

Акушерство и гинекология (ВО) Высшая категория

1. К признакам неразвивающейся беременности относится:

- а) КТР менее 7 мм, сердцебиения нет, внутренний диаметр плодного яйца 16-24 мм, эмбриона нет
- б) КТР более 7 мм, сердцебиения нет, внутренний диаметр яйца 25 мм и более, эмбриона нет
- в) увеличенный желточный мешок (более 7 мм)
- г) отсутствие эмбриона в течение 6 недель и более после последней менструации при регулярном менструальном цикле.

2. Беременность неопределенной жизнеспособности:

- а) плодное яйцо расположено эксцентрично, средний внутренний диаметр плодного яйца ? 30 мм, эмбрион не визуализируется,
- б) плодное яйцо расположено обычно, средний внутренний диаметр плодного яйца ? 20 мм, эмбрион не визуализируется
- в) плодное яйцо расположено в верхних отделах матки, средний внутренний диаметр плодного яйца ? 10 мм, эмбрион визуализируется,
- г) плодное яйцо расположено обычно, средний внутренний диаметр плодного яйца ? 15 мм, эмбрион визуализируется.

3. Назовите ультразвуковые характеристики анэмбриональной беременности:

- а) плодное яйцо более 13 мм без желточного мешка, или пустой зародышевый мешок за 38 дней беременности
- б) пустая полость матки, могут быть увеличены придатки матки, утолщен эндометрий,
- в) плодное яйцо менее 10 мм без желточного мешка,
- г) пустая полость матки, эндометрий может быть утолщен.

4. Какой уровень прогестерона является предиктором жизнеспособной беременности:

- а) выше 20 нмоль/л,
- б) выше 15 нмоль/л,
- в) выше 20 нмоль/л,
- г) выше 25 нмоль/л.

5. Выжидательная тактика при начавшемся выкидыше в I триместре беременности не возможна:

- а) при отсутствии чрезмерного болевого синдрома,
- б) при умеренных кровянистых выделениях,
- в) при отсутствии нарушений гемодинамики,
- г) при умеренных признаках инфекции.

6. Доза транексамовой кислоты при обильном кровотечении в случае начавшегося выкидыша в I триместре беременности:

- а) 1000-1500 мг/сут в течение 7 дней,
- б) 500-1000 мг/сут в течение 3 дней,
- в) 250-500 мг/сут в течение 3 дней,
- г) 2000 мг/сут в течение 5 дней.

7. Схема назначения микронизированного прогестерона при угрожающем выкидыше в I триместре беременности:

- а) интравагинально 400 мгх2 раза в сутки,
- б) интравагинально 200 мгх3 раза в сутки,
- в) интравагинально 100 мгх3 раза в сутки,
- г) интравагинально 100-200 мгх2 раза в сутки.

8. Элиминацию плода выполняют:

- а) хлоридом кальция,
- б) кетамином,
- в) лидокаином,
- г) фентанилом.

9. Алгоритм искусственного прерывания беременности в сроке 30 недель по медицинским показаниям:

- а) элиминация плода, 1 день - таб. мифепристон 200 мг per os + осмотический дилататор, 2 день - таб. мизопростол 25 мкг per os каждые 2 часа до достижения регулярных схваток,
- б) элиминация плода, 1 день - таб. мифепристон 200 мг per os, 2 день - таб. мизопростол 200 мкг вагинально, далее в той же дозе каждые 4-6 часов (до 5 доз),
- в) элиминация плода, 1 день - таб. мифепристон 200 мг per os+катетер Фолея, 2 день - таб. мизопростол 25мкг вагинально каждые 3 часа до развития регулярной родовой деятельности,
- г) элиминация плода, 1 день - таб. мифепристон 200 мг per os, 2 день - таб. мизопростол

200 мкг вагинально, далее в дозе 25 мкг каждые 4 часа (до 5 доз).

10. Какой инвазивный метод диагностики ВПР используют в I триместре беременности:

- а) биопсия хориона,
- б) кордоцентез,
- в) амниоскопия,
- г) амниоцентез.

11. Оптимальный срок беременности для измерения ТВП:

- а) от 8 до 10 недели,
- б) от 11 до 13 недель + 6 дней,
- в) от 14 до 16 недели,
- г) от 16 до 18 недели.

12. Допустимая продолжительность успешной вакуум-экстракции плода не должна превышать:

- а) 20 минут,
- б) 10 минут,
- в) 30 минут,
- г) 15 минут.

13. Какой вид акушерской родоразрешающей операции оптимален при нахождении головки в плоскости выхода из малого таза:

- а) полостные акушерские щипцы,
- б) выходные акушерские щипцы,
- в) вакуум-экстракция плода,
- г) экстренное кесарево сечение.

14. Допустимое количество тракций при успешной вакуум-экстракции плода:

- а) 1-2,
- б) 3-6,
- в) 2-3,
- г) до 4.

15. Направление тракций при головке плода, находящейся в плоскости выхода малого таза в заднем виде затылочного предлежания:

- а) кзади, книзу, кпереди,
- б) книзу, кпереди, кзади,
- в) резко кпереди, книзу и кзади,
- г) книзу, кпереди.

16. Направление тракций при головке плода, находящейся в широкой части полости малого таза в переднем виде затылочного предлежания:

- а) кзади, книзу, кпереди,
- б) книзу, кпереди, кзади,
- в) резко кпереди, книзу и кзади,
- г) книзу, кпереди.

17. Уровень глюкозы венозной плазмы натощак при гестационном сахарном диабете равен:

- а) $< 5,1$ ммоль/л, но $< 7,8$ ммоль/л,
- б) $> 5,1$ ммоль/л, но $< 7,0$ ммоль/л,
- в) $> 7,0$ ммоль/л, но $< 11,1$ ммоль/л,
- г) $> 7,1$ ммоль/л, но $< 8,5$ ммоль/л.

18. Оптимальным временем для проведения ПГТТ считается срок беременности:

- а) до 24 недель,
- б) 24-26 недель,
- в) 28-32 недели,
- г) 20-24 недели.

19. Пероральные противодиабетические препараты при беременности:

- а) можно принимать только с 2 триместра беременности и по назначению врача эндокринолога,
- б) допускаются к применению со 2 триместра беременности,
- в) не показаны,
- г) продолжают использовать, если пациентка принимала их до беременности.

20. С целью снижения риска респираторных осложнений у новорожденного плановое

кесарево сечение должно проводиться в сроки:

- а) после 38 недель,
- б) после 39 недель,
- в) после 40 недель,
- г) после 41 недели.

21. Осмотр родильницы через 2-6 часов после операции с оценкой и фиксацией в специальном листе наблюдения проводится:

- а) не проводится,
- б) каждые 1-2 часа,
- в) каждые 2-3 часа,
- г) каждые 3-4 часа.

