное повышение СА-125.
146. Лечение больных с доброкачественными опухолями яичников:
- А. Лучевое.
  - Б. Гормональное.
  - В. Антибактериальное.
  - Г. Хирургическое.
147. К опухоли яичника относится:
- А. Фолликулярная киста.
  - Б. Киста желтого тела.
  - В. Эндометриоз.
  - Г. Дермоидная киста.
148. Истинным раком яичников является:
- А. Серозная цистаденокарцинома.

- Б. Муцинозная цистаденома.
  - В. Серозная цистаденома.
  - Г. Эндометриома.
149. В группу опухолей стромы полового тяжа входит:
- А. Гранулезоклеточная опухоль.
  - Б. Муцинозная цистаденома.
  - В. Серозная цистаденома.
  - Г. Эндометриома.
150. Характерный симптом для первичного рака яичника:
- А. Ранняя манифестация.
  - Б. Не дает метастазов.
  - В. Асцит.
  - Г. Не бывает асцита.
151. Жалоба больных со злокачественными опухолями яичников:
- А. Симптомы интоксикации (слабость, утомляемость).
  - Б. Жалобы отсутствуют.
  - В. Увеличение веса.
  - Г. Болезненность молочных желез.
152. Для гранулезоклеточной опухоли яичника не характерно:
- А. Раннее половое развитие.
  - Б. «Омоложение» женщины в постменопаузе.
  - В. Гиперплазия эндометрия.
  - Г. Гидроторакс.
153. Для уточнения степени распространения злокачественной опухоли яичника используются методы диагностики:
- А. МРТ.
  - Б. Гистероскопия.
  - В. Гистеросальпингоскопия.
  - Г. Кольпоскопия.
154. Прерывание трубной беременности по типу трубного аборта происходит чаще в сроке беременности:
- А. 11 – 12 недель.
  - Б. 9 – 10 недель
  - В. 7 – 8 недель.
  - Г. 4 – 6 недель.
155. Беременность, локализующаяся в интерстициальной части трубы, прерывается чаще всего в сроке беременности:
- А. 3 – 4 недели.
  - Б. 5 – 6 недель.
  - В. 7 – 8 недель.
  - Г. 9 – 10 недель.

156. У больной диагностирована прогрессирующая внематочная беременность, ей показано:
- А. Консервативное противовоспалительное лечение.
  - Б. Операция.
  - В. Гемотрансфузия.
  - Г. Гистероскопия.
157. При тяжелом состоянии больной с прервавшейся трубной беременностью показано:
- А. Немедленное переливание крови.
  - Б. Безотлагательное удаление источника кровотечения (беременной трубы).
  - В. Тщательное обследование.
  - Г. Консультация хирурга.
158. При лапароскопии выявлена прогрессирующая трубная беременность. Состояние больной вполне удовлетворительное, тактика врача:
- А. Немедленная операция.
  - Б. Возможно консервативное лечение больной.
  - В. Оперативное лечение лапаротомным доступом.
  - Г. Мини-лапаротомия.
159. Реабилитация больных, оперированных по поводу внематочной беременности:
- А. Не требуется.
  - Б. Обследование на ИППП.
  - В. В гормональной терапии не нуждается.
  - Г. Санаторно-курортное лечение противопоказано.
160. Клинические признаки перитонита:
- А. Мягкий болезненный живот.
  - Б. Парез кишечника.
  - В. Брадикардия.
  - Г. Слабо выраженные симптомы раздражения брюшины.
161. Нарушение внематочной беременности по типу трубного аборта протекает со следующей симптоматикой:
- А. Триада Цангемейстера.
  - Б. Стабильная гемодинамика.
  - В. При влагалищном исследовании придатки не определяются.

- Г. Симптом Промтовой отрицателен.
162. Нарушение внематочной беременности по типу разрыва маточной трубы протекает со следующей симптоматикой:
- А. Ноющие боли в одной из подвздошных областей.
  - Б. Отрицательный френикус-симптом.
  - В. Тошнота (или рвота) отсутствуют.
  - Г. Симптомы геморрагического шока.
163. Реабилитация больной, оперированной по поводу перекрута ножки опухоли яичника:
- А. Не требуется.
  - Б. Коррекция функции оставшегося яичника.
  - В. В гормональной терапии не нуждается.
  - Г. Санаторно-курортное лечение противопоказано.
164. Возможный источник кровотечения из яичника:
- А. Желтое тело.
  - Б. Примордиальный фолликул.
  - В. Преантральный фолликул.
  - Г. Персистирующий фолликул.
165. Наиболее целесообразная последовательность мероприятий при диагностике нарушенной внематочной беременности:
- А. Гемотрансфузия, операция.
  - Б. Консультация терапевта, анестезиолога, операция.
  - В. Ультразвуковое исследование, гемотрансфузия, операция.
  - Г. Операция, гемотрансфузия.
166. Трубный аборт (без значительного внутрибрюшного кровотечения) надо дифференцировать:
- А. С самопроизвольным выкидышем малого срока.
  - Б. С хроническим сальпингитом.
  - В. Со спаечным процессом малого таза.
  - Г. С интерстициальной миомой матки небольших размеров.
167. Шоковый индекс в норме – это:
- А. Отношение частоты пульса к величине систолического АД, равное 1.
  - Б. Отношение частоты пульса к величине диастолического АД, равное 1.
  - В. Отношение частоты пульса к величине систолического АД, равное 0,5.

- Г. Отношение частоты пульса к величине диастолического АД, равное 0,5.
168. Апоплексия яичника – это:
- А. Остро возникшее кровотечение из яичника.
  - Б. Разрыв трубы.
  - В. Остро возникшее нарушение кровоснабжения яичника.
  - Г. Разрыв эндометриоидной кисты.
169. Объем операции у больной с абсцессом придатков:
- А. Удаление придатков на стороне поражения и дренирование брюшной полости.
  - Б. Мини-доступ.
  - В. Сальпинготомия с одной стороны.
  - Г. Фимбриопластика обеих труб.
170. Перитонит – это воспаление:
- А. Висцеральной и париетальной брюшины.
  - Б. Клетчатки малого таза и париетальной брюшины.
  - В. Клетчатки малого таза и висцеральной брюшины.
  - Г. Клетчатки малого таза.
171. При перитоните у гинекологической больной будет показана операция в объеме:
- А. Экстирпация матки с придатками.
  - Б. Надвлагалищная ампутация матки с придатками.
  - В. Экстирпация матки с трубами.
  - Г. Надвлагалищная ампутация матки с трубами.
172. Причины «острого живота» вследствие острого нарушения кровоснабжения внутренних половых органов:
- А. Внематочная беременность.
  - Б. Перекрут ножки опухоли яичника.
  - В. Апоплексия яичника.
  - Г. Разрыв кисты яичника.
173. При операции по поводу перекрута ножки дермоидной кисты яичника:
- А. Перекрученную ножку опухоли яичника надо обязательно раскрутить, чтобы разобраться в анатомии.
  - Б. Производят экстирпацию матки с придатками.
  - В. Удаляют оба яичника.
  - Г. Удаляют придатки на стороне поражения.



174. Фактором риска перфорации матки при выскабливании будет:
- А. Медикаментозный аборт в анамнезе.
  - Б. Самостоятельные роды в анамнезе.
  - В. Длительный прием КОК.
  - Г. Рубец на матке.
175. При апоплексии яичника не характерно:
- А. Появление болей внизу живота, возникающих на фоне полного благополучия.
  - Б. Отсутствие наружного кровотечения.
  - В. Отрицательные биологические реакции на беременность.
  - Г. Резко выраженное нарастание числа лейкоцитов в крови.
176. Для перекрута ножки опухоли яичника характерно:
- А. Ноющие боли внизу живота в середине цикла.
  - Б. Определение неподвижной, резко болезненной опухоли при влагалищном исследовании на стороне поражения.
  - В. Отрицательные симптомы раздражения брюшины на стороне опухоли.
  - Г. Гектическое повышение температуры тела.
177. При развитии перитонита после операции у гинекологической больной отмечается:
- А. Парез кишечника.
  - Б. Самостоятельный стул.
  - В. Мягкий безболезненный живот.
  - Г. Стойкая брадикардия.
178. Возможные изменения периферической крови у больных с перитонитом:
- А. Гематокрит 35%.
  - Б. Количество лейкоцитов несколько больше нормы.
  - В. Лимфоцитоз.
  - Г. Токсическая зернистость лейкоцитов.
179. Перекрут ножки опухоли яичника не может быть:
- А. Полный.
  - Б. Частичный.
  - В. Хронический.
  - Г. Неполный.

180. По локализации плодного яйца к эктопической беременности не относится:
- А. Маточная.
  - Б. Брюшная беременность.
  - В. Шеечная беременность.
  - Г. Яичниковая.
181. Для шеечной беременности не характерно:
- А. Увеличение шейки матки.
  - Б. Асимметричность шейки матки.
  - В. Внутрибрюшное кровотечение.
  - Г. Задержка менструации.
182. При проведении медицинского аборта в самом начале операции возникло обильное маточное кровотечение. Диагностирована шеечная беременность. Тактика врача:
- А. Ускорить удаление плодного яйца кюреткой.
  - Б. Чревосечение, экстирпация матки.
  - В. Удаление плодного яйца с помощью МВА.
  - Г. Введение утеротоников.
183. Для брюшной беременности поздних сроков характерно:
- А. Дискомфорт внизу живота.
  - Б. Высота дна матки 40 см.
  - В. Предлежание плаценты.
  - Г. Определение частей плода непосредственно под брюшной стенкой.
184. При трубном аборте возможно:
- А. Образование заматочной гематомы.
  - Б. Образование шеечной беременности.
  - В. Образование маточной беременности.
  - Г. Интралигаментарной беременности.
185. При прерывании трубной беременности обычно происходит:
- А. Рост плодного яйца.
  - Б. Рост содержания б-субъединицы ХГЧ в плазме крови.
  - В. Отторжение децидуальной оболочки матки.
  - Г. Начинается менструация.
186. Прогрессирующую трубную беременность надо дифференцировать:
- А. С перитонитом.

