Акушерство и гинекология

1. Если у беременной дата первого дня последней менструации – 01.08.2015г., то какой срок у нее 01.05.2016г.?:

1 38 недель

2 39 недель

3 40 недель

2. При длительности цикла >32 дней:

1 В расчетный срок следует вносить поправку в сторону уменьшения срока

2 В расчетный срок следует вносить поправку в сторону увеличения срока

3 Расчетный срок ПДР оставить без изменений

3. При беременности в результате ЭКО расчет срока беременности и даты родов проводится:

1 От даты подсадки эмбриона в зависимости от возраста эмбриона

2 По схеме как при обычной беременности

3 От даты пункции фолликула, но продолжительность беременности – 266 дней

4. Плановое кесарево сечение у беременной с заранее определенным оперативным планом должно проводиться:

1 После 39 недели беременности

2 В 38-39 недель беременности

3 В 40 недель беременности

5. Предоперационная подготовка в обязательном порядке включает в себя:

1 Очистительную клизму

2 Использование компрессионного трикотажа (или эластичного бинтования)

3 Начало инфузионной терапии кристаллоидных растворов

6. Техники, применяемые при кесаревом сечении, использование которых признано предпочтительным по результатам исследований:

1 Двухрядный шов на матке в сравнении с однорядным

2 Не зашивание висцеральной и париетальной брюшины в сравнении с зашиванием висцеральной и париетальной брюшины

3 Восстановление прямых мышц живота кетгутом в сравнении с естественным их восстановлением

7. Антибиотикопрофилактика при кесаревом сечении:

1 Проводится при высоком риске ГСИ

2 Проводится всем пациенткам однократно

3 Проводится всем пациенткам, длительность зависит от риска ГСИ

8. Низкомолекулярные гепарины назначаются после кесарева сечения при:

1 Ожирении, ИМТ > 35

2 Преэклампсии

3 Всем пациенткам без исключения

9. Пациентке с умеренным риском ВТЭО после родов назначается:

1 Немедикаментозная профилактика + НМГ не менее 6 недель после родов

2 Немедикаментозная профилактика + аспирин

3 Немедикаментозная профилактика + НМГ 7 дней после родов

10. Возрастной первородящей считается пациентка с возрастом:

1 30 лет и более

2 29 лет и более

3 35 лет и более

11. Беременная 39 недель с рубцом на матке приехала на консультацию в акушерский стационар, ш/матки при осмотре 2,5 см, ц/канал 1 п/п до вн. зева, тактика:

1 Кесарево сечение

2 Госпитализировать в ОПБ

3 Наблюдение в женской консультации, назначить явку в 40 недель

12. Возможность успешных родов p.v.n. у женщин с рубцом на матке после КС оценивается по данным когортных исследований как:

1 От 30 до 50%

2 От 40 до 60%

3 От 50 до 85%

13. Признаки «несостоятельного» рубца на матке по УЗИ:

1 Деформация миометрия с истончением 4 мм и менее

2 Деформация миометрия с истончением 3 мм и менее

3 Деформация миометрия с истончением 2 мм и менее

14. ПРПО в 39 недель при ш/матки до 2,5-3 см, ц/канал 1 п/п – требуется следующая тактика:

1 Применение мифепристона для подготовки шейки матки

2 При отсутствии родовой деятельности в течение 4-6 часов – кесарево сечение

3 Ожидание 4-6 часов, далее при отсутствии родовой деятельности – родовозбуждение окситоцином

15. Прием выделения последа, рекомендуемый ВОЗ и позволяющий снижать кровопотерю в последовом и послеродовом периодах:

1 Брандт-Эндрю

2 Гентера

3 Стивенсона

16. Диагностически значимый уровень протеинурии:

1 Белок 0,3 г/л и более в ОАМ взятом катетером

2 Белок 0,3 г/л и более в двух ОАМ взятых катетером с интервалом 6 часов

3 Белок 0,232 г/л и более в двух ОАМ взятых катетером с интервалом 4 часа

17. На приеме у беременной АД 140/85. В каком случае это можно считать артериальной гипертензией:

1 При рабочем АД 100/60

2 При отсутствии указаний на артериальную гипертензию в анамнезе

3 Ни при каких обстоятельствах

18. Тяжелая преэклампсия с белком в ОАМ 6,6 г/л и АД 160/100, срок гестации 39 недель, тактика:

1 Родоразрешение путем кесарева сечения в течение 1-6 часов

2 Интенсивная терапия в условиях АРО в течение 12-24 часов

3 Родоразрешение с учетом акушерской ситуации в течение 6-48 часов

19. Тяжелая преэклампсия с белком в ОАМ 6,6 г/л и АД 160/100, срок гестации 32 недели, тактика:

1 Родоразрешение путем кесарева сечения в течение 1-6 часов

2 Терапия в условиях АРО в течение 48 часов, профилактика РДС плода

3 Родоразрешение с учетом акушерской ситуации в течение 48 часов

20. С целью профилактики преэклампсии и ее осложнений оправдано применение:

1 Ограничение соли и питьевого режима

2 Витамины Е и С

3 Ничего из перечисленного

21. Средняя суточная доза нифедипина при лечении артериальной гипертензии:

1 30-60 мг

2 40-70 мг

3 40-90 мг

22. Беременная 32 недели с жалобами на периодические ноющие боли внизу живота, вагинально ш/матки 2,5 см, нар. зев – кончик п/п, по УЗИ длина сомкнутой части ш/матки 28 мм, тактика:

1 Наблюдение в женской консультации

2 Госпитализировать в ОПБ, назначить сохраняющую терапию

3 Госпитализировать в дневной стационар, назначить сохраняющую терапию

23. Какие из нижеперечисленных показаний являются достаточным основанием для проведения планового кесарева сечения согласно Клиническим рекомендациям МЗ РФ (2014г.):

1 ПМП выше 4000 г

2 Фетофетальный трансфузионный синдром

3 Тазовое предлежание

24. Какие из нижеперечисленных показаний являются достаточным основанием для проведения планового кесарева сечения согласно Клиническим рекомендациям МЗ РФ (2014г.):

1 Беременность сроком 41 нед и более при отсутствии эффекта от подготовки к родам

2 ОАГА (бесплодие I-е, ЭКО)

3 Рубец на матке после предшествовавшего кесарева сечения

25. Какие из нижеперечисленных показаний являются достаточным основанием для проведения планового кесарева сечения согласно Клиническим рекомендациям МЗ РФ (2014г.):

1 Прэклампсия тяжелая

2 Первичный генитальный герпес в III триместре беременности

3 Рубец на матке после двух кесаревых сечений

26. При ПРПО в 32 недели антибактериальная терапия проводится:

1 При наличии высокого риска ГСИ

2 При наличии признаков воспалительного процесса в ОАК и гипертермии

3 Всем беременным

27. Противопоказания для использования β2-адреномиметиков:

1 Гипертиреоз

2 Тахикардия более 90 уд/мин

3 Инсулинзависимый сахарный диабет

28. УЗИ критерии диагностики ассиметричной формы задержки роста плода:

1 Гипотрофия туловища при обычных размерах головки

2 Уменьшение количества околоплодных вод

3 Уменьшение размеров печени у плода

29. При каком типе плаценты возможно развитие трансфузионного синдрома у близнецов:

1 Бихориальной-биамниональной слившейся

2 При любом типе плаценты

3 При монохориальной плаценте

30. ДВС может быть следствием:

1 Массивной кровепотери

2 Антенатальной гибели плода

3 Эмболии околоплодными водами

31. Для развития ДВС при мертвом плоде имеет значение:

1 Длительность пребывания мертвого плода в матке

2 Срок беременности

3 Наличие отягащенного акушерского анамнеза

32. Абсолютным показанием для экстирпации матки при проведении кесарева сечения являются:

1 Развитие матки Кувелера при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты

2 Некроз субсерозного миоматозного узла

3 Гипотония матки

33. Исследование амниотической жидкости позволяет выявить у плода:

1 Дефекты нервной трубки

2 Адреногенитальной синдром

3 Поликистоз почек

34. Клетки синцитиотрофобласта начинают синтезировать ХГЧ:

1 На 1 неделе беременности

2 На 2 неделе беременности

3 На 3-4 неделе беременности

35. Невынашивание беременности, обусловленное аутоимунными процессами часто сопровождается:

1 Низким прикреплением плаценты

2 Аномалиями развития плаценты

3 Нарушениями дифференцировки ворсинчатого дерева

36. Для лечения дискоординации родовой деятельности оптимальным является::

1 Спазмолитики

2 Морфиноподобные препараты

3 Регионарная анестезия

37. Диагностические признаки острого жирового гепатоза:

1 Гипопротеинемия

2 Лейкоцитоз

3 Повышение уровня трансаминаз

38. Кровотечение в I триместе беременности при недостаточности желтого тела обусловлено:

1 Падением концентрации половых гормонов

2 Нарушением рецепторов к половым стероидам в эндометрии

3 Нарушением развития плодного яйца

39. Во II триместре беременности наблюдаются следующие изменения в системе гомеостаза:

1 Повышение активнрости тромбоцитов

2 Снижение антикоагулянтного потенциала крови

3 Увеличение содержания фибриногена, укорочение тромбоцинового времени

40. Эндоскопическими признаками субъинволюции матки являются:

1 Расширение полости матки

2 Наличие большого количества сгустков крови

3 Пласты децидуальной ткани

41. Гистероскопическая картина на 8-9 сутки послеродового периода – гнойно-фибринозный налет на стенках матки, тяжистая ткань черного цвета, выбухающая над стенкой матки, мутные лохии со зловонным запахом – характерна для:

1 Эндомиометрита с задержкой плацентарной ткани

2 Субинволюции матки

3 Эндомиометрита с некрозом децидуальной ткани

42. Опознавательные пункты, являющиеся границей плоскости выхода таза:

1 Нижний край лонной дуги

2 Внутренние поверхности седалищных бугров

3 Крестцово-копчиковое сочленение

43. Какие из перечисленных размеров, являются размерами плоскости выхода малого таза?

1 Левый косой размер

2 Поперечный размер

3 Правый косой размер

44. Опознавательные точки малого косого размера головки плода:

1 Передний угол большого родничка

2 Затылочный бугор

3 Подзатылочная ямка

45. Опознавательные точки среднего косого размера головки плода:

1 Подзатылочная ямка

2 Передний угол большого родничка

3 Граница волосистой части лба

46. Точкой фиксации при прорезывании головки при лобном предлежании является:

1 Граница волосистой части головы

2 Верхняя челюсть

3 Подзатылочная ямка

4 Затылочный бугор

47. Особенности биомеханизма родов при общеравномерно-суженном тазе:

1 Максимальное сгибание головки во входе в таз

2 Разгибание головки во входе в малый таз

3 Конфигурация головки плода

48. Признаками неправильного вставления головки являются следующие:

1 Стреловидный шов отклонен к симфизу

2 Стреловидный шов отклонен к крестцу

3 Стреловидный шов вставляется в одном из косых размеров

49. Симптомами клинически узкого таза являются:

1 Высокое расположение контракционного кольца

2 Отсутствие потужной активности при полном раскрытии шейки матки

3 Отсутствие продвижения головки плода при потугах

50. Когда завершается эпителизация внутренней поверхности матки после родов, кроме плацентарной площадки:

1 К 5-6 дню послеродового периода

2 К 7-8 дню послеродового периода

3 К 9-10 дню послеродового периода

51. Первичная потеря беременности связана с недостаточностью лютеиновой фазы и обусловлена:

1 Хроническим эндометритом

2 Нарушением рецепторного аппарата эндометрия

3 Снижением гонадотропин-релизинг гормона, ФСГ и ЛГ

52. Клинические проявления гемолитической болезни новорожденного:

1 Билирубиновая интоксикация

2 Анемия

3 Нарушение функции печени и почек

53. Какое нарушение менструальной функции наиболее часто является причиной невынашивания:

1 Недостаточность I фазы менструального цикла

2 Недостаточность II фазы менструального цикла

3 Ановуляция

54. Основными причинами невынашивания во II триместре беременности являются:

1 Гормональная недостаточность яичников и плаценты

2 Истмико-цервикальная недостаточность

3 Хромосомальные аномалии

55. УЗ критерием преждевременного старения плаценты является появление III степени ее зрелости до:

1 36 нед гестации

2 37 нед

3 38 нед

56. Насильственные разрывы шейки матки могут быть при всех перечисленных ситуациях, кроме:

1 Наложения акушерских щипцов

2 Длительного сдавления шейки матки головкой плода при узком тазе

3 Плодоразрушающих операций

57. На какие сутки после операции кесарева сечения развивается перитонит, обусловленный несостоятельностью швов:

1 На 2-3 сутки

2 На 3-4 сутки

3 На 4-5 сутки

58. Для зрелого плода характерен ряд физиологических признаков, кроме

1 Еебольшое количество сыровидной смазки

2 Пупочное кольцо на середине белой линии живота

3 Мягкие ушные раковины

59. Абсолютным эхографическим признаком внематочной беременности является:

1 Свободная жидкость в позадиматочном пространстве

2 Увеличение толщины М-эхо матки

3 Визуализация эктопически расположенного плодного яйца с живым эмбрионом

60. Повторное УЗИ при подозрении на анэмбрионию назначается:

1 Через 1 день

2 Через 5 дней

3 Через 7 дней

61. Биохимические показатели крови у больных с острым жировым гепатозом беременных характеризуются:

1 Гипербилирубинемией за счет прямой фракции

2 Гипопротеинемией

3 Приростом трансаминаз печени

62. Возникновение коагулопатического кровотечения в раннем послеродовом периоде может быть связано с:

1 Тяжелой преэклампсией

2 Антенатальной гибелью плода

3 Эмболией околоплодными водами

63. Антифосфолипидный синдром может быть причиной:

1 Задержки внутриутробного развития плода

2 Преэклампсии

3 Невынашивания беременности

64. Хирургическое лечение проводят у больных внутренним эндометриозом при:

1 Отсутствие лечение от комплексной терапии в течение 6 мес

2 Сочетанном поражении эндометриозом и миомой матки

3 Непереносимости гормональных препаратов

65. Укажите характерные эхографические признаки узловой формы аденомиоза:

1 Появление в стенке матки зоны повышенной эхогенности округлой или овальной формы без капсулы

2 Наличие в зоне повышенной эхогенности эхонегативных включений небольших размеров

3 Наличие капсулы в узле

66. Терапия наружного эндометриоза в режиме "псевдоменопаузы" проводится:

1 Золадексом

2 Даназолом

3 Нон-овлоном

67. Для проведения гормональной терапии у больных эндометриозом наиболее целесообразно применение:

1 Антигонадотропных препаратов

2 Гестагенов

3 Агонистов гонадолиберинов

68. Из названных ниже лекарственных препаратов для гормонального гемостаза может быть использован:

1 Даназол

2 Неместран

3 Ригевидон

69. Для патогенетической терапии гиперпластических процессов эндометрия женщин репродуктивного возраста используют:

1 Эстроген-гестагенные препараты

2 Гестагены во 2-ю фазу

3 Андрогены

70. Наиболее характерными эхографическими признаками рака эндометрия являются

1 Неоднорродность внутренней структуры образования, неровность контуров

2 Более высокая эхогенность по сравнению с миометрием

3 Повышения звукопроходимости и наличие жидкостных включений неправильной формы

71. Основной путь метастазирования при раке эндометрия:

1 Гематогенный

2 Имплантационный

3 Лимфогенный

72. В пробе Шиллера слабо окрашивается:

1 Атрофический эпителий

2 Участки с локальным воспалением

3 Основа лейкоплакии

73. Для нормальных сосудов шейки матки характерно:

1 "Исчезают" временно при обработке уксусом

2 Равномерно и последовательно древовидно ветвятся

3 Не анастомозируют

74. При расширенной кольпоскопии необходимо:

1 Оценить состояние эпителия шейки матки и влагалища

2 Выявить локализацию и границы очагов поражения

3 Дифференцировать доброкачественные изменения шейки от атипических и подозрительных на злокачественный рост

75. Отсутствие наступления беременности при стимуляции овуляции кломифеном у больных со склерополикистозными яичниками может быть связано с:

1 Невыявленной гиперпролактинемией, гипотиреозом, дефицитом 21-гидроксилазы

2 "Паразитарными" пиками гонадотропинов

3 Непроходимостью маточных труб

76. При применении 150 мг кломифена в сутки увеличивается частота такого негативного эффекта (эффектов) как:

1 Аллергические реакции

2 Негативное действие на эндометрий

3 Гиперстимуляция яичников

77. Противопоказаниями к клинвидной резекции яичников при поликистозе являются:

1 Повышенный уровень пролактина

2 Гипотиреоз

3 Уровень ФСГ более 10 МЕ/л

78. Предменструальный синдром приходится дифференцировать с:

1 Нефротическим синдромом

2 Маниакально-депрессивным психозом

3 Нейро-циркуляторной дистонией

79.Аменорея может возникать при компенсированной форме:

1 Гиперкортицизма

2 Гипокортицизма

3 Гипертиреоза

4 Первичного гипотиреоза

80. Болевой синдром при миоме матки может быть обусловлен:

1 Нарушением питания в узле

2 Нарушением лимфооттока

3 Подслизистым расположением узла

81. Для миомы с подслизистым расположением узлов характерно:

1 Отсутствие клинических проявлений

2 Нарушени менструальной функции по типу опсоменореи

3 Нарушение менструальной функции по типу гиперполименореи

82. Для эхографической картины фолликулярной кисты яичника характерно:

1 Толстая капсула, гипоэхогенное содержимое, умеренный эффект усиления

2 Однокамерное жидкостное образование

3 Неоднородность внутренней структуры

83. К доброкачественным опухолям яичников относят:

1 Серозную цистаденому

2 Муцинозную цистаденому

3 Светлоклеточную опухоль

84. В группу опухолей стромы полового тяжа входят:

1 Гранулезоклеточная опухоль

2 Текаклеточная опухоль

3 Фиброма яичника

85. Для гранулезоклеточной опухоли яичника характерно:

1 Нарушение менструального цикла

2 Омоложение женщины в постменопаузе

3 Гиперплазия эндометрия

Ответ: 1, 3

86. У больной 40 лет внутренний эндометриоз тела матки 3 ст. распространения - диффузная форма. Ваша дальнейшая тактика:

1 Терапия Золадексом в течение 1 года

2 Гистерэктомия

3 Терапия Даназолом в течение 6 мес.

87. У больной 27 лет с жалобами на боли в нижних отделах живота и первичным бесплодием обнаружен наружный эндометриоз IV ст. распространения по классификации американского общества фертильности, выраженный спаечный процесс. Очаги эндометриоза коагулированы, спайки разделены. Какова тактика дальнейшего ведения на ближайшее время?

1 Терапия Золадексом в течение 6 мес.

2 Терапия Норколутом с 16 по 25 день в течение 6 мес.

3 Новинет (Регулон, Мерсилон) в течение 6 мес.

88. Выберите правильное суждение относительно тактики реабилитации больной после ДМК ювенильного периода:

1 Применять следует исключительно гормональные лекарственные средства и ФТЛ

2 Применять следует исключительно витаминотерапию и стимуляторы овуляции

3 Могут быть использованы как ФТЛ, негормональные лекарственные препараты, так и эстрогены и гестагены

89. К гистологическим формам рака эндометрия относятся всё, кроме:

1 Высокодифференцированной аденокарциномы

2 Светлоклеточной аденокарциномы

3 плоскоклеточного неороговевающего рака

90. Какой фактор в наибольшей степени влияет на вероятность возникновения эндометриоза шейки матки после диатермокоагуляции?

1 Возраст больной

2 Наличие кольпита

3 Выбор дня выполнения процедуры в зависимости от фазы менструального цикла

91. Для кольпоскопической картины истинной эрозии характерно:

1 Белесые, четко ограниченные участки на фоне неизменного эпителия влагалищной части шейки матки, йоднегативные в пробе Шиллера

2 Йоднегативный эффект эпителия влагалищной части шейки матки

3 Участок влагалищной части шейки матки, покрытый цилиндричесим эпителием, плохо окрашивающийся йодом

92. Методом выбора лечения преинвазивного рака шейки матки у женщины в возрасте до 30 лет является:

1 Рентгенотерапия

2 Операция Вертгейма

3 Конизация или ампутация шейки матки

93. Максимально точным методом диагностики АГС является:

1 Генетический

2 Применение пробы с АКТГ

3 Применение пробы с дексаметазоном

94. Лакторея может возникнуть при:

1 Пролактинсекретирующей опухоли гипофиза

2 Мастопатии, первичном гипотиреозе

3 Приеме фенотиазиновых производных

95. Генитальный туберкулез чаще всего отличается поражением:

1 Яичников

2 Эндометрия

3 Маточных труб

96. При оперативном вмешательстве по поводу серозной цистаденомы у женщины 20 лет показано:

1 Аднексэктомия (на стороне поражения)

2 Вылущивание капсулы кисты яичника

3 Анексэктомия с биопсией второго яичника

97. К стероидным гормонам, продуцирующимися опухолями стромы полового тяжа относят:

1 Эстрагены и прогестерон

2 Андрогены

3 Андрогены и эстрагены

98. Прием гормональных контрацептивов нежелателен для:

1 Женщин старше 35 лет, курящих женщин

2 Женщин, у которых ранее эти препараты вызывали гиперторможение гонадотропной функции гипофиз

3 Все факторы являются относительными противопоказаниями

99. Для дифференциальной диагностики субмукозной и интерстициальной миомы матки с тенденцией к центрипетальному росту, ультразвуковое исследование проводится

1 В секреторную фазу

2 В раннюю пролиферативную фазу

3 В позднюю пролиферативную фазу

100. Основным дифференциальным признаком параовариальной кисты по данным УЗИ является:

1 Структура образования

2 Наличие капсулы и пристеночного включения

3 Визуализация интактного яичника рядом с кистой