22. Рекомендуемые препараты и дозировки для антибиотикопрофилактики перед операцией кесарева сечения:

- а) ампициллин 4 г в/в медленно или защищенные пенициллины 1,2-1,5 г в/в медленно или цефалоспорины 1 поколения 2 г в/в медленно,
- б) ампициллин 1 г в/в медленно или защищенные пенициллины 1,2-1,5 г в/в медленно или цефалоспорины 1 поколения 2 г в/в медленно,
- в) ампициллин 2 г в/в медленно или защищенные пенициллины 1,2-1,5 г в/в медленно или цефалоспорины 1 поколения 1 г в/в медленно,
- г) ампициллин 2 г в/в медленно или защищенные пенициллины 2,2-2,5 г в/в медленно или цефалоспорины 1 поколения 1 г в/в медленно.

23. Во втором периоде родов головка плода находится в одной плоскости у повторнородящих в среднем:

- а) 20-30 минут,
- б) 15-20 минут,
- в) 30-40 минут,
- г) 10-15 минут.

24. Если степень вставления «+3», то подлежащая часть располагается:

- а) в широкой части полости малого таза,
- б) подвижна над входом в малый таз,

- в) на тазовом дне,
- г) прижата ко входу в малый таз.

25. Если степень вставления «-3», то подлежащая часть располагается:

- а) в широкой части полости малого таза,
- б) подвижна над входом в малый таз,
- в) в узкой части полости малого таза,
- г) прижата ко входу в малый таз.

26. Вагинальный осмотр в родах проводится:

- а) не реже 1 раза в 3 часа,
- б) не реже 1 раза в 4 часа,
- в) не реже 1 раза в 6 часов,
- г) только при поступлении.

27. Разрыв промежности II степени характеризуется:

- а) разрыв слизистой влагалища, мышц и кожи промежности,
- б) разрыв слизистой влагалища и кожи промежности,
- в) разрыв распространяется на сфинктер прямой кишки,
- г) разрыв слизистой влагалища, мышц, кожи промежности и сфинктера.

28. Нейропротекция плода заключается в применении сульфата магния:

- а) нагрузочная доза – 2 г сухого вещества в течение 30 мин, затем - 1 г/час до родов; при ожидающихся родах при гестационном сроке от 22.0 до 31.6 нед
- б) нагрузочная доза – 4 г сухого вещества в течение 30 мин, затем - 1 г/час до родов; при ожидающихся родах при гестационном сроке от 24.0 до 33.6 нед,
- в) нагрузочная доза – 4 г сухого вещества в течение 30 мин, затем - 1 г/час до родов; при ожидающихся родах при гестационном сроке от 22.0 до 33.6 нед,
- г) нагрузочная доза – 5 г сухого вещества в течение 30 мин, затем – 1-2 г/час до родов; при ожидающихся родах при гестационном сроке от 24.0 до 31.6 нед.

29. В случае развития родовой деятельности в сроке беременности 32 недели и открытии маточного зева 2-3 см рекомендовано:

- а) перевод роженицы в стационар II уровня, начать токолиз (на время транспортировки), вызов мобильной неонатологической реанимационной бригады,

- б) перевод роженицы в стационар III уровня, начать токолиз и профилактику СДР плода,
- в) роды на своем уровне, начать токолиз, профилактику СДР плода, вызов мобильной неонатологической реанимационной бригады,
- г) перевод роженицы в стационар III уровня, начать токолиз, поставить в известность неонатологическую реанимационную бригаду.

30. Предиктором хориоамнионита является:

- а) лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево,
- б) повышение температуры тела до 38,50С,
- в) повышение С-реактивного белка в крови,
- г) повышение прокальцитонина.

31. К признакам хориоамнионита не относится:

- а) лихорадка матери (температура более 380С),
- б) тахикардия у плода (более 160 ударов в минуту),
- в) выделения из влагалища с гнилостным запахом,
- г) лейкоцитоз $18 \cdot 10^{12}/л$.

32. Тромбопрофилактика в послеродовом периоде в средней группе риска проводится:

- а) как минимум 6 недель после родов,
- б) как минимум 10 дней после родов,
- в) как минимум 14 дней после родов,
- г) не проводится.

33. Тромбопрофилактика в послеродовом периоде в высокой группе риска проводится:

- а) как минимум 6 недель после родов,
- б) как минимум 4 недели после родов,
- в) как минимум 6 дней после родов,
- г) не проводится.

34. Оптимальным сроком для наружного поворота плода на головку при тазовом предлежании для первородящих является срок:

- а) 36 недель,

- б) 37 недель,
- в) 38 недель,
- г) 39 недель.

35. Благоприятным фактором для родов через естественные родовые пути при тазовом предлежании является:

- а) ножное предлежание плода,
- б) предполагаемая масса плода <2000 и > 3600 г,
- в) чисто ягодичное предлежание плода,
- г) разгибание головки плода.

36. Точкой фиксации на головке при родах в тазовом предлежании является:

- а) основание носа,
- б) подзатылочная ямка,
- в) подбородок плода,
- г) затылочный бугор.

37. Рекомендуемый срок планового родоразрешения оперативным путем при тазовом предлежании:

- а) 37 недель,
- б) 38 недель,
- в) 39 недель,
- г) 41 неделя.

38. В перечень показаний для госпитализации беременных женщин и рожениц в гинекологические отделения стационара 3 группы не входит:

- а) гематометра,
- б) осложненный инфицированный аборт,
- в) послеродовые кровотечения,
- г) угрожающий выкидыш в сроке до 22 недель после оперативного лечения бесплодия.

39. Что можно отнести к абсолютным противопоказаниям для медицинской эвакуации:

- а) агональное состояние женщины,

- б) предлежание плаценты,
- в) тяжелая преэклампсия,
- г) HELLP –синдром.

40. Ранний синдром гиперстимуляции яичников развивается:

- а) в течение первых 3 дней после пункции фолликулов,
- б) как следствие продукции эндогенного ХГ,
- в) всегда характеризуется отсутствием асцита,
- г) в течение первых 7 дней после пункции фолликулов.

41. Для средней степени тяжести синдрома гиперстимуляции яичников характерно:

- а) клинический асцит,
- б) размеры яичников > 12 см,
- в) уровень эстрадиола 2000 пг/мл,
- г) диурез менее $< 0,5$ мл/кг/час.

42. Изменения яичников, характерные для синдрома гиперстимуляции яичников:

- а) яичники от 3 до 6 см в диаметре с множественными кистами,
- б) яичники от 25 до 45 см в диаметре с множественными кистами,
- в) яичники от 6 до 25 см в диаметре с множественными кистами,
- г) яичники от 1 до 3 см в диаметре с множественными кистами.

43. Факторами риска синдрома гиперстимуляции яичников являются все перечисленные, кроме:

- а) возраст < 30 лет,
- б) многоплодная беременность в анамнезе,
- в) АМГ $< 3,6$ нг/мл,
- г) астеническое телосложение.

44. После перенесенного синдрома гиперстимуляции яичников повышается риск:

- а) гестационного сахарного диабета,
- б) преждевременного разрыва плодных оболочек,
- в) преэклампсии,

г) задержки внутриутробного развития плода.