- Б. С маточной беременностью малого срока.
  - В. С аппендицитом.
  - Г. С рождающимся фиброматозным узлом.
187. Разрыв беременной трубы надо дифференцировать:
- А. С острым бартолинитом.
  - Б. С апоплексией яичника.
  - В. С приступом эпилепсии.
  - Г. С инсультом.
188. Для диагностики внематочной беременности используют:
- А. Гистероскопию.
  - Б. Лапароскопию.
  - В. Гистеросальпингографию.
  - Г. Кольпоскопию.
189. По поводу прервавшейся трубной беременности проводится операция в объеме:
- А. Сальпингэктомия.
  - Б. Сальпингэктомия с обеих сторон.
  - В. Сальпингэктомия и резекция яичника.
  - Г. Сальпинготомия и резекция яичника.
190. Факторы риска развития внематочной беременности:
- А. Отсутствие аборт в анамнезе.
  - Б. Хронический воспалительный процесс в области придатков.
  - В. Срочные роды в анамнезе.
  - Г. Регулярный менструальный цикл.
191. В раннем послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу прервавшейся трубной беременности (с большой кровопотерей), лечение должно быть направлено:
- А. На восполнение ОЦК.
  - Б. На нормализацию менструального цикла.
  - В. На проведение санаторно-курортного лечения.
  - Г. На лечение сопутствующих соматических заболеваний.
192. План реабилитационных мероприятий у больной, оперированной по поводу внематочной беременности, составляется с учетом:
- А. Основного этиологического фактора, вызвавшего внематочную беременность.

- Б. Индекса массы тела пациентки.
  - В. Наследственной патологии.
  - Г. Срока прервавшейся беременности.
193. Апоплексия яичника редко наступает:
- А. В период овуляции.
  - Б. В стадии васкуляризации желтого тела.
  - В. В период созревания граафова фолликула.
  - Г. В период атрезии фолликулов.
194. При значительном кровотечении в брюшную полость у больной с апоплексией яичника показано:
- А. Чревосечение, удаление яичника.
  - Б. Чревосечение, ушивание разрыва или резекция яичника.
  - В. Наблюдение дежурного врача за динамикой симптомов, по показаниям проводится гемотрансфузия.
  - Г. Чревосечение, удаление придатков.
195. У больной с клиническим диагнозом апоплексии яичника показанием к операции является:
- А. Наличие воспаления придатков в анамнезе.
  - Б. Дисфункция яичников в анамнезе.
  - В. Болевой синдром.
  - Г. Внутрибрюшное кровотечение.
196. Для клиники апоплексии яичника характерны:
- А. Симптом Пискачека.
  - Б. Стабильная гемодинамика.
  - В. Симптомы внутрибрюшного кровотечения.
  - Г. Вполне удовлетворительное самочувствие больной.
197. Клиника нагноения тубовариального воспалительного образования:
- А. Гектическая температура, озноб, интоксикация.
  - Б. Положительная динамика от противовоспалительной терапии.
  - В. Сбоку от матки определяется тяжесть и чувствительность при пальпации.
  - Г. В анализах крови умеренный лейкоцитоз и СОЭ.
198. Методы диагностики, уточняющие диагноз апоплексии яичника:

- А. Диагностическая пункция брюшной полости через задний свод влагалища.
  - Б. УЗИ органов малого таза.
  - В. Исследование периферической крови (общий клинический анализ).
  - Г. Лапароскопия.
199. Абсолютным показанием к оперативному лечению в гинекологии является:
- А. Внутривнутрибрюшное кровотечение.
  - Б. Пельвиоперитонит.
  - В. Обострение хронического аднексита.
  - Г. Ретенционное образование яичника.
200. Пельвиоперитонит – это:
- А. Перитонит, локализованный в области малого таза.
  - Б. Воспаление париетальной и висцеральной брюшины.
  - В. Воспаление клетчатки малого таза.
  - Г. Воспаление серозного покрова матки.
201. Развитие перитонита может быть обусловлено:
- А. Периметритом.
  - Б. Нарушением менструального цикла.
  - В. Воспалением органов брюшной полости.
  - Г. Обострением хронического цистита.
202. Причиной развития послеоперационного перитонита не будет:
- А. Инфицирование брюшной полости во время операции.
  - Б. Несостоятельность швов.
  - В. Дренирование брюшной полости.
  - Г. Оставление инородного тела в брюшной полости.
203. Не характерный клинический симптом перитонита:
- А. Рвота, сухой язык.
  - Б. Самостоятельный стул после операции.
  - В. Вздутие и напряжение живота.
  - Г. Симптомы раздражения брюшины.
204. Не будет являться фактором риска развития перитонита после полостной операции у гинекологической больной:
- А. Фон вторичной анемии до операции.
  - Б. 1-я и 2-я степень чистоты влагалищного содержимого перед операцией.

- В. Длительность и травматичность операции.
  - Г. Инородное тело.
205. При прогрессировании перитонита отмечается:
- А. Гипоксия жизненно важных органов.
  - Б. Перистальтика кишечника.
  - В. Нормокоагулограмма.
  - Г. Повышение минутного объема сердца.
206. В лечении больных, оперированных по поводу перитонита, не имеет значения:
- А. Улучшение реологических свойств крови.
  - Б. Коррекция нарушений белкового обмена.
  - В. Проведение КУЭГС.
  - Г. Проведение неспецифической иммунной терапии.
207. В состав хирургической ножки кисты яичника не входит:
- А. Собственно яичниковая связка.
  - Б. Воронко-тазовая связка.
  - В. Круглая маточная связка.
  - Г. Маточная труба.
208. Изменения в миоматозном узле, связанные с нарушением питания опухоли:
- А. Отек, тромбоз.
  - Б. Жировое перерождение.
  - В. Образование кальцинатов.
  - Г. Некротическое изменение ткани.
209. Некроз миоматозного узла наиболее часто происходит:
- А. Во время беременности.
  - Б. В постменопаузе.
  - В. В послеабортном периоде.
  - Г. На фоне гормональной контрацепции.
210. Возможным исходом внематочной беременности не может быть:
- А. Донашивание беременности до поздних сроков.
  - Б. Обызвествление и мумификация плодного яйца.
  - В. Роды per vias naturalis.
  - Г. Разрыв плодовместилища, кровотечение и шок.

---

## РАЗДЕЛ 7.

---

### ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ. ЭНДОМЕТРИОЗ И БЕСПЛОДИЕ

#### Выберите один правильный ответ

1. К группе риска по развитию воспалительных послеродовых заболеваний относятся женщины:
  - А. С отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом.
  - Б. С хроническим воспалительным процессом гениталий.
  - В. С экстрагенитальными воспалительными заболеваниями (тонзиллит, пиелонефрит).
  - Г. Со всем перечисленным.
2. Принципы лечения послеродовых воспалительных заболеваний заключаются:
  - А. В выборе антибиотика с учетом формы и локализации заболевания.
  - Б. В локальном воздействии на очаг инфекции.
  - В. В повышении неспецифической реактивности организма.
  - Г. Во всем перечисленном.
3. Госпитальная инфекция обусловлена:
  - А. Золотистым стафилококком.
  - Б. Грамотрицательной флорой.
  - В. Анаэробами.
  - Г. Ассоциацией микроорганизмов.
4. Диагностические критерии подострого эндометрита после родов:
  - А. Температура тела родильницы 38 гр. С и выше.
  - Б. Тахикардия до 100 ударов в минуту.
  - В. Лохии с примесью крови на 5-е сутки после родов.
  - Г. Все перечисленное.

5. В полость матки инфекция проникает через цервикальный канал:
  - А. С помощью трихомонад.
  - Б. С помощью сперматозоидов.
  - В. Благодаря пассивному транспорту в результате отрицательного внутрибрюшного давления, возникающего при движении диафрагмы.
  - Г. Всеми перечисленными способами.
6. Клинический симптом угрожающего разрыва гнойного tubo-овариального образования придатков:
  - А. Ознобы.
  - Б. Самостоятельный стул.
  - В. Умеренный лейкоцитоз.
  - Г. Триада Цангемейстера.
7. Бактероиды наиболее чувствительны к действию:
  - А. Фурацилина.
  - Б. Де-Нола.
  - В. Метронидазола.
  - Г. Ацикловира.
8. Условие, предотвращающее развитие лактационного мастита:
  - А. Лактостаз.
  - Б. Трещины сосков.
  - В. Снижение иммунологической защиты организма.
  - Г. Регулярное кормление ребенка и сцеживание молочных желез.
9. К группе риска по развитию послеродового мастита относятся:
  - А. Мастит в анамнезе.
  - Б. Мастопатия.
  - В. Наличие послеродового эндометрита.
  - Г. Все перечисленное.
10. При послеродовом мастите поражение бывает:
  - А. Двустороннее.
  - Б. У повторнородящих.
  - В. Нижне-внутреннего квадранта.
  - Г. Одностороннее.



11. Заражение гонореей зависит:
  - А. От возраста женщины.
  - Б. От анатомических особенностей гениталий.
  - В. От нарушения правил асептики при инвазивных методах диагностики в гинекологии.
  - Г. От незащищенного полового акта.
12. Диклофенак не обладает следующим действием:
  - А. Анальгезирующим.
  - Б. Противовоспалительным.
  - В. Облегчает проникновение лекарственного препарата в глубь тканей.
  - Г. Рассасывает спайки.
13. Для лечения кандидозного кольпита у беременной нельзя применять:
  - А. Нистатин.
  - Б. Клион-Д.
  - В. Настой календулы.
  - Г. Гинофорт.
14. Тяжесть клинических проявлений послеродового эндометрита зависит:
  - А. От степени микробной обсемененности матки.
  - Б. От возраста родильницы.
  - В. От количества родов в анамнезе.
  - Г. От питания родильницы.
15. Акушерский перитонит возникает после:
  - А. Раннего самопроизвольного выкидыша.
  - Б. Кесарева сечения.
  - В. Искусственного аборта.
  - Г. Позднего самопроизвольного выкидыша.
16. Факторы риска развития послеродовой септической инфекции:
  - А. Урогенитальная инфекция
  - Б. Сахарный диабет
  - В. Невосполненная кровопотеря
  - Г. Все перечисленное.
17. В настоящее время отмечаются следующие особенности микрофлоры при воспалительных заболеваниях женских гениталий:

- А. Преобладание ассоциаций микроорганизмов.
  - Б. Золотистый стафилококк.
  - В. Микоплазма.
  - Г. ВПЧ 18 типа.
18. В диагностике воспалительных заболеваний женских половых органов не имеет значения:
- А. Возможное начало воспалительного процесса.
  - Б. Возбудитель заболевания.
  - В. Функциональное состояние яичников.
  - Г. Вес женщины.
19. Наиболее частый путь распространения инфекции при возникновении лактационного мастита:
- А. Лимфогенный.
  - Б. Гематогенный.
  - В. Галактогенный.
  - Г. Перинеуральный.
20. Клинические признаки серозного мастита после родов:
- А. Температура тела 38 – 39 град. С.
  - Б. Гнойные выделения из сосков.
  - В. Болезненный участок уплотнения в молочной железе при пальпации.
  - Г. Участки флюктуации в области уплотнения в молочной железе.
21. Специфическим возбудителем послеродового мастита является:
- А. Гемолитический стрептококк.
  - Б. Кишечная палочка.
  - В. Гонорея.
  - Г. Клебсиелла.
22. Лечение больных с лактационным маститом затрудняется при:
- А. Широком вскрытии гнойника.
  - Б. Проведении антибиотикотерапии без учета возможного анаэробного инфицирования.
  - В. Ранней диагностике заболевания.
  - Г. Промывании и дренировании гнойника.
23. Источником инфекции при послеродовом мастите является:
- А. 1-я и 2-я степень чистоты влагалищного содержимого.

- Б. Очаг инфекции в организме роженицы.
  - В. Соблюдение режима асептики и антисептики.
  - Г. Тонзилэктомия в анамнезе.
24. К клинической форме гнойного лактационного мастита относится:
- А. Пигментация ареолы.
  - Б. Акне.
  - В. Абсцесс в толще молочной железы.
  - Г. Серозный мастит.
25. Продолжительность стадии серозного лактационного мастита составляет:
- А. 1 – 2 дня.
  - Б. 3 – 4 дня.
  - В. 5 – 6 дней.
  - Г. 7 – 8 дней.
26. Длительность инфильтративной стадии лактационного мастита не будет зависеть:
- А. От особенностей возбудителя инфекции.
  - Б. От состояния защитных сил организма.
  - В. От характера проводимой терапии.
  - Г. От степени чистоты влагалищного содержимого.
27. Диагностический критерий развития гнойного лактационного мастита:
- А. Гектический характер температурной кривой.
  - Б. Пульс 78 ударов в 1 минуту.
  - В. Уменьшение молочной железы в объеме.
  - Г. Отсутствие болезненности молочной железы при пальпации.
28. При диффузной форме инфильтративно-гнойного лактационного мастита отмечается:
- А. Пропитывание гноем ткани молочной железы (наподобие пчелиных сот).
  - Б. Абсцесс в молочной железе.
  - В. Нагрубание молочных желез.
  - Г. Трещины сосков.
29. Наиболее тяжелой формой лактационного мастита является:
- А. Флегмонозный.

- Б. Гангренозный.
  - В. Абсцедирующий.
  - Г. Инфильтративно-гнойный.
30. В диагностике послеродового гнойного мастита не имеет значения:
- А. Характерные жалобы больной.
  - Б. Данные осмотра и пальпации молочных желез.
  - В. Наличие предрасполагающих факторов к его развитию.
  - Г. Тонзилэктомия в анамнезе.
31. Особенность терапии больных с лактационным маститом:
- А. Секторальная резекция молочной железы.
  - Б. Оперативное вмешательство при гнойной форме.
  - В. Выжидательная тактика.
  - Г. Длительная консервативная терапия.
32. Факторы, уменьшающие риск развития рака молочной железы:
- А. Отсутствие родов в анамнезе.
  - Б. Грудное вскармливание в течение трех месяцев и менее.
  - В. Бездетность.
  - Г. Первые роды в 18 – 25 лет.
33. Какой фактор предрасполагает к нормальному состоянию молочных желез:
- А. Поздняя первая беременность и рождение ребенка.
  - Б. Ранняя первая беременность и ее прерывание с помощью медицинского аборта.
  - В. Высокий социально-экономический уровень жизни.
  - Г. Низкий социально-экономический уровень жизни.
34. При перестройке молочных желез в позднем репродуктивном возрасте в норме происходит:
- А. Утолщение цилиндрического эпителия протоков за счет уменьшения количества миоэпителиальных клеток, фиброз соединительной ткани.
  - Б. Медленная облитерация млечных протоков, мелких сосудов, склероз соединительной ткани, избыточное образование жира.
  - В. Дилатация, кистозное расширение млечных протоков, зажатых фиброзной тканью, и образование кист молочных желез.

- Г. Постепенная потеря железистых структур и увеличение содержания жировой клетчатки.
35. При возрастной перестройке молочных желез в позднем репродуктивном возрасте в первую очередь происходит:
- А. Истончение цилиндрического эпителия протоков за счет увеличения количества миоэпителиальных клеток.
  - Б. Медленная облитерация млечных протоков, мелких сосудов, склероз соединительной ткани, избыточное образование жира.
  - В. Дилатация, кистозное расширение млечных протоков, зажатых фиброзной тканью, и образование кист молочных желез.
  - Г. Постепенная потеря железистых структур и увеличение содержания жировой клетчатки.
36. К очаговой форме фиброзно-кистозной мастопатии относят:
- А. Фиброзно-кистозную мастопатию с преобладанием железистого компонента.
  - Б. Фиброзно-кистозную мастопатию с преобладанием фиброзного компонента.
  - В. Фиброзно-кистозную мастопатию с преобладанием кистозного компонента.
  - Г. Фиброзно-кистозную мастопатию с преобладанием узлового компонента.
37. Наиболее частая форма фиброзно-кистозной мастопатии:
- А. Фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием фиброзного компонента.
  - Б. Фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием кистозного компонента.
  - В. Фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием узлового компонента.
  - Г. Фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием железистого компонента.
38. Клинические проявления фиброзно-кистозной мастопатии с преобладанием железистого компонента:
- А. Диффузно-неоднородное уплотнение всей железы или ее участка.

- Б. Отсутствие болезненности при пальпации молочных желез.
  - В. Границы уплотнений резко переходят в окружающие ткани.
  - Г. Очагово-неоднородное уплотнение в молочной железе.
39. Лекарственные препараты, применяемые для лечения диффузной формы мастопатии у больных репродуктивного возраста и имеющие самый высокий уровень доказательности:
- А. Витамин С.
  - Б. Витамин А.
  - В. Эстрадиол.
  - Г. Тамоксифен.
40. Симптом Кенига отрицателен при:
- А. Диффузной мастопатии.
  - Б. Узловой мастопатии.
  - В. Раке молочной железы.
  - Г. Фиброаденоме.
41. УЗИ молочных желез лучше проводить:
- А. Перед менструацией (22 – 26 д.м.ц.).
  - Б. Во время менструации (1 – 5 д.м.ц.).
  - В. После менструации (7 – 12 д.м.ц.).
  - Г. В середине цикла (10 – 20 д.м.ц.).
42. Комбинированные гормональные контрацептивы на сегодняшний день используют для лечения:
- А. Рака МЖ.
  - Б. Цистаденопапилломы.
  - В. Мастита.
  - Г. Диффузной мастопатии.
43. В патогенезе диффузной мастопатии основное значение имеет:
- А. Недостаток эстрогенов.
  - Б. Недостаток андрогенов.
  - В. Недостаток прогестерона.
  - Г. Недостаток кортизола.
44. Маммография в качестве скрининга патологии молочной железы у генетически не скомпрометированных женщин в соответствии с Приказом 572н Минздрава РФ выполняется в возрасте:

- А. 26 лет.
  - Б. 36 лет.
  - В. 46 лет.
  - Г. 56 лет.
45. К пролиферативной форме мастопатии относится:
- А. Протоковая.
  - Б. Дольковая.
  - В. Кистозная.
  - Г. Миоэпителиальная.
46. Назначение только эстрогенов в качестве менопаузальной гормональной терапии способствует:
- А. Повышению риска рака молочной железы.
  - Б. Снижению риска рака молочной железы.
  - В. Развитию низкодифференцированного рака молочной железы.
  - Г. Развитию гормонезависимого рака молочной железы.
47. К бактериостатическим антибиотикам относится:
- А. Ампициллин.
  - Б. Гентамицин.
  - В. Клиндомицин.
  - Г. Кефзол.
48. К бактерицидным антибиотикам относится:
- А. Эритромицин.
  - Б. Морфоциклин.
  - В. Левомецетин.
  - Г. Гентамицин.
49. Для достижения синергического (взаимоусиливающего) эффекта при антибактериальной терапии у больных с послеродовыми воспалительными заболеваниями необходимо применять сочетание антибиотиков:
- А. Бактериостатических.
  - Б. Бактерицидных.
  - В. Бактериостатических и бактерицидных.
  - Г. Бактериостатических и фунгицидных препаратов.
50. Сочетание антибиотиков бактерицидных и бактериостатических (при проведении антибактериальной терапии у больных с лактационным маститом) дает эффект:

- А. Аддитивный.
  - Б. Антагонистический.
  - В. Синергический.
  - Г. Кумулятивный.
51. Больным с кистой бартолиновой железы следует рекомендовать:
- А. УФО.
  - Б. Санаторно-курортное лечение.
  - В. Экстирпацию кисты бартолиновой железы вместе с самой железой и выводным протоком.
  - Г. Резекцию бартолиновой железы в стадии ремиссии.
52. К особенностям течения воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии относятся:
- А. Увеличение числа больных в возрасте до 18 лет и старше 55 лет.
  - Б. Возрастание числа tuboовариальных образований.
  - В. Отсутствие у большинства больных четко выраженной клинической картины заболевания.
  - Г. Манифестация заболевания в середине цикла.
53. При лечении больных с лактационным маститом сочетание антибиотиков применяют в связи:
- А. С тяжестью течения заболевания, когда не уточнен возбудитель.
  - Б. С наличием трещин сосков.
  - В. С двусторонним поражением молочных желез.
  - Г. С протоколом.
54. Ко второму этапу послеродовой септической инфекции (по классификации Бартельса) относится:
- А. Послеродовая язва.
  - Б. Метротромбофлебит.
  - В. Мастит.
  - Г. Цервицит.
55. К микроорганизму, который является возбудителем специфических воспалительных заболеваний женских половых органов, относится:
- А. Стафилококк.