45. В оценку овариального резерва не входит:

- а) определение уровня гонадотропин-рилизинг гормона в крови,
- б) определение уровня фолликулостимулирующего гормона в крови,
- в) определение уровня антимюллера гормона в крови,
- г) определение количества антральных фолликулов (КАФ) при трансвагинальном ультразвуковом исследовании.

46. Критерием отбора для хирургического лечения при трубно-перитонеальном бесплодии не является:

- а) отсутствие патозооспермии у партнера,
- б) возраст до 35 лет,
- в) отсутствие овуляции,
- г) сохраненный овариальный резерв.

47. Для внутриматочных синехий характерно нарушение цикла по типу:

- а) опсоменореи,
- б) аменореи,
- в) пройоменореи,
- г) олигоменореи.

48. Для диагностики бесплодия цервикального происхождения применяют:

- а) посткоитальный тест,
- б) офисная цервикоскопия,
- в) трансвагинальная цервикометрия,
- г) гистеросальпингография.

49. Варианты ответа яичников на стимуляцию бывают, кроме:

- а) гиперэргический (20 ооцитов и более),
- б) нормальный (10–19 ооцитов),
- в) гипоэнергетический (5-8 ооцитов),
- г) «бедный» (1–3 ооцита).

50. Стартовая доза гонадотропинов для овариальной стимуляции не зависит от:

- а) возраста,
- б) ИМТ,
- в) толщины эндометрия,
- г) показателей овариального резерва.

51. Перенос эмбрионов в полость матки рекомендуется осуществлять:

- а) на 2-6 сутки развития,
- б) на 6-8 сутки развития,
- в) на 8-10 сутки развития,
- г) на 10-12 сутки развития.

52. Гормональную поддержку лютеиновой фазы в циклах ВРТ рекомендуется начинать:

- а) в день пункции яичников или первые 3 суток после нее,
- б) в день пункции яичников или первые 3 суток до нее,
- в) за 7 дней до пункции яичников,
- г) за 3-5 дней до пункции яичников и продолжать первые 3-5 дней после нее.

53. Показанием к вспомогательному хетчингу не является:

- а) изменение морфологии блестящей оболочки эмбриона,
- б) плохой прогноз (предыдущие неудачные попытки ЭКО),
- в) перенос «свежих» эмбрионов,
- г) необходимость биопсии эмбриона для проведения преимплантационного генетического тестирования.

54. Фактором риска развития синдрома гиперстимуляции яичников не является:

- а) СПКЯ, мультифолликулярные яичники,
- б) ИМТ > 30 кг/м²,
- в) наличие >20 антральных фолликулов в обоих яичниках по данным УЗИ,
- г) возраст < 30 лет.

55. С целью профилактики синдрома гиперстимуляции яичников рекомендуется назначение:

- а) антиэстрогенов,
- б) агонистов ГнРГ,
- в) антагонистов ГнРГ,
- г) прогестагенов.

56. Факторами риска внематочной беременности, связанными с применением ВРТ, являются все, кроме:

- а) большой объем среды в катетере для переноса эмбрионов,
- б) перенос > 1 эмбриона,
- в) воспалительные заболевания органов малого таза в анамнезе,
- г) перенос эмбрионов близко ко дну матки.

57. Фактором риска кровотечения, связанного с выполнением пункции фолликулов яичников, не является:

- а) врожденный дефицит факторов свертывания крови,
- б) прием антикоагулянтов,
- в) отсутствие промывания фолликулов во время аспирации,
- г) аспирация большого числа фолликулов.

58. Требования, предъявляемые к донорам ооцитов, все перечисленные, кроме:

- а) возраст до 30 лет,
- б) прошедшие медико-генетическое консультирование,
- в) физически здоровые,
- г) психически здоровые.

59. Проведение ВРТ в супружеских парах с ВИЧ-инфекцией у мужчины возможно только при достижении:

- а) вирусной нагрузки в крови менее 50 коп/мл в течение 3 месяцев,
- б) вирусной нагрузки в крови менее 500 коп/мл в течение 6 месяцев,
- в) вирусной нагрузки в крови менее 50 коп/мл в течение 6 месяцев,
- г) вирусной нагрузки в крови менее 100 коп/мл в течение 3 месяцев.

60. Вопрос о проведении ВРТ в супружеских парах с ВИЧ-инфекцией у женщины решается:

- а) врачом репродуктологом,
- б) врачом-инфекционистом Центра по профилактике и борьбе со СПИД,
- в) врачом акушером-гинекологом,
- г) любым врачом, в зависимости от уровня лимфоцитов (СД 4+) и вирусной нагрузки.

61. Профилактические осмотры несовершеннолетних проводят в возрасте, кроме:

- а) 3 лет,
- б) 7 лет,
- в) 13 лет,
- г) 15 лет.

62. Врач должен информировать о плане обследования и лечения до достижения девочкой возраста 15 лет:

- а) заведующего отделением,
- б) родителей девочки,
- в) саму несовершеннолетнюю,
- г) врачебный консилиум.

63. Причина высокой частоты встречаемости вульвовагинитов у девочек:

- а) кислая рН среды влагалища,
- б) пролиферация, созревание, накопление гликогена во влагалищном эпителии,
- в) отсутствие постоянного роста лактофлоры во влагалище,
- г) узость влагалища.

64. При изосексуальном преждевременном половом созревании центрального генеза у девочек применяют:

- а) комбинированные оральные контрацептивы,
- б) эстрогены,
- в) гестагены,
- г) агонисты гонадотропин-рилизинг гормонов.

65. Телархе происходит, как правило, в возрасте:

- а) 8 – 9 лет,

- б) 10 – 11 лет,
- в) 12 – 13 лет,
- г) 14 – 15 лет.

66. К гиперплазии эндометрия у девушки приводит:

- а) персистенция желтого тела,
- б) персистенция или атрезия фолликула,
- в) гипофункция желтого тела,
- г) дисменорея.

67. Наиболее типичный вариант гонореи у девочек является:

- а) хроническая,
- б) рецидивирующая,
- в) острая,
- г) стертая.

68. При синдроме Рокитанского-Кюстнера пациентки:

- а) с отсутствием вторичных половых признаков,
- б) яичники в виде соединительнотканых тяжей,
- в) с аплазией матки и верхних двух третей влагалища,
- г) с аплазией влагалища.

69. Возникновение синехий малых половых губ у девочек чаще возможно при:

- а) проведении антибактериальной терапии,
- б) ношении подгузников,
- в) применении для туалета гениталий агрессивных растворов,
- г) местном использовании про- и эубиотиков.

70. Синехии малых половых губ у девочек чаще всего возникают в возрасте:

- а) от 0 до 2 лет,
- б) от 0 до 5 лет,
- в) от 0 до 11 лет,
- г) чаще возникают после менархе.

71. Беременную пациентку рекомендовано направлять на проведение кардиотокографии (КТГ) плода:

- а) с 35 недель беременности с кратностью 1 раз в неделю,
- б) с 33 недель беременности с кратностью 1 раз в 2 недели,
- в) с 33 недель беременности с кратностью 1 раз в неделю,
- г) с 34 недель беременности с кратностью 1 раз в 2 недели.