- Б. Стрептококк.
  - В. Гонококк.
  - Г. Гарднерелла.
56. Особенности половой функции у больных с хроническим сальпингоофоритом:
- А. Повышенное либидо.
  - Б. Диспареуния.
  - В. Контактные кровотечения.
  - Г. Вагинизм.
57. Фаза экссудации, связанная с повышением проницаемости стенок капилляров в очаге воспаления, характерна для стадии воспаления:
- А. Острой.
  - Б. Латентной.
  - В. Хронического процесса вне обострения.
  - Г. Спаечного процесса.
58. Гонорейную этиологию воспалительного процесса в области придатков матки можно предположить:
- А. При наличии острого аппендицита и правостороннего вторичного сальпингоофорита.
  - Б. При сочетании острого эндометрита с двусторонним сальпингоофоритом после аборта.
  - В. При сочетании двустороннего сальпингоофорита с уретритом, бартолинитом.
59. Этиотропное лечение свежей, неосложненной гонореи нижних отделов мочеполовой системы заключается в назначении:
- А. Пирогенала 25 – 50 МПД внутримышечно.
  - Б. Влагилищных ванночек с 3 – 5% раствором протаргола.
  - В. Азитромицина 2 гр. внутрь однократно.
  - Г. Тинидазола 2 гр. (4 таблетки) в сутки.
60. Критерий излеченности у больных гонореей устанавливается после проведенного лечения в течение:
- А. 1 месяца.
  - Б. 2 месяцев.
  - В. 3 месяцев.
  - Г. 4 месяцев.

61. В патогенезе воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии особое значение имеет:
- А. Вирулентность микроба.
  - Б. В анамнезе отсутствует указание на внутриматочное вмешательство.
  - В. Отсутствие раневых входных ворот.
  - Г. Отсутствие половой жизни.
62. У больных с синдромом Ашермана наблюдаются кровянистые выделения из половых путей:
- А. Предменструальные.
  - Б. Постменструальные.
  - В. Межменструальные (овуляторные).
  - Г. Аменорея.
63. К моменту окончания антибактериальной терапии у больных с обострением хронического сальпингоофорита отмечается:
- А. Нормализация температуры тела.
  - Б. Слабость, утомляемость.
  - В. Повышение иммунитета.
  - Г. Повышение экссудации.
64. Больным с гнойным воспалительным образованием придатков матки в стадии клинической ремиссии показано предоперационное обследование:
- А. Экскреторная урография.
  - Б. Ультразвуковое исследование почек.
  - В. Радионуклидная ренография.
  - Г. УЗИ придатков матки.
65. Больным со сформировавшимся гнойным воспалительным образованием придатков матки показано:
- А. Пункции образования через задний влагалищный свод, опорожнение гнойной полости и введения в нее антибиотиков.
  - Б. Хирургическое лечение.
  - В. Терапия пирогеналом.
  - Г. Терапия гоновакциной.
66. При обострении хронического сальпингоофорита по типу невралгии тазовых нервов эффекта не оказывает:
- А. Электрофорез амидопирин.

- Б. Диадинамические токи.
  - В. Ультрафиолетовая эритемотерапия.
  - Г. Антибактериальная терапия.
67. Условиями для развития послеоперационного перитонита являются:
- А. Несостоятельность швов.
  - Б. Соблюдение правил асептики и антисептики.
  - В. Дренирование брюшной полости.
  - Г. Тщательный гемостаз.
68. У больных с токсической стадией гинекологического перитонита отмечается:
- А. Тахикардия (до 120 ударов в минуту).
  - Б. Отсутствие одышки.
  - В. Гипертония.
  - Г. Полиурия.
69. Особенности клиники перитонита после операции кесарева сечения зависят от развития его стадий:
- А. Длительной реактивной и быстрой токсической.
  - Б. Длительной реактивной и длительной токсической.
  - В. Быстрой реактивной и длительной токсической.
  - Г. Быстрой реактивной и быстрой токсической.
70. Для клинической картины перитонита после кесарева сечения на фоне хориоамнионита характерно:
- А. Выраженная интоксикация.
  - Б. Рецидивирующий парез кишечника.
  - В. Появление симптоматики на 4 – 6-е сутки после операции.
  - Г. Брадикардия.
71. В клинике септического шока отсутствует фаза:
- А. Теплой нормотензии.
  - Б. Теплой гипотензии.
  - В. Холодной гипотензии.
  - Г. Ледяной гипотензии.
72. У больных с септикопиемией после родов, вызванной стафилококком, отмечаются локализации метастатических очагов:
- А. В почках.
  - Б. В печени.

- В. В легких.
  - Г. В костях.
73. Влагалищные выделения у больных гарднереллезом обычно:
- А. Умеренные с неприятным запахом.
  - Б. «Сливкообразные» и липкие.
  - В. Желто-зеленого цвета, пенистые.
  - Г. Творожистые.
74. Для лечения гарднереллеза целесообразно применение у больных:
- А. Доксициклина, полижинакса.
  - Б. Тинидазола, неопенотрана.
  - В. Далацина С, тинидазола.
  - Г. Метронидазола, нистатина.
75. У больных с хламидийным цервицитом (вне беременности) лучше использовать:
- А. Доксициклин.
  - Б. Тинидазол.
  - В. Клиндамицин.
  - Г. Тиенам.
76. Определяющие особенности послеродового мастита:
- А. Связан с повышенной продукцией пролактина.
  - Б. Является одним из проявлений послеродовой гнойно-септической инфекции.
  - В. Безопасен для жизни и здоровья.
  - Г. Гипогалактия после родов.
77. Клинические признаки латентной стадии мастита:
- А. Повышение температуры тела до 38 – 38.5 град. С.
  - Б. Безболезненное нагрубание молочных желез.
  - В. Неравномерное нагрубание молочных желез.
  - Г. Отсутствие признаков интоксикации.
78. Факторы, способствующие развитию гнойного процесса в молочной железе при лактационном мастите:
- А. Выраженная способность железистой ткани к отграничению воспалительного процесса.
  - Б. Склонность к распространению воспалительного процесса по интерстициальным промежуткам в молочной железе.

- В. Легкий переход воспалительного процесса на другую молочную железу.
  - Г. Распространение процесса гематогенным путем.
79. Возможный исход при инфильтративном лактационном мастите:
- А. Рассасывание инфильтрата.
  - Б. Всегда нагноение инфильтрата.
  - В. Сохранение инфильтрата без динамики в течение года.
  - Г. Хронический мастит с частыми обострениями.
80. Характерные особенности течения послеродового мастита в современных условиях:
- А. Возрастание числа заболевших женщин старше 30 лет.
  - Б. Преобладание гангренозной формы.
  - В. Наличие субклинической формы.
  - Г. Преобладание инфильтративной формы.
81. Для диагностики лактационного мастита применяют:
- А. Бактериологическое исследование молока.
  - Б. Бактериологическое исследование лохий.
  - В. Бактериологическое исследование кала.
  - Г. Бактериологическое исследование мочи.
82. Для уточнения характера возбудителя послеродового воспалительного заболевания необходимо производить посев:
- А. Гнойного содержимого очага воспаления.
  - Б. Из зева.
  - В. Содержимого кишечника.
  - Г. Из носа.
83. У больных с серозным маститом применяют лечение:
- А. Антибиотики.
  - Б. Обильное питье.
  - В. Широкое вскрытие, промывание и дренирование.
  - Г. Грелки.
84. Основные показания к подавлению лактации у больных с лактационным маститом:
- А. Желание женщины.
  - Б. Гнойный мастит.
  - В. Серозный мастит.
  - Г. Нагрубание молочных желез.

85. Симптомы хронического эндометрита:
- А. Фебрильная температура.
  - Б. Диарея.
  - В. Боли внизу живота.
  - Г. Бесплодие и невынашивание.
86. Основная причина акушерского перитонита:
- А. Разрывы шейки матки.
  - Б. Послеродовая язва промежности.
  - В. Цервицит.
  - Г. Эндомиометрит.
87. Для акушерского перитонита характерно:
- А. Нарастающая тахикардия.
  - Б. Диарея.
  - В. Нарастающая брадикардия.
  - Г. Боли за грудиной.
88. Одним из ведущих звеньев в патогенезе перитонита является:
- А. Гепато-лиенальный синдром.
  - Б. Паралитическая непроходимость кишечника.
  - В. Асцит.
  - Г. Гиперволемия.
89. Клиническими признаками истинного абсцесса бартолиновой железы являются:
- А. Повышение температуры тела до 37 град. С.
  - Б. Синюшность кожных покровов вульвы.
  - В. Определение флюктуации в области увеличенной и болезненной при пальпации бартолиновой железы.
  - Г. Язва вульвы.
90. Особенности течения туберкулезного поражения придатков матки состоят в следующем:
- А. Течение заболевания острое.
  - Б. Пальпаторно могут определяться четкообразные, ограниченные в подвижности придатки матки.
  - В. Отмечается асцит.
  - Г. Формируется абсцесс придатков.
91. Для верификации диагноза туберкулеза гениталий применяют:
- А. Гистеросальпингографию.

- Б. Биконтрастную гинекографию.
  - В. Лимфографию.
  - Г. Гистологическое исследование.
92. Часто встречается следующая локализация воспалительного процесса гениталий, обусловленного хламидийной инфекцией:
- А. Вульвит.
  - Б. Сальпингоофорит.
  - В. Параметрит.
  - Г. Вагинит.
93. В соответствии с классификацией гонореи не существует следующей нозологической формы:
- А. Свежая гонорея.
  - Б. Хроническая гонорея.
  - В. Скрытая гонорея.
  - Г. Гонококконосительство.
94. Особенности менструальной функции у больных с хроническим сальпингоофоритом:
- А. Длительность менструации 5 – 6 дней.
  - Б. Дисменорея.
  - В. 28-дневный цикл.
  - Г. Аменорея.
95. Для лечения больных с остроконечными кондиломами наружных половых органов применяют:
- А. Фурацилин.
  - Б. Аргонеплазменную коагуляцию.
  - В. Лазер.
  - Г. Далацин.
96. Условия, способствующие интраканаликулярному распространению инфекции в матку и придатки:
- А. Слабокислая среда влагалищного содержимого.
  - Б. Нарушение гигиены половой жизни.
  - В. 1-я и 2-я степень чистоты влагалищного содержимого.
  - Г. Сомкнутый наружный зев.
97. Нарушение генеративной функции у женщин, страдающих хроническим сальпингоофоритом, проявляется отсутствием у них:

- А. Бесплодия.
  - Б. Внематочной беременности.
  - В. Прогрессирующей маточной беременности.
  - Г. Неразвивающейся беременности.
98. Особенности взятия материала для бактериоскопического исследования из половых путей женщины:
- А. Мазки берутся из уретры, влагалища и цервикального канала.
  - Б. Мазки допустимо брать после назначения антибактериальных препаратов.
  - В. До взятия мазков женщина должна помочиться.
  - Г. В день взятия мазков женщина должна подмываться или спринцеваться несколько раз.
99. Развитие воспалительных тубоовариальных образований связано:
- А. С абортами, самопроизвольными выкидышами.
  - Б. С применением КОК.
  - В. С внутриматочной перегородкой.
  - Г. С отсутствием половых контактов.
100. Профилактика развития хронических воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии:
- А. Пропаганда абортов.
  - Б. Не следует проводить реабилитацию после абортов.
  - В. Своевременная диагностика и лечение подострого эндометрита после родов.
  - Г. 3-я степень чистоты влагалищного мазка перед введением внутриматочной спирали.
101. У больных с хроническим рецидивирующим сальпингоофоритом имеет место:
- А. Стабильная экскреция гонадотропинов.
  - Б. Снижение бактерицидной активности сыворотки крови.
  - В. Гиперфункция коры надпочечников.
  - Г. Резкое снижение аутоиммунизации.
102. Для диагностики воспалительных образований придатков матки не целесообразно применять:



- А. Трансабдоминальную эхографию.
  - Б. Трансвагинальную эхографию.
  - В. Компьютерную томографию.
  - Г. Магнитно-резонансную томографию.
103. Осложнением при гнойных воспалительных образованиях придатков матки не будет считаться:
- А. Микроперфорация образования с последующим развитием перитонита.
  - Б. Перфорация образования в смежные тазовые органы.
  - В. Образование межкишечного абсцесса.
  - Г. Вторичный аппендицит.
104. Факторы риска развития перитонита после операции кесарева сечения:
- А. Длительность операции 40 минут, без осложнений.
  - Б. Интраперитонеальная методика операции на фоне хориоамнионита.
  - В. Плановая операция.
  - Г. Вовремя выполненное ОЦК после операции.
105. Для токсической стадии гинекологического перитонита характерно:
- А. Повышение фагоцитарной активности лейкоцитов.
  - Б. Повышение уровня общего белка и альбумино-глобулинового коэффициента в сыворотке крови.
  - В. Резко положительная реакция на С-реактивный белок.
  - Г. Лейкопения.
106. В зависимости от пути инфицирования выделяют клинические формы перитонита после кесарева сечения:
- А. Вследствие послеоперационного расхождения швов на матке.
  - Б. На фоне эктопии шейки матки.
  - В. Вследствие длительной диареи.
  - Г. Вследствие функционально узкого таза.
107. Диагностические критерии гинекологического перитонита:
- А. Выявление чаш Клойбера при обзорном рентгенологическом исследовании брюшной полости.
  - Б. Обнаружение гемоторакса при ультразвуковом исследовании.

- В. Ректальная температура не превышает таковую в подмышечной области (37,0 град. С).
  - Г. Обнаружение гидроторакса при ультразвуковом исследовании.
108. Элементы комплексной терапии, проводимой у больных с перитонитом, после операции кесарева сечения:
- А. Рациональная антибиотикотерапия, нормализация ОЦК.
  - Б. Нормализация ОЦК, цитостатики.
  - В. Восстановление перистальтики кишечника.
  - Г. Оперативное лечение в объеме удаления маточных труб.
109. По локализации септического очага выделяют следующие клинические формы септического шока:
- А. Гестационную, шеечную.
  - Б. Перитонеальную, влагалищную.
  - В. Легочную, гестационную.
  - Г. Сосудистую, шеечную.
110. Ведущие клинические симптомы при септицемии после родов:
- А. Высокая лихорадка, симптомы раздражения брюшины.
  - Б. Геморрагическая пурпура, эктопия шейки матки.
  - В. Полиурия, высокая лихорадка.
  - Г. Обильная, иногда кровавая рвота и понос.
111. При стафилококковой септикопиемии после родов отмечается следующая локализация метастатических очагов:
- А. Эндокард, шейка матки.
  - Б. Крупные суставы, эндокард.
  - В. Периост, влагалище.
  - Г. Мелкие суставы, эндоцервикс.
112. Различают следующие формы септикопиемии после родов:
- А. Шеечную и влагалищную.
  - Б. Пульмональную и кардиальную.
  - В. Тромбофлебитическую и влагалищную.
  - Г. Кардиальную и шеечную.
113. Для лечения больных с послеродовым сепсисом применяют:
- А. Свежезамороженную плазму, эритроцитарную массу.
  - Б. Гепарин, эритроцитарную массу.

- В. Реополиглюкин, гепарин.
  - Г. Лизоцим, свежезамороженную плазму.
114. В развитии гарднереллеза имеет значение:
- А. Гипоэстрогения, рост анаэробов.
  - Б. Сдвиг рН влагалищного содержимого в кислую сторону.
  - В. Лактобациллы в большом количестве.
  - Г. ВПЧ 16, 18 типа.
115. Эндометриоз шейки матки встречается у женщин после:
- А. Внутриматочных вмешательств.
  - Б. Лапароскопической миомэктомии с последующей марцелей препаратом.
  - В. Лапаротомии.
  - Г. Медикаментозного аборта.
116. Для аденомиоза не характерно:
- А. Наличие гиперплазии мышечной ткани матки.
  - Б. Равномерное увеличение размеров матки накануне менструации.
  - В. Неравномерное увеличение размеров матки накануне менструации.
  - Г. Наличие в миометрии плотных узлов, окруженных капсулой.
117. Факторы риска по развитию аденокарциномы в очагах внутреннего эндометриоза у пациенток в постменопаузе:
- А. Ожирение.
  - Б. Гипертоническая болезнь.
  - В. Сахарный диабет.
  - Г. Все перечисленные факторы.
118. Для эндометриоидных кист яичника характерны следующие клинические симптомы:
- А. Боли внизу живота.
  - Б. Вторичная анемия.
  - В. Скучные менструации.
  - Г. Выраженный гирсутизм.
119. Эндометриоидную кисту яичника следует дифференцировать:
- А. С кистами эндоцервикса.

- Б. С кистой гартнерова хода.
  - В. С подслизистой миомой матки.
  - Г. С раком яичника.
120. Хирургическое лечение больной с эндометриозом показано:
- А. При эффективном консервативном лечении.
  - Б. При наличии эндометриоидной кисты яичника.
  - В. Всегда в постменопаузе.
  - Г. При аденомиозе II стадии.
121. Для аденомиоза III стадии (при бимануальном исследовании матки у пациентки накануне менструации) не характерно:
- А. Уплотнение матки.
  - Б. Увеличение размеров матки.
  - В. Размягчение матки.
  - Г. Наличие резкой болезненности матки.
122. Для диагностики аденомиоза методом гистеросальпингографии наиболее благоприятными являются следующие дни менструального цикла:
- А. За 1 – 2 дня до начала менструации.
  - Б. Сразу после окончания менструации.
  - В. На 12 – 14-й день.
  - Г. На 20 – 22-й день.
123. Определение термина «эндометриоз»:
- А. Дисгормональная гиперплазия эктопированного эндометрия.
  - Б. Злокачественная опухоль.
  - В. Доброкачественное разрастание гормонопродуцирующей ткани.
  - Г. Воспалительный процесс эндометрия.
124. При «малых» формах эндометриоза размер эндометриоидных гетеротопий не превышает:
- А. 0,4 см.
  - Б. 0,5 см.
  - В. 0,6 см.
  - Г. 0,7 см.
125. В патогенезе эндометриоза играют роль следующие иммунологические сдвиги в организме женщины:

- А. Рост содержания Т- и В-лимфоцитов.
  - Б. Отсутствие аутоантител к ткани эндометрия.
  - В. Угнетение Т-супрессоров.
  - Г. Супрессия клеток «киллеров» и макрофагов.
126. При аденомиозе чаще встречается:
- А. Диффузная форма.
  - Б. Диффузно-очаговая форма.
  - В. Узловатая форма.
  - Г. Фиброзно-узловая форма.
127. Характерная локализация аденомиоза:
- А. Корпоральная и истмическая.
  - Б. Истмическая и яичниковая.
  - В. Яичниковая и корпоральная.
  - Г. Корпоральная и шейечная.
128. Выраженный болевой симптом редко наблюдается при локализации генитального эндометриоза:
- А. В истмико-цервикальном отделе матки.
  - Б. В шейке матки.
  - В. В маточных трубах.
  - Г. В ретроцервикальной области.
129. Диагностику эндометриоза можно считать запоздалой, если выявлено:
- А. М-эхо 5мм.
  - Б. Киста желтого тела в диаметре до 5 – 6 см.
  - В. Эндометриоидная киста яичника в диаметре до 9 – 10 см.
  - Г. Перитубарные спайки.
130. Диагностическим критерием эндометриоидной кисты яичника при ультразвуковом исследовании малого таза является наличие:
- А. Яичникового образования с однородным гомогенным содержимым.
  - Б. Эхопозитивных взвесей внутри патологического образования яичника.
  - В. Папиллярные разрастания по внутренней капсуле кисты.
  - Г. Симптом «снежной бури».

131. У больных с ретроцервикальным эндометриозом III – IV стадии накануне и в дни менструации отмечаются следующие клинические симптомы:
- А. Резкие «стреляющие» боли, иррадиирующие во влагалище и прямую кишку.
  - Б. Гнойные выделения.
  - В. Носовые кровотечения.
  - Г. Повышение температуры до 38 град. С.
132. Наиболее эффективным методом лечения аденомиоза II стадии является:
- А. Визанна по 2 мг в день непрерывным курсом в течение года.
  - Б. Жанин-63 в пролонгированном режиме в течение 6 месяцев.
  - В. Гестринон по 1 капсуле 2 раза в неделю в течение 6 месяцев.
  - Г. Люкреин-депо 3,6 мг, 1 инъекция в 28 дней в течение 6 месяцев.
133. Оптимальная длительность лечения больных агонистами гонадолиберина составляет:
- А. 3 месяца.
  - Б. 6 месяцев.
  - В. 9 месяцев.
  - Г. 12 месяцев.
134. Факторы риска по развитию эндометриоза яичников:
- А. Нарушение соотношения половых и гонадотропных гормонов.
  - Б. Длительный прием КОК.
  - В. Гипоменструальный синдром.
  - Г. Гиперандрогении.
135. Эндометриоз развивается в результате:
- А. Дисгормональных расстройств.
  - Б. Патологии шейки матки.
  - В. Гипоменструального синдрома.
  - Г. Гиперандрогении.
136. К внутреннему генитальному эндометриозу относится следующая локализация:

- А. Яичники.
  - Б. Трубы.
  - В. Крестцово-маточные и круглые связки.
  - Г. Г. Нижний сегмент матки.
137. Характерные особенности внутреннего генитального эндометриоза:
- А. Развитие массивного спаечного процесса в малом тазу.
  - Б. Образование крупных кист (до 5 – 6 см в диаметре).
  - В. Атрофия мышечных волокон, окружающих очаги эндометриоза.
  - Г. Дисменорея.
138. Для аденомиоза I стадии характерно следующее:
- А. Бесплодие.
  - Б. Боли внизу живота в середине цикла.
  - В. Значительное увеличение матки.
  - Г. Болезненные менструации.
139. Для аденомиоза характерны следующие клинические симптомы:
- А. Невынашивание.
  - Б. Мажущие кровянистые выделения до и после менструации.
  - В. Олигоменорея.
  - Г. Гнойные выделения.
140. Для эндометриоза шейки матки характерно:
- А. Бесплодие.
  - Б. Дисменорея.
  - В. Контактные кровотечения, особенно накануне и во время менструации.
  - Г. Боли в глубине таза, усиливающиеся в сидячем положении.
141. Для диагностики ретроцервикального эндометриоза используют следующий дополнительный метод исследования:
- А. Колоноскопия.
  - Б. Бронхоскопия.
  - В. Гистероскопия.
  - Г. Лапароскопия.
142. Для диагностики аденомиоза применяют:

- А. Колоноскопию.
  - Б. Бронхоскопию.
  - В. Гистероскопию.
  - Г. Кульдоскопию.
143. Для эндометриоза шейки матки характерна следующая кольпоскопическая картина:
- А. «Укол иглой».
  - Б. «Тутовая ягода».
  - В. «Пчелиные соты».
  - Г. «Булыжная мостовая».
144. Рубцово-спаечный процесс в малом тазу при эндометриоидных кистах яичников является следствием:
- А. Неоднократных небольших перфораций эндометриоидных кист с излитием содержимого в брюшную полость.
  - Б. Аденомиоза.
  - В. Оперативного лечения.
  - Г. Гормонального лечения.
145. Перфорацию эндометриоидной кисты яичника следует дифференцировать:
- А. С апоплексией яичника.
  - Б. С шеечной беременностью.
  - В. С рождающимся фиброматозным узлом.
  - Г. С перфорацией язвы желудка.
146. Эндометриоз ректовагинальной клетчатки следует дифференцировать:
- А. С раком вульвы.
  - Б. С геморроидальным тромбозом.
  - В. С инородным телом.
  - Г. С параметральным вариантом рака шейки матки.
147. Для диагностики эндометриоза шейки матки применяют следующий метод исследования:
- А. Кольпоскопию и прицельную биопсию шейки матки.
  - Б. Гистероскопию.
  - В. Диагностическое выскабливание цервикального канала.
  - Г. Компьютерную томографию.
148. Эндометриоз тела матки следует дифференцировать:
- А. С миомой матки.



- Б. С внутриматочной перегородкой.
  - В. С субсерозным узлом на ножке.
  - Г. С параметритом.
149. При выборе метода терапии у больных эндометриозом необходимо руководствоваться:
- А. Возрастом менархе.
  - Б. Сроком менопаузы.
  - В. Степенью распространенности процесса.
  - Г. Стоимостью препаратов.
150. Для проведения гормональной терапии у больных эндометриозом не следует применять:
- А. Гестагены.
  - Б. Антигонадотропины.
  - В. Эстрогены.
  - Г. Агонисты гонадолиберина.
151. Следующие данные гистероскопии свидетельствуют о наличии внутреннего эндометриоза:
- А. Увеличение полости матки.
  - Б. Выраженная деформация полости матки.
  - В. Наличие полиповидных разрастаний.
  - Г. На фоне бледно-розовой слизистой – точечные отверстия, из которых выделяется жидкая кровь.
152. Характерными признаками внутреннего эндометриоза, выявляемыми при метросальпингографии, является:
- А. Значительное увеличение полости матки.
  - Б. Выраженная деформация полости матки.
  - В. Наличие «дефектов наполнения».
  - Г. Наличие «законтурных теней».
153. Факторы риска по развитию генитального эндометриоза:
- А. Олигоменорея.
  - Б. Гиперандрогения.
  - В. Синдром Рокитанского – Кюстнера.
  - Г. Альгоменорея с менархе.
154. При ретроцервикальной локализации процесса эндометриозные гетеротопии располагаются:
- А. На пузырно-маточной складке.
  - Б. На серозном покрове тонкого кишечника.

- В. В ректовагинальной клетчатке.
  - Г. На слизистой ротовой полости.
155. При бимануальном исследовании накануне менструации у больной с ретроцервикальным эндометриозом в заднем влагалищном своде обнаруживаются образования, имеющие следующие характерные особенности:
- А. Мелкобугристые, размером до 1 – 3 см, резко болезненные при пальпации.
  - Б. Подвижные, размером до 5 см, безболезненные.
  - В. Образования не определяются.
  - Г. Мягко эластической консистенции, безболезненные.
156. Хирургическое лечение проводят у больных эндометриозом:
- А. При аденомиозе тела матки 1-й степени.
  - Б. При «шоколадной» кисте 5 – 6 см.
  - В. При эффективной гормонотерапии в течение 4 – 6 месяцев.
  - Г. В постменопаузе.
157. Основная задача при лечении больных с генитальным эндометриозом:
- А. Подавление гиперандрогении.
  - Б. Избавление пациенток от зависимостей.
  - В. Нормализация репродуктивной функции.
  - Г. Нормализация психоневрологических реакций.
158. Варианты локализации экстрагенитального эндометриоза:
- А. Яичники.
  - Б. Трубы.
  - В. Послеоперационный рубец.
  - Г. Шейка матки.
159. Брак считается бесплодным, если при наличии регулярной половой жизни без применения контрацептивов беременность не наступает в течение не менее:
- А. 0,5 года.
  - Б. 1 года.
  - В. 2,5 лет.
  - Г. 5 лет.
160. Сперматозоиды проникают в полость матки после полового акта через:
- А. 5 минут.

- Б. 10 – 15 минут.
  - В. 30 – 60 минут.
  - Г. 2 – 3 часа.
161. Сперматозоиды попадают в маточные трубы и брюшную полость после полового акта через:
- А. 5 минут.
  - Б. 30 – 60 минут.
  - В. 1,5 – 2 часа.
  - Г. 6 часов.
162. Сперматозоиды после проникновения в матку и трубы сохраняют способность к оплодотворению в течение:
- А. Менее 6 часов.
  - Б. 6 – 12 часов.
  - В. 24 – 48 часов.
  - Г. 3 – 5 суток.
163. После овуляции яйцеклетка сохраняет способность к оплодотворению в течение:
- А. 6 часов.
  - Б. 12 – 24 часов.
  - В. 24 – 48 часов.
  - Г. 3 – 5 суток.
164. Положительный малый тест с дексаметазоном свидетельствует о том, что:
- А. Источником гиперандрогении являются яичники.
  - Б. Источником гиперандрогении являются надпочечники.
  - В. Гиперандрогения связана с аденомой гипофиза.
  - Г. Гиперандрогения обусловлена кортикостеромой надпочечника.
165. Комбинированные эстроген-гестагенные препараты применяются с лечебной целью у больных:
- А. С гиперандрогенией, обусловленной склерокистозом яичников.
  - Б. С гиперандрогенией, обусловленной арренобластомой яичника.
  - В. С адреногенитальным синдромом.
  - Г. С гиперандрогенией, обусловленной национальными особенностями.

166. Лечебно-диагностический эффект дексаметазона при гиперандрогении обусловлен:
- А. Угнетением функции яичников.
  - Б. Угнетением функции надпочечников.
  - В. Угнетением продукции АКТГ.
  - Г. Угнетением продукции ФСГ и ЛГ.
167. Лечебно-диагностический эффект комбинированных эстроген-гестагенных препаратов при гиперандрогении обусловлен:
- А. Угнетением функции яичников.
  - Б. Угнетением продукции АКТГ.
  - В. Ускорением инактивации андрогенов.
  - Г. Угнетением продукции ФСГ и ЛГ гипофизом.
168. При выявлении аденогенитального синдрома (АГС) лечение необходимо начинать:
- А. С момента установления диагноза.
  - Б. После установления менструальной функции.
  - В. После замужества.
  - Г. Только после родов.
169. Для восстановления генеративной функции при дисгенезии гонад необходимо:
- А. Длительная циклическая терапия половыми гормонами.
  - Б. Стимуляция овуляции.
  - В. Клиновидная резекция яичников.
  - Г. Восстановление генеративной функции бесперспективно.
170. При нарушении функции щитовидной железы развитие бесплодия обусловлено:
- А. Выраженным нарушением жирового обмена.
  - Б. Постоянной гипотермией тела.
  - В. Угнетением процессов овуляции.
  - Г. Уплотнением белочной оболочки яичников.
171. Оптимальная длительность применения парлодела с целью восстановления репродуктивной функции при гиперпролактинемии составляет:
- А. Постоянное применение.
  - Б. 1 год.
  - В. 3 – 6 месяцев.
  - Г. В зависимости от клинических данных.

172. При лечении парлоделом беременность чаще всего наступает (от момента начала терапии):
- А. На первом месяце.
  - Б. На третьем месяце.
  - В. Через 1 год.
  - Г. Не зависит от длительности приема препарата.
173. Причины женского бесплодия в браке:
- А. Астенозооспермия.
  - Б. Инфантилизм и гипоплазия половых органов.
  - В. Сахарный диабет.
  - Г. Простатит.
174. Трубно бесплодие может быть обусловлено:
- А. Склеротическими изменениями в матке.
  - Б. Развитием новообразования в гипоталамусе.
  - В. Развитием аденомы гипофиза.
  - Г. Перенесенным сальпингитом.
175. Повышенная продукция пролактина у больных с бесплодием не может быть обусловлена:
- А. Развитием новообразования в гипоталамусе.
  - Б. Развитием аденомы гипофиза.
  - В. Снижением продукции в гипоталамусе пролактинингибирующего фактора.
  - Г. Длительным приемом КОК.
176. Методами, проведение которых помогает уточнить диагноз синдрома истощения яичников, являются:
- А. Определение ИМТ.
  - Б. Определение гонадотропных гормонов.
  - В. Определение ИППП.
  - Г. Биопсия шейки матки.
177. Синдром истощения яичников характеризуется:
- А. Обильными менструациями.
  - Б. Двухфазным характером кривой базальной температуры.
  - В. Положительной пробой с прогестероном.
  - Г. Положительной пробой с эстрогенами и прогестероном.
178. Гиперстимуляция яичников может наблюдаться:
- А. При применении пергонала.

- Б. При длительном применении комбинированных эстроген-гестагенных препаратов.
  - В. При применении радоновых ванн.
  - Г. При длительном применении парлодела.
179. Возможные причины эндокринного бесплодия:
- А. Тератозооспермия.
  - Б. Гипоталамо-гипофизарная дисфункция.
  - В. Митральная недостаточность.
  - Г. Гипоандрогения.
180. Фактором, подтверждающим трубное бесплодие при хроническом сальпингоофорите, не будет являться:
- А. Сужение или полная облитерация просвета маточных труб.
  - Б. Повреждение реснитчатого эпителия слизистой маточной трубы.
  - В. Развитие перитубарных спаек.
  - Г. Хромосальпингоскопия (++)
181. Информативным методом диагностики малых форм эндометриоза брюшины является:
- А. Гистеросальпингография.
  - Б. Гистероскопия.
  - В. Лапароскопия.
  - Г. Магнитно-резонансная томография.
182. Для синдрома Штейна – Левенталя характерно:
- А. Регулярный менструальный цикл.
  - Б. Рост волос по женскому типу.
  - В. Бесплодие.
  - Г. Увеличение молочных желез.
183. При образовании мочеполового свища после родов пластическую операцию следует производить через:
- А. 1 – 2 месяца.
  - Б. 2 – 3 месяца.
  - В. 3 – 4 месяца.
  - Г. 5 – 6 месяцев.
184. Кариотип человека – это:
- А. Набор генов.
  - Б. Половые хромосомы.

- В. Спираль ДНК.
  - Г. Совокупность данных о числе, размерах и структуре хромосом.
185. Эффекты, приводящие к хромосомным aberrациям в соматических клетках:
- А. Радиация, вирусы.
  - Б. Химические вещества, раздельное питание.
  - В. Вирусы, анемия.
  - Г. Анемия, биологические факторы.
186. Основной признак синдрома Шерешевского – Тернера:
- А. Фенотип мужской.
  - Б. Вторичная аменорея.
  - В. Развитая матка.
  - Г. Аплазия или гипоплазия гонад.
187. Для типичного варианта синдрома Клайнфельтера характерно:
- А. Увеличение количества половых хромосом.
  - Б. Женский пол больных.
  - В. Мужской тип строения скелета.
  - Г. Наличие вторичных половых признаков.
188. Для приступа мочекаменной болезни характерно:
- А. Гипоизостенурия.
  - Б. Лейкоцитурия.
  - В. Дизурия.
  - Г. Резкие боли по ходу мочеточника.
189. Для диагностики мочекаменной болезни во время беременности наиболее целесообразно применить следующее исследование:
- А. Обзорную рентгенографию.
  - Б. Экскреторную урографию.
  - В. Цистоскопию.
  - Г. УЗИ.
190. К группе высокого риска по заболеванию СПИДом относятся:
- А. Больные ОРВИ.
  - Б. CIN 3.
  - В. Больные гемофилией.
  - Г. ВПГ 2 типа.

## ОТВЕТЫ

**Раздел 1.** Организация акушерско-гинекологической помощи.  
Клиническая анатомия и физиология органов малого таза. Методы  
обследования в акушерстве и гинекологии

1	Г	21	Г	41	Г	61	В	81	А
2	Б	22	Г	42	Г	62	А	82	Г
3	А	23	Г	43	А	63	Б	83	А
4	Г	24	В	44	Б	64	В	84	Б
5	Б	25	Б	45	Б	65	В	85	Б
6	Г	26	Г	46	Г	66	Г	86	Б
7	Г	27	Б	47	Г	67	А		
8	В	28	А	48	А	68	В		
9	Г	29	В	49	А	69	А		
10	Г	30	В	50	В	70	А		
11	Б	31	Г	51	А	71	А		
12	Б	32	Б	52	А	72	А		
13	В	33	В	53	А	73	А		
14	Г	34	Б	54	В	74	А		
15	В	35	А	55	А	75	В		
16	А	36	Г	56	А	76	А		
17	Г	37	А	57	В	77	В		
18	А	38	А	58	В	78	В		
19	В	39	Б	59	Б	79	В		
20	В	40	В	60	Г	80	Б		



**Раздел 2. Патология эндометрия и миометрия. Патология шейки матки**

1	Б	21	А	41	А	61	В	81	В	101	В	121	Г
2	А	22	Г	42	Б	62	А	82	А	102	А	122	Б
3	А	23	В	43	Г	63	Г	83	Б	103	В	123	В
4	Г	24	В	44	Г	64	В	84	А	104	А	124	Б
5	В	25	Г	45	А	65	В	85	В	105	В	125	В
6	Б	26	В	46	В	66	Г	86	А	106	Б	126	В
7	В	27	Б	47	Б	67	В	87	Б	107	Б	127	Г
8	Б	28	В	48	А	68	В	88	А	108	А	128	А
9	Б	29	Б	49	В	69	А	89	Г	109	Б	129	В
10	А	30	Г	50	Б	70	В	90	В	110	В	130	Б
11	А	31	Б	51	Б	71	Б	91	В	111	В	131	А
12	Б	32	А	52	Б	72	А	92	Б	112	Г	132	А
13	Г	33	В	53	А	73	Б	93	А	113	А	133	В
14	А	34	А	54	А	74	Б	94	Г	114	Б	134	А
15	В	35	Б	55	Г	75	В	95	В	115	А	135	В
16	В	36	А	56	Г	76	А	96	Г	116	В	136	Б
17	Г	37	В	57	А	77	А	97	Б	117	А	137	Б
18	В	38	В	58	Б	78	А	98	Б	118	Б	138	В
19	Г	39	В	59	В	79	В	99	Б	119	Б	139	Б
20	Г	40	А	60	Б	80	Б	100	А	120	В	140	В

**Раздел 3. Физиологическое акушерство. Антенатальная охрана здоровья плода и перинатальная патология**

1	А	41	Б	81	А	121	А	161	А	201	В
2	А	42	Б	82	А	122	В	162	Г	202	А
3	А	43	А	83	Г	123	А	163	Б	203	А
4	Б	44	Г	84	А	124	В	164	А	204	А
5	В	45	В	85	А	125	Б	165	Б	205	Б
6	В	46	А	86	А	126	Г	166	Г	206	В
7	А	47	А	87	А	127	Г	167	В	207	Г
8	Г	48	Б	88	Б	128	Г	168	А	208	Г
9	В	49	А	89	Б	129	В	169	А	209	Г
10	Г	50	Г	90	Г	130	В	170	В	210	Б
11	В	51	А	91	Б	131	В	171	Б	211	А
12	А	52	Г	92	Г	132	Г	172	Б	212	Б
13	В	53	А	93	Г	133	Г	173	А	213	В
14	В	54	Г	94	Г	134	Б	174	А	214	А
15	Б	55	Б	95	В	135	А	175	А	215	А
16	Б	56	Б	96	Г	136	Б	176	Б	216	В
17	Б	57	В	97	Г	137	Г	177	В	217	Б
18	А	58	Г	98	Б	138	Г	178	Б	218	Б
19	А	59	А	99	В	139	В	179	А	219	Г
20	Г	60	Б	100	Г	140	В	180	А	220	Б
21	А	61	В	101	А	141	Б	181	А	221	Г
22	А	62	В	102	А	142	Б	182	В	222	Г
23	А	63	Б	103	Б	143	А	183	Г	223	Б
24	В	64	Б	104	А	144	А	184	Б	224	Г
25	Б	65	А	105	Б	145	В	185	В	225	Г
26	В	66	Б	106	А	146	Б	186	Б	226	Г
27	Г	67	А	107	Б	147	Б	187	В	227	В
28	В	68	В	108	А	148	Б	188	Г	228	В
29	А	69	Г	109	А	149	А	189	А	229	В
30	Б	70	А	110	В	150	Б	190	Б	230	Г
31	А	71	Г	111	А	151	Б	191	Б	231	А
32	Г	72	В	112	В	152	Б	192	А	232	Г
33	Б	73	В	113	Б	153	Г	193	Б	233	Г
34	Г	74	В	114	В	154	Б	194	В	234	Б
35	В	75	А	115	Б	155	В	195	Б	235	В
36	Б	76	Б	116	В	156	Г	196	А	236	Б
37	А	77	А	117	А	157	А	197	Б	237	В
38	Б	78	В	118	Б	158	Б	198	Б		
39	Г	79	Б	119	В	159	А	199	В		
40	В	80	А	120	Б	160	А	200	Б		

**Раздел 4. Патологическое и оперативное акушерство. Экстренные заболевания в акушерстве и гинекологии**

1	Г	41	В	81	А	121	Б	161	Г	201	А
2	Г	42	Б	82	Б	122	В	162	Б	202	В
3	В	43	В	83	Г	123	Б	163	А	203	Б
4	В	44	А	84	Б	124	В	164	Б	204	А
5	Г	45	В	85	Г	125	В	165	А	205	А
6	Б	46	Б	86	В	126	Б	166	В	206	А
7	Б	47	В	87	Г	127	В	167	А	207	Б
8	А	48	Г	88	А	128	Б	168	В	208	Б
9	Б	49	Г	89	Г	129	Г	169	А	209	В
10	Б	50	В	90	Г	130	В	170	Б	210	А
11	В	51	Г	91	А	131	Б	171	В	211	Б
12	Г	52	В	92	Г	132	В	172	В	212	А
13	А	53	В	93	Б	133	А	173	Б	213	В
14	А	54	В	94	Б	134	В	174	А	214	А
15	Б	55	Г	95	Г	135	А	175	Б	215	В
16	А	56	А	96	Г	136	Б	176	В	216	В
17	Б	57	Б	97	В	137	Б	177	Б	217	А
18	В	58	А	98	Б	138	А	178	В	218	Б
19	Г	59	В	99	Б	139	Б	179	Б	219	Г
20	В	60	А	100	Г	140	Б	180	Б	220	В
21	Б	61	Г	101	Г	141	В	181	В	221	В
22	В	62	В	102	В	142	В	182	А	222	Б
23	В	63	Б	103	Г	143	Б	183	Б	223	Б
24	Г	64	Б	104	А	144	Б	184	В	224	В
25	Г	65	А	105	В	145	А	185	Б	225	В
26	Г	66	В	106	А	146	Б	186	Б	226	В
27	Г	67	В	107	Г	147	Г	187	Б	227	В
28	А	68	Б	108	Б	148	В	188	В	228	Б
29	А	69	Б	109	В	149	В	189	В	229	В
30	В	70	В	110	В	150	В	190	В	230	В
31	Б	71	А	111	Б	151	Б	191	Б	231	В
32	Г	72	В	112	В	152	Б	192	Б	232	Г
33	Б	73	А	113	В	153	Б	193	В	233	А
34	В	74	Г	114	А	154	В	194	А	234	Б
35	Б	75	А	115	В	155	В	195	Г	235	В
36	Г	76	А	116	Г	156	Б	196	Г	236	Г
37	В	77	Г	117	В	157	Г	197	Г	237	Г
38	Б	78	Б	118	А	158	Б	198	Б	238	Б
39	А	79	Г	119	Г	159	А	199	А	239	А
40	Б	80	В	120	Б	160	А	200	Б	240	Б