72. Беременную пациентку рекомендовано направлять на определение нарушения углеводного обмена:

- а) при 1-м визите и в 24-26 недель беременности,
- б) при 1-м визите и в 26-28 недель беременности,
- в) при 1-м визите и в 30-32 недели беременности,
- г) при 1-м визите и в случае, если будут выявлены нарушения углеводного обмена.

73. Беременную пациентку группы высокого риска позднего выкидыша и ПР рекомендовано направлять на проведение УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрии):

- а) с 18 до 26 недель беременности с кратностью 1 раз в 1-2 недели,
- б) с 18 до 20,6 недель беременности с кратностью 1 раз в неделю,
- в) с 15-16 до 24 недель беременности с кратностью 1 раз в 1-2 недели,
- г) с 15-16 до 22 недель беременности с кратностью 1 раз в неделю.

74. Индивидуальный высокий риск хромосомной патологии у плода по данным скрининга 1-го триместра составляет:

- а) $1/1000$,
- б) $>1/500$,
- в) $1/100$,
- г) $>1/50$.

75. Беременной пациентке рекомендовано назначать пероральный прием фолиевой кислоты на протяжении первых 12 недель беременности в дозе:

- а) 800 мкг в день,
- б) до 1000 мкг в день,
- в) 400 мкг в день,
- г) 200 мкг в день.

76. Беременной пациентке группы высокого риска гиповитаминоза витамина D рекомендовано назначать пероральный прием витамина D на протяжении всей беременности:

- а) 800 МЕ в день,
- б) 400 МЕ в день,
- в) 1000 МЕ в день,
- г) 2000 МЕ в день.

77. Беременную пациентку рекомендовано направлять на определение антигена стрептококка группы В (*S. agalactiae*) в отделяемом цервикального канала:

- а) в 14 недель беременности,
- б) в 35-37 недель беременности,
- в) в 28-30 недель беременности,
- г) до 12 недель беременности.

78. Миома матки – это:

- а) доброкачественная соединительнотканная опухоль, локализованная в шейке или теле матки,
- б) доброкачественная моноклональная опухоль, происходящая из гладкомышечных клеток шейки или тела матки,
- в) злокачественная опухоль, происходящая из гладкомышечных клеток тела матки,
- г) доброкачественное новообразование, развивающееся из клеток эпителиальной ткани.

79. Клинико-анатомическая классификация миомы матки включает формы:

- а) интрамуральная, субмукозная, субсерозная, гибридная,
- б) интрамуральная, субмукозная, субсерозная, межсвязочная, шеечная, паразитарная,
- в) интрамуральная, субмукозная, субсерозная, межсвязочная, шеечная,
- г) интрамуральная, субмукозная, субсерозная, шеечная.

80. Основной метод скрининга и первичной диагностики миомы матки:

- а) физикальное обследование врачом акушером-гинекологом,
- б) УЗИ органов малого таза,
- в) спиральная КТ органов малого таза,
- г) МРТ органов малого таза.

81. Показанием для хирургического лечения миомы матки является:

- а) быстрый рост опухоли (увеличение матки более чем на 5 недель беременности в течение 1 года),
- б) большой размер опухоли (более 10 недель беременности),
- в) аномальные маточные кровотечения, приводящие к анемии,
- г) беременность.

82. Рекомендуется гистероскопическое удаление подслизистых миоматозных узлов у пациенток с миомой матки:

- а) не превышающих 3-4 см в диаметре,
- б) не превышающих 4-5 см в диаметре,
- в) не превышающих 5-6 см в диаметре,
- г) не превышающих 6-7 см в диаметре.

83. При наружной пельвиметрии *distantia cristarum* в норме равна:

- а) 25-26 см,
- б) 27-28 см,
- в) 28-29 см,
- г) 30-31 см.

84. Особенности биомеханизма родов при простом плоском тазе не является:

- а) разгибание головки и длительное ее стояние над входом в таз стреловидным швом в поперечном размере,
- б) головка конфигурируется и вставляется во вход в таз одной из теменных костей,
- в) чаще всего головка не совершает внутреннего поворота и стреловидный шов во всех плоскостях таза проходит в поперечном размере, на тазовом дне возникает низкая поперечное стояние стреловидного шва,
- г) головка, сгибаясь, вступает во вход в малый таз стреловидным швом в прямом размере и делает поступательное движение до плоскости выхода.

85. Уменьшение всех прямых размеров плоскостей таза характерно для:

- а) общеравномерносуженного таза,
- б) плоскорихитического таза,
- в) простого плоского таза,

г) поперечносуженного таза.

86. К варианту первичной тромботической микроангиопатии относится:

- а) метилмалоновая ацидурия с гомоцистеинурией,
- б) тромботическая тромбоцитопеническая пурпура,
- в) антифосфолипидный синдром,
- г) злокачественные опухоли.

87. Индукционный курс терапии экулизумабом рассчитан:

- а) 2 раза в неделю вводят по 900 мг на протяжении 5 недель,
- б) 1 раз в неделю вводят 900 мг на протяжении 4 недель,
- в) 1 раз в неделю вводят 900 мг на протяжении 4 недель, на 5 неделе дозу увеличивают до 1200 мг,
- г) 2 раза в неделю вводят 900 мг на протяжении 4 недель, на 5 неделе дозу увеличивают до 1200 мг.

88. Лабораторная диагностика синдрома поликистозных яичников:

- а) повышение индекса ЛГ/ФСГ, повышение уровня дегидроэпиандростерона, повышение уровня АМГ,
- б) повышение уровня свободного тестостерона, снижение продукции секс-стероид-связывающего глобулина, снижение уровня АМГ,
- в) повышение уровня свободного тестостерона и снижение уровня прогестерона во второй фазе менструального цикла,
- г) повышение уровня АМГ, снижение уровня инсулина, повышение уровня андростендиона.

89. Эхографические признаки синдрома поликистозных яичников (Роттердам, 2003):

- а) объем яичников более 10 куб.см, наличие двух и более доминантных фолликулов, увеличение числа антральных фолликулов,
- б) количества антральных фолликулов, уменьшение размера доминантного фолликула, увеличение одного или обоих яичников,
- в) двустороннее увеличение яичников с наличием в них более 12 фолликулов с диаметром 2-9 мм и/или увеличение овариального объема более 10 мл,
- г) двустороннее увеличение яичников с наличием в них более 15 доминантных фолликулов с диаметром 10 мм и/или увеличение овариального объема более 15 мл.

90. Метаболические нарушения при синдроме поликистозных яичников:

- а) ожирение, нарушение углеводного и липидного обмена,
- б) нарушение толерантности к глюкозе и гиперинсулинемия,
- в) гиперинсулинемия с инсулинорезистентностью,
- г) понижение интенсивности обмена веществ, приводящее к ожирению.

91. Характерное нарушение менструального цикла при синдроме поликистозных яичников:

- а) регулярный ановуляторный менструальный цикл,
- б) изменение длительности менструального цикла (более 35 дней), олигоменорея, ановуляция,
- в) изменение длительности менструального цикла (менее 21 дня или более 35 дней), олигоменорея, ановуляция,
- г) аномальные маточные кровотечения при укороченном менструальном цикле.

92. В качестве терапии первой линии для лечения ановуляторного бесплодия при СПКЯ рекомендуется использовать:

- а) метформин,
- б) кломифена цитрат,
- в) диферелин,
- г) спиронолактон.

93. Для проведения токолиза препаратом 1 линии является:

- а) нифедипин,
- б) индометацин,
- в) атозибан,
- г) гексопреналина сульфат.

94. Для аденомиоза характерно все перечисленное, кроме:

- а) гиперплазии мышечной ткани матки
- б) равномерного увеличения размеров матки накануне менструации
- в) при очаговых или узловых формах границы очагов четкие с капсулой,
- г) распространения эндометриоидной ткани на всю толщу миометрия.

95. Для II степени распространенности аденомиоза при УЗИ не характерно:

- а) утолщение одной стенки матки по сравнению с другой на 0,4 см и более,
- б) появление в миометрии, непосредственно примыкающем к полости матки, зоны повышенной неоднородной эхогенности различной толщины,
- в) появление в зоне повышенной эхогенности небольших округлых анэхогенных образований диаметром 2-5 мм,
- г) увеличение матки в основном в переднезаднем размере.

96. «Золотым стандартом» диагностики наружного эндометриоза является:

- а) УЗИ органов малого таза,
- б) гистероскопия,
- в) лапароскопия,
- г) МРТ.

97. Что не является характерным эхографическим признаком эндометриоидной кисты:

- а) двойной контур образования,
- б) расположение кисты спереди от матки,
- в) средняя и повышенная эхогенность несмещаемой мелкодисперсной взвеси,
- г) относительно небольшие размеры кисты.

98. Для выявления аденомиоза УЗИ целесообразно производить:

- а) накануне менструации,
- б) в овуляторный период,
- в) сразу же после менструации,
- г) в позднюю фолликулярную фазу.

99. Терапией первой линии в лечении эндометриоза у подростков является:

- а) НПВС и низкодозированные КОК,
- б) НПВС и агонисты ГнРГ,
- в) монотерапия прогестагенами,
- г) монотерапия агонистами ГнРГ.

100. В период эпидемии гриппа показаниями для госпитализации беременных является все, кроме:

- а) выраженный синдром интоксикации,
- б) развитие пневмонии,
- в) гипертермия (выше 37С),
- г) течение инфекции средней тяжести.

101. Необходимость госпитализации в ОПИТ при внебольничной пневмонии у беременных, учитывая шкалу IDSA/ATS, подразумевает:

- а) наличие двух «больших» или трех «малых» критериев,
- б) наличие одного «большого» или трех «малых» критериев,
- в) наличие двух «больших» или пяти «малых» критериев,
- г) наличие одного «большого» или двух «малых» критериев.

102. Какой из препаратов не рекомендован беременным для лечения гриппа в связи с эмбриотоксическим эффектом:

- а) римантадин,
- б) осельтамивир,
- в) умифеновир,
- г) занамивир.

103. Что не относится к акушерским факторам риска ВТЭ?

- а) многоплодие,
- б) длительность безводного периода больше 18 часов,
- в) кесарево сечение,
- г) преждевременные роды.

104. При высоком риске ВТЭ в послеоперационном/послеродовом периоде дозировка далтепарина натрия составляет:

- а) 1500 МЕ x 3 раза в сутки, п/к,
- б) 2500 МЕ x 2 раза в сутки, п/к,
- в) 5000 МЕ x 2 раза в сутки, п/к,
- г) 3000 МЕ x 3 раза в сутки, п/к.

105. Для профилактики тромбозов во время беременности и послеродовом периоде не рекомендуется:

- а) фондапаринукс,
- б) далтепарин натрия,
- в) низкодозированный аспирин,
- г) надропарин кальция.

106. Что не относится к факторам риска развития эпидуральной/спинальной гематомы?

- а) женский пол,
- б) анкилозирующий спондилоартрит,
- в) почечная недостаточность,
- г) печеночная недостаточность.

107. Нейроаксиальные методы анальгезии/анестезии не противопоказаны:

- а) при гипокоагуляции на тромбоэластограмме,
- б) при значении МНО менее 1,5,
- в) при концентрации фибриногена менее 1,0 г/л,
- г) при количестве тромбоцитов менее $100 \cdot 10^9/\text{л}$.

108. Антибиотикопрофилактика при плановом КС проводится:

- а) не позднее, чем за 30 мин до начала операции и не ранее, чем за 1 час,
- б) не позднее, чем за 20 мин до начала операции и не ранее, чем за 1 час,
- в) до разреза кожи,
- г) до разреза кожи, но не ранее, чем за 30 мин до начала операции.

109. Инактивация нефракционированного гепарина в экстренной ситуации производится:

- а) концентратом протромбинового комплекса,
- б) СЗП,
- в) протамина сульфатом,
- г) фактором VIIa.

110. Что не является противопоказанием к нейроаксиальной анестезии:

- а) нежелание пациента,

- б) татуировка в месте пункции,
- в) нарушение свертывания крови в сторону гиперкоагуляции,
- г) выраженная гиповолемия.

111. В качестве первичного скрининга рака яичников в группах умеренного риска рекомендовано:

- а) определение СА 125 каждые 6 месяца в сочетании с трансвагинальной эхографией органов малого таза,
- б) ежегодное определение СА 125,
- в) ежегодное определение СА 125 в сочетании с трансвагинальной эхографией органов малого таза,
- г) определение СА 125 каждые 3 месяца в сочетании с трансвагинальной эхографией органов малого таза.

112. Что относится к признакам эстроген-продуцирующих опухолей:

- а) развитие вирилизации,
- б) нарушение менструального цикла по типу олиго-/ аменореи,
- в) отсутствие признаков возрастной атрофии наружных и внутренних гениталий в постменопаузе,
- г) появление отделяемого из молочных желез.

113. Что относится к признакам андроген-продуцирующих опухолей:

- а) преждевременное половое созревание девочек,
- б) развитие вирилизации, олиго-/ аменорея,
- в) нарушение менструального цикла по типу метrorрагии в репродуктивном возрасте,
- г) развитие гормон-индуцированной гиперплазии эндометрия.

114. Объем оперативного лечения при подозрении на пограничную опухоль яичников или ранний рак в репродуктивном возрасте:

- а) односторонняя овариоэктомия,
- б) односторонняя аднексэктомия,
- в) аднексэктомия с резекцией контрлатерального яичника,
- г) аднексэктомия с резекцией контрлатерального яичника, резекция большого сальника, биопсия имплантов.