**Раздел 4. Патологическое и оперативное акушерство. Экстрагенитальные заболевания в акушерстве и гинекологии**

*Продолжение*

241	Г	281	Б	321	Б	361	Б				
242	А	282	В	322	Б	362	В				
243	Г	283	Б	323	В	363	В				
244	В	284	А	324	В	364	Б				
245	Б	285	Г	325	А	365	Б				
246	Г	286	Б	326	В	366	А				
247	А	287	Б	327	Г	367	Б				
248	В	288	А	328	В	368	А				
249	Г	289	Г	329	А	369	А				
250	Б	290	В	330	А	370	В				
251	Г	291	В	331	А	371	В				
252	Б	292	Г	332	А	372	В				
253	Б	293	Б	333	А	373	Г				
254	В	294	Г	334	А	374	В				
255	А	295	Б	335	В	375	А				
256	Б	296	Г	336	В	376	Б				
257	В	297	Г	337	Г	377	А				
258	В	298	В	338	Г	378	Б				
259	В	299	В	339	В	379	Г				
260	В	300	В	340	В	380	В				
261	В	301	В	341	Г	381	А				
262	В	302	Г	342	А	382	А				
263	В	303	Г	343	А						
264	Б	304	А	344	В						
265	В	305	Б	345	А						
266	В	306	В	346	Б						
267	Б	307	В	347	В						
268	Г	308	Б	348	Б						
269	В	309	Г	349	В						
270	В	310	Г	350	А						
271	Б	311	Г	351	Б						
272	В	312	Б	352	Б						
273	В	313	Б	353	А						
274	В	314	В	354	Б						
275	Б	315	В	355	В						
276	А	316	Б	356	Б						
277	А	317	А	357	А						
278	А	318	Б	358	А						
279	В	319	В	359	А						
280	Б	320	Б	360	А						

## Раздел 5. Эндокринология и гинекология детского возраста

1	В	41	Г	81	А	121	А	161	В	201	Г
2	В	42	А	82	Г	122	В	162	Г	202	А
3	Б	43	А	83	А	123	В	163	А	203	Г
4	Б	44	В	84	А	124	А	164	Г	204	В
5	Б	45	А	85	В	125	А	165	В	205	В
6	Б	46	А	86	В	126	Б	166	Г	206	Г
7	А	47	В	87	А	127	Г	167	А	207	А
8	А	48	А	88	А	128	В	168	В		
9	Б	49	В	89	Б	129	В	169	Б		
10	А	50	Г	90	Б	130	Б	170	Г		
11	А	51	Б	91	Г	131	А	171	Г		
12	А	52	А	92	Б	132	Б	172	А		
13	В	53	Г	93	В	133	Б	173	Б		
14	А	54	В	94	В	134	Б	174	В		
15	А	55	А	95	А	135	Б	175	Б		
16	Б	56	А	96	В	136	Г	176	А		
17	Г	57	В	97	В	137	А	177	Г		
18	Г	58	Г	98	А	138	В	178	А		
19	В	59	Б	99	В	139	А	179	Б		
20	А	60	В	100	А	140	А	180	Г		
21	Б	61	В	101	В	141	Б	181	А		
22	А	62	Б	102	Б	142	Г	182	Г		
23	Г	63	А	103	Б	143	А	183	Г		
24	Б	64	А	104	В	144	А	184	А		
25	Б	65	А	105	В	145	Г	185	В		
26	Б	66	А	106	Б	146	В	186	Б		
27	В	67	В	107	А	147	Б	187	Б		
28	Б	68	Б	108	А	148	В	188	Б		
29	А	69	Б	109	В	149	Б	189	В		
30	В	70	А	110	Г	150	Б	190	В		
31	А	71	Б	111	Г	151	А	191	А		
32	Б	72	А	112	Г	152	В	192	В		
33	А	73	Б	113	Б	153	В	193	А		
34	Г	74	Б	114	В	154	Б	194	Г		
35	А	75	Б	115	Г	155	В	195	А		
36	Б	76	Г	116	Г	156	Г	196	Г		
37	А	77	Б	117	А	157	А	197	В		
38	В	78	Г	118	Б	158	Б	198	В		
39	В	79	В	119	В	159	В	199	Б		
40	В	80	А	120	Б	160	А	200	В		

**Раздел 6. Оперативная гинекология. Новообразования женских половых органов и молочных желез. Острый живот в гинекологии**

1	Б	41	Б	81	В	121	Б	161	А	201	В
2	В	42	А	82	В	122	В	162	Г	202	В
3	Б	43	Б	83	В	123	Г	163	Б	203	Б
4	В	44	Г	84	Г	124	Г	164	Г	204	Б
5	А	45	А	85	Г	125	Б	165	Г	205	А
6	А	46	Б	86	В	126	Г	166	А	206	В
7	Г	47	Б	87	Г	127	В	167	В	207	В
8	Б	48	Б	88	В	128	В	168	А	208	А
9	Б	49	Б	89	А	129	Г	169	А	209	В
10	В	50	А	90	Б	130	Г	170	А	210	В
11	Г	51	В	91	А	131	Г	171	В		
12	Б	52	А	92	В	132	А	172	Б		
13	А	53	Г	93	В	133	А	173	Г		
14	Г	54	Г	94	А	134	В	174	Г		
15	В	55	А	95	В	135	Г	175	Г		
16	Г	56	Б	96	В	136	Г	176	Б		
17	В	57	А	97	Б	137	В	177	А		
18	Б	58	В	98	Б	138	В	178	Г		
19	В	59	В	99	В	139	Г	179	В		
20	Г	60	А	100	Б	140	Б	180	А		
21	Г	61	А	101	В	141	Г	181	В		
22	А	62	Б	102	А	142	А	182	Б		
23	Г	63	А	103	А	143	Б	183	Г		
24	А	64	А	104	А	144	Г	184	А		
25	А	65	А	105	В	145	Г	185	В		
26	Г	66	А	106	Г	146	Г	186	Б		
27	Г	67	Г	107	Б	147	Г	187	Б		
28	Б	68	А	108	А	148	А	188	Б		
29	А	69	В	109	Б	149	А	189	А		
30	Б	70	Б	110	А	150	Г	190	Б		
31	В	71	Г	111	А	151	А	191	А		
32	А	72	Г	112	А	152	Г	192	А		
33	Г	73	Б	113	Г	153	А	193	Г		
34	Г	74	А	114	Г	154	Г	194	Б		
35	А	75	Г	115	А	155	Г	195	Г		
36	Б	76	Г	116	Г	156	Б	196	В		
37	А	77	Г	117	Г	157	Б	197	А		
38	В	78	А	118	Б	158	А	198	Г		
39	А	79	Г	119	Г	159	Б	199	А		
40	Г	80	В	120	Б	160	Б	200	А		

**Раздел 7. Воспалительные заболевания в акушерстве и гинекологии. Эндометриоз и бесплодие**

1	Г	41	В	81	А	121	А	161	В
2	Г	42	Г	82	А	122	Б	162	В
3	Г	43	В	83	А	123	А	163	В
4	В	44	Б	84	Б	124	Б	164	Б
5	Г	45	Г	85	Г	125	Г	165	А
6	А	46	Б	86	Г	126	А	166	В
7	В	47	В	87	А	127	А	167	Г
8	Г	48	Г	88	Б	128	Б	168	А
9	Г	49	Б	89	В	129	В	169	Г
10	Г	50	Б	90	Б	130	Б	170	В
11	Г	51	В	91	Г	131	А	171	В
12	В	52	В	92	Б	132	Г	172	Б
13	Г	53	А	93	В	133	Б	173	Б
14	А	54	Б	94	Б	134	А	174	Г
15	Б	55	В	95	Б	135	А	175	Г
16	Г	56	Б	96	Б	136	Г	176	Б
17	А	57	А	97	В	137	Г	177	Г
18	Г	58	В	98	А	138	Г	178	А
19	А	59	В	99	А	139	Б	179	Б
20	В	60	В	100	В	140	В	180	Г
21	Г	61	А	101	Б	141	Г	181	В
22	Б	62	Г	102	В	142	В	182	В
23	Б	63	А	103	Г	143	Б	183	Г
24	В	64	Г	104	Б	144	А	184	Г
25	А	65	Б	105	В	145	А	185	А
26	Г	66	Г	106	А	146	Г	186	Г
27	А	67	А	107	А	147	А	187	А
28	А	68	А	108	А	148	А	188	Г
29	Б	69	А	109	В	149	В	189	Г
30	Г	70	В	110	Г	150	В	190	В
31	Б	71	Г	111	Б	151	Г		
32	Г	72	Г	112	Б	152	Г		
33	Г	73	А	113	Г	153	Г		
34	Г	74	В	114	А	154	В		
35	В	75	А	115	А	155	А		
36	Г	76	Б	116	Г	156	Б		
37	Г	77	А	117	Г	157	В		
38	А	78	Б	118	А	158	В		
39	Г	79	А	119	Г	159	Б		
40	А	80	В	120	Б	160	В		

*Учебное пособие*

*Составители:*

Татьяна Анатольевна Обоскалова  
Лилия Ивановна Коротовских  
Ольга Валентиновна Прохорова  
Инна Вадимовна Лаврентьева  
Анна Валерьевна Воронцова  
Елена Александровна Росюк

## ТЕСТЫ ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ

ISBN 978-5-89895-771-1

*Редактор Е. Бортникова  
Корректор Л. Моисеева  
Оформление, верстка А. Шевела*

Оригинал-макет подготовлен:  
Издательство УГМУ  
г. Екатеринбург  
Тел./факс: (343) 214-85-65  
E-mail: [pressa@usma.ru](mailto:pressa@usma.ru)  
[www.usma.ru](http://www.usma.ru)