115. Тактика ведения бессимптомных, простых однокамерных кист яичников в

постменопаузе:

- а) лапароскопическая цистэктомия,
- б) консервативная при нормальных уровнях СА 125 и повторном обследовании через 4-6 месяцев,
- в) лапароскопическая аднексэктомия,
- г) консервативная при нормальных уровнях СА 125 и повторном обследовании через 2-3 месяца.

116. Пациенткам со стойкими нерегрессирующими кистами яичников рекомендованы ежегодные трансвагинальные УЗИ с момента постановки диагноза в течение:

- а) 3 лет,
- б) 4 лет,
- в) 5 лет,
- г) 6 лет.

117. Пациенткам группы высокого риска наследственного рака яичников, рекомендуется определение СА-125, начиная:

- а) с 30 лет каждые 6 месяцев,
- б) с 35 лет каждые 3 месяца,
- в) с 30 лет каждый месяц,
- г) с 35 лет каждый год.

118. К УЗ-признакам злокачественной опухоли яичника не относится:

- а) наличие акустических теней,
- б) сильно выраженный кровоток при ЦДК,
- в) участки солидного компонента,
- г) асцит.

119. В соответствии с рекомендациями NCCN (2017) объективное обследование молочных желез при отсутствии повышенного риска проводится:

- а) с 30 лет, каждый год,
- б) с 35 лет, каждые 1-2 года,
- в) с 25 лет, каждые 1-3 года,

г) с 40 лет, каждый год.

120. Рекомендовано проведение маммографии женщинам в возрасте:

а) с 40 лет, один раз в год,

б) с 39 лет, один раз в 2-3 года,

в) с 35 лет, один раз 1-2 года,

г) с 30 лет, один раз в 1-3 года.

121. Как называется реберно-хрящевой синдром, при котором может встречаться экстрамаммарная мастодиния:

а) синдром Мондора,

б) синдром Титце,

в) синдром Вулфа,

г) синдром Туретта.

122. Какая клиническая особенность характерна для дисплазии молочных желез:

а) кожа в виде «лимонной корки»,

б) края неровные,

в) консистенция плотная или эластичная,

г) выделения из сосков с кровью.

123. Дозировка тамоксифена для коррекции масталгии:

а) 80 мг,

б) 30 мг,

в) 10 мг,

г) 50 мг.

124. Как часто необходимо выполнять динамическую цервикометрию женщинам, которые не дали согласия на коррекцию ИЦН вагинальным серкляжем:

а) каждые 10 дней,

б) один раз в две недели,

в) не выполнять контрольную цервикометрию,

г) каждые 7 дней.

125. ИЦН характеризуется:

- а) укорочением длины шейки матки менее 27 мм, дилатацией цервикального канала более 15 мм,
- б) укорочением длины шейки матки менее 25 мм, дилатацией цервикального канала более 15 мм,
- в) укорочением длины шейки матки менее 25 мм, дилатацией цервикального канала более 10 мм,
- г) укорочением длины шейки матки менее 30 мм, дилатацией цервикального канала более 10 мм.

126. Ключевой фактор формирования ИЦН:

- а) дефект синтеза коллагена,
- б) интраамниальная инфекция,
- в) оперативные вмешательства на шейке матки,
- г) инфекционно-воспалительный процесс в организме.

127. Что не относится к видам вагинального серкляжа:

- а) экстренный серкляж,
- б) срочный серкляж,
- в) лечебный серкляж,
- г) профилактический серкляж.

128. Клинически значимая протеинурия во время беременности:

- а) $\geq 1,0$ г/л в суточной пробе,
- б) $\geq 0,3$ г/л в суточной пробе,
- в) $> 0,3$ г/л в одной пробе,
- г) $> 0,5$ г/л в одной пробе.

129. Прием ацетилсалициловой кислоты в группах высокого риска с целью профилактики преэклампсии следует начинать:

- а) с 12 недель беременности,
- б) с 16 недель беременности,
- в) с 20 недель беременности,
- г) с 22 недель беременности.

130. При тяжелой преэклампсии в сроке до 34 недель показано:

- а) экстренное родоразрешение в течение 4-6 часов,
- б) родоразрешение в первые 2 часа после поступления в стационар,
- в) экстренное родоразрешение после стабилизации состояния и проведения профилактики СДР плода по возможности,
- г) экстренное родоразрешение в течение 6-24 часов.

131. При развитии эклампсии показано:

- а) экстренное родоразрешение сразу после стабилизации состояния,
- б) экстренное родоразрешение,
- в) первые 2 суток,
- г) экстренное оперативное родоразрешение в течение 4-6 часов.

132. Выраженная протеинурия при преэклампсии - это:

- а) уровень белка $> 5\text{г/сут}$,
- б) уровень белка $> 2\text{ г/сут.}$,
- в) уровень белка $>3\text{г/сут.}$,
- г) уровень белка $>1\text{ г/л}$ в двух порциях мочи, взятых с интервалом 1 час.

133. Для перевода заднего плечика в переднее при дистоции плечиков рекомендован прием:

- а) прием МакРобертс,
- б) прием Рубин,
- в) прием «винт Вудса»,
- г) прием Жакмира (извлечение задней ручки).

134. К приемам первой линии при дистоции плечиков не относится:

- а) прием МакРобертс,
- б) прием Рубин,
- в) прием Заванелли,
- г) прием Жакмира.

135. Метод, при котором ноги роженицы, согнутые в коленях и тазобедренных суставах, приводятся к грудной клетке называется:

- а) внутренний прием Rubin,
- б) прием МакРобертса,
- в) прием «винта Вудса»,
- г) прием рождения задней ручек.

136. При развитии дистоции плечиков, потягивание за головку должно проводиться в направлении вниз, под углом не более:

- а) 15 0С,
- б) 30 0С,
- в) 45 0С,
- г) максимально вниз, но с силой до 6 кг.

137. Патологическая кровопотеря:

- а) более 300 мл во время родов и более 1000 мл во время кесарева сечения,
- б) более 300 мл во время родов и более 1500 мл во время кесарева сечения,
- в) более 500 мл во время родов и более 1000 мл во время кесарева сечения,
- г) более 500 мл во время родов и более 1500 мл во время кесарева сечения.

138. На втором этапе остановки послеродового кровотечения после ручного обследования стенок полости матки следует выполнить манипуляцию/операцию:

- а) бимануальная компрессия матки,
- б) баллонную тампонаду матки,
- в) лигирование сосудов,
- г) гистерэктомию.

139. В манипуляции первого этапа остановки послеродового кровотечения входят все перечисленные, кроме:

- а) в/венное введение утеротонических средств (окситоцин, метилэргометрин),
- б) ручное обследование полости матки,
- в) баллонная тампонада матки,
- г) бимануальная компрессия матки.

140. Шоковый индекс – это отношение:

- а) ЧСС/систолическое артериальное давление,

- б) ЧСС/диастолическое артериальное давление,
- в) Систолическое артериальное давление/ЧСС,
- г) Диастолическое артериальное давление/ЧСС.

141. К вторичным причинам послеродовых кровотечений относится:

- а) задержка частей плаценты и оболочек,
- б) выворот матки,
- в) дефекты системы гемостаза,
- г) травма мягких тканей родовых путей.

142. Для профилактики послеродового кровотечения у женщин с нарушением гемостаза используется транексамовая кислота в дозе:

- а) 10 мг/кг массы тела,
- б) 50 мг/кг массы тела,
- в) 15 мг/ кг массы тела,
- г) 20 мг/кг массы тела.

143. Дозировка эпинефрина и метод введения при анафилаксии:

- а) 0,5 мл (100 мкг) в/в,
- б) 0,1 мл (200 мкг) в/в,
- в) 0,5 мл (500 мкг) в/м,
- г) 0,2 мл (100 мкг) в/м.

144. В зависимости от характера течения анафилактического шока выделяют следующие виды, кроме:

- а) острое злокачественное течение,
- б) острое доброкачественное течение,
- в) abortивное течение,
- г) затухающее течение.

145. В течение какого времени от начала реанимационных мероприятий беременной (роженицы) должно быть выполнено родоразрешение для повышения эффективности реанимационных мероприятий и извлечения живого ребенка:

- а) первые 5 минут,

- б) первые 10 минут,
- в) первые 15 минут,
- г) первые 20 минут.

146. Основным методом искусственного прерывания беременности до 63 дней аменореи является:

- а) медикаментозный аборт,
- б) дилатация и кюретаж матки,
- в) ручная вакуумная аспирация,
- г) электрическая вакуумная аспирация.

147. Схема медикаментозного прерывания беременности до 49 дней аменореи:

- а) таб. мифепристон 200 мг внутрь, затем через 24-48 часов таб.мизопростол 400 мкг внутрь,
- б) таб. мифепристон 400 мг внутрь, затем через 24-48 часов таб.мизопростол 200 мкг суббукально,
- в) таб. мифепристон 200 мг внутрь, затем через 36-48 часов таб.мизопростол 200 мкг вагинально,
- г) таб. мифепристон 200 мг внутрь, затем через 36-48 часов таб.мизопростол 800 мкг внутрь.

148. Схема медикаментозного прерывания беременности до 50-63 дней аменореи:

- а) таб. мифепристон 200 мг внутрь, затем через 36-48 часов таб.мизопростол 800 мкг вагинально,
- б) таб. мифепристон 400 мг внутрь, затем через 24-48 часов таб.мизопростол 400 мкг суббукально,
- в) таб. мифепристон 200 мг внутрь, затем через 36-48 часов таб.мизопростол 600 мкг внутрь,
- г) таб. мифепристон 200 мг внутрь, затем через 24-48 часов таб.мизопростол 400 мкг внутрь.

149. Осложнениями медикаментозного прерывания беременности являются:

- а) тошнота и рвота,
- б) неполный аборт и прогрессирующая беременность,
- в) боль и вагинальное кровотечение,

г) озноб и температура.

150. На каком визите женщина принимает таб. мизопростол для прерывания беременности:

а) 1 визит,

б) 2 визит,

в) 3 визит,

г) 4 визит.

151. Контрольный визит для оценки эффективности медикаментозного аборта необходимо проводить:

а) не ранее 21-го дня от приема мифепристона,

б) не ранее 14-го дня от приема мизопростола,

в) не ранее 14-го дня от приема мифепристона,

г) не ранее 25-го дня от приема мизопростола.

152. Подтверждением синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) не является:

а) тахикардия более 90 уд/мин,

б) тахипноэ более 20 в минуту,

в) температура тела выше 380С или ниже 360С

г) снижение АД сист. менее 90 мм.рт.ст.

153. К критериям септического шока относится:

а) тахикардия у матери > 100 ударов в минуту,

б) уровень лактата крови более 2 ммоль/л,

в) температура тела выше 380С,

г) увеличение ЧДД более 20 в минуту.

154. Биомаркером сепсиса не является:

а) С-реактивный белок,

б) прокальцитонин,

в) ГГТП,

г) пресепсин.

155. К критериям диагноза послеродового эндометрита не относится:

- а) выделения из половых путей с неприятным запахом,
- б) тазовая боль или болезненная матки при пальпации,
- в) повышение температуры тела более 380С,
- г) кровотечение из половых путей.

156. Для реактивной фазы течения акушерского перитонита не характерно:

- а) характерны местные признаки, проявляющиеся интенсивным болевым синдромом, защитным напряжением мышц передней брюшной стенки,
- б) тахикардия возрастает до 110 уд/мин.,
- в) температура тела приобретает гектический характер,
- г) рвота, возбуждение.

157. Для токсической фазы течения акушерского перитонита не характерно:

- а) температура тела приобретает гектический характер,
- б) характерны местные признаки, проявляющиеся интенсивным болевым синдромом, защитным напряжением мышц передней брюшной стенки,
- в) тахикардия 120 уд/мин.,
- г) рвота застойным содержимым.

158. Эмпирическая антибактериальная терапия эндометрита может начинаться с:

- а) амоксициллин/клавуланат 1,2 г х 3р/сут в/в,
- б) ампициллин 1г х 2 р/сут в/в,
- в) цефтриаксон 1г х 1 р/сут в/в,
- г) клиндамицин 300 мг х 2 р/сут в/в.

159. Умеренно тяжелой формой анемии при гемолитической болезни плода считается:

- а) Hb < 0,84 Мом,
- б) Hb < 0,75 Мом,
- в) Hb < 0,65 Мом,
- г) Hb < 0,55 Мом.

160. С какого срока рекомендовано направить беременную женщину на определение максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии плода

при резус-иммунизации:

- а) с 16 недель,
- б) с 18-19 недель,
- в) с 19-20 недель,
- г) с 22 недель.

161. При каких показателях Мом увеличение максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии плода при резус-иммунизации, свидетельствует о развитии у плода тяжелой анемии, требующей вмешательства во время беременности:

- а) 1,2 Мом,
- б) 1,3 Мом,
- в) 1,4 Мом,
- г) 1,5 Мом.

162. При резус положительной принадлежности крови новорожденного показано введение антирезусного иммуноглобулина в дозе:

- а) 1500 МЕ в первые 72 часа после родов,
- б) 1500 МЕ в первые 42 дня после родов,
- в) 300 МЕ в первые 72 часа после родов,
- г) 1500 мкг в первые 72 часа после родов.

163. Наложение АЩ и направление тракций при переднем виде затылочного предлежания при нахождении головки плода в плоскости выхода малого таза:

- а) щипцы накладываются в правом косом размере, тракции: кзади, книзу, кпереди,
- б) щипцы накладываются в левом косом размере, тракции: кзади, книзу, кпереди,
- в) щипцы накладываются в левом косом размере, тракции: книзу, кпереди,
- г) щипцы накладываются в поперечном размере, тракции: книзу, кпереди.

164. Наклон операционного стола или положения тела для смещение матки влево с целью предупреждения аорто-кавальной компрессии во втором и третьем триместрах беременности необходимо поддерживать на уровне:

- а) 5°,
- б) 10°,

в) 15°,

г) 20°.

165. При подозрении на эмболию околоплодными водами вводятся глюкокортикостероиды в дозировке:

а) дексаметазон 6 мг каждые 8 часов в/в,

б) бетаметазон 12 мг каждые 12 часов в/в,

в) гидрокортизон 500 мг в\в, затем каждые 6 часов до 2г,

г) преднизолон 360 мг в\в, каждые 4 часа 280 мг в/в.

166. Показанием к индукции родов не является:

а) ПРПО при недоношенной беременности,

б) экстрагенитальные состояния матери в стадии суб- и декомпенсации,

в) СЗРП+нарушение маточно-плацентарного кровотока II степени,

г) преэклампсия.

167. Индукцию родов при зрелости шейки матки по Бишоп более 6 баллов рекомендуется проводить:

а) катетер Фолея,

б) мифепристон,

в) гигроскопический расширителем Дилапан-S,

г) амниотомия+окситоцин в/в.

168. Рекомендуется проведение цитологического исследования микропрепарата шейки матки с целью выявления CIN всем женщинам в возрасте:

а) от 21 до 65 лет с интервалом в 3 года,

б) от 25 до 60 лет с интервалом в 2 года,

в) от 18 до 60 лет с интервалом в 3 года,

г) от 21 до 60 лет с интервалом в 1 год.

169. ВПЧ-тестирование в сочетании с цитологическим исследованием цервикального образца (co-test) целесообразно проводить всем женщинам в качестве скрининга:

а) с 21 года,

б) с 25 лет,

в) с 30 лет,

г) с 35 лет.

170. При результатах цитологии плоскоклеточного интраэпителиального (HSIL) поражения высокой степени рекомендуется выполнить:

а) выскабливание стенок цервикального канала, аспирационную биопсию,

б) выскабливание стенок цервикального канала, конизацию шейки матки, аспирационную биопсию,

в) прицельную биопсию шейки матки с последующим выскабливанием цервикального канала и патологоанатомическим исследованием материала,

г) назначение противовирусной, противовоспалительной терапии, а затем выскабливание стенок цервикального канала и биопсия шейки матки.

171. При ЗТ 1 типа, располагающейся полностью на эктоцервиксе, глубина иссечения должна быть:

а) не менее 5 мм,

б) не менее 7 мм,

в) не менее 10 мм,

г) не менее 12 мм.

172. У пациенток с диагнозом CIN II в биоптате при p16-позитивном результате ИГХ рекомендована:

а) деструкция зоны трансформации,

б) конизация шейки матки,

в) эксцизия шейки матки,

г) конизация шейки матки с последующим выскабливанием цервикального канала и полости матки.

173. К первичной профилактике рака шейки матки относится:

а) скрининг с последующим лечением выявленного предрака шейки матки,

б) вакцинация против вируса папилломы человека (ВПЧ), ориентированная на девочек в возрасте 9-13 лет и до начала половой жизни,

в) химиотерапия,

г) лучевая терапия.

174. Первый co-test (цитологическое исследование и ВПЧ – тестирование) после

хирургического лечения патологии шейки матки целесообразно выполнить:

- а) через 3 месяца, затем каждые 6 месяцев в течение 2 лет, затем ежегодно в течение 20 лет,
- б) через 6 месяца, затем каждые 6 месяцев в течение 2 лет, затем ежегодно в течение 30 лет,
- в) через 3 месяца, затем каждые 3 месяца в течение 3 лет, затем ежегодно в течение 10 лет,
- г) через 3 месяца, затем каждые 6 месяцев в течение 5 лет, затем ежегодно в течение 10 лет.

175. Хирургический метод лечения (абляция) показан при:

- а) эрозии шейки матки,
- б) эктропионе,
- в) лейкоплакии шейки матки,
- г) цервикальной интраэпителиальной неоплазии.

176. К фактору риска развития острой жировой дистрофии печени не относится:

- а) преэклампсия,
- б) ВРТ,
- в) беременность плодом мужского пола,
- г) многоплодная беременность.

177. Клинические проявления острой жировой дистрофии печени на раннем «дожелтушном» этапе:

- а) слабость, кожный зуд, боль в эпигастрии и правом подреберье, тошнота и рвота,
- б) отеки, кожный зуд, сонливость, диарея,
- в) сонливость, протеинурия, артериальная гипертензия и отеки,
- г) боль в животе, полиурия, энцефалопатия.

178. При беременности неизвестной локализации показаны:

- а) трансвагинальное УЗИ и контроль сывороточного ?-ХГЧ через 36-48 часов,
- б) трансвагинальное УЗИ и контроль сывороточного ?-ХГЧ через 48-72 часа,
- в) трансвагинальное УЗИ через 5-7 суток и контроль сывороточного ?-ХГЧ через 48-72 часа,
- г) трансвагинальное УЗИ через 7-10 дней и контроль сывороточного ?-ХГЧ через 48

часов.

179. Фактором риска внематочной беременности не является:

- а) стерилизация,
- б) курение,
- в) эндометриоз,
- г) бесплодие 2 года и более.

180. УЗИ-критерием диагностики шеечной беременности не является:

- а) пустая матка,
- б) бочкообразная шейка матки,
- в) плодное яйцо ниже уровня внутреннего зева шейки матки,
- г) к плодному яйцу примыкает сосудистая ножка.

181. Дозировка метотрексата при медикаментозной терапии внематочной беременности:

- а) 30 мг/м² в/в,
- б) 50 мг/м² в/м,
- в) 100 мг/м² в/м,
- г) 150 мг/м² в/в.

182. Медикаментозное лечение внематочной беременности метотрексатом рекомендовано во всех случаях, кроме:

- а) локализация эмбриона в только маточной трубе,
- б) отсутствие у эмбриона сердечной деятельности по УЗИ,
- в) гемодинамическая стабильность,
- г) готовность пациентки к последующему наблюдению.

183. Показанием для хирургического лечения внематочной беременности не является:

- а) нарушенная трубная беременность,
- б) повторная трубная беременность в уже оперированной маточной трубе,
- в) прогрессирующая трубная беременность ?-ХГЧ более 3000-5000 МЕ/л
- г) низкий уровень ?-ХГЧ и отсутствие его прироста.

184. Признаки «устойчивого» (персистирующего) трофобласта:

- а) наличие остатков трофобласта, отсутствие снижения уровня β -ХГЧ или его концентрация выше 5000 МЕ/л,
- б) наличие активного трубного кровотока, отсутствие снижения уровня β -ХГЧ или его концентрация выше 3000 МЕ/л,
- в) наличие умеренного трубного кровотока, отсутствие незначительное снижения уровня β -ХГЧ,
- г) наличие остатков трофобласта, отсутствие снижения уровня β -ХГЧ.

185. К лапароскопическим методам лечения трубной беременности не относится:

- а) сальпинготомия,
- б) сальпингэктомия,
- в) сегментарная резекция маточной трубы,
- г) выдавливание плодного яйца.

186. Какие фазы менопаузы выделяют:

- а) преждевременную, своевременную,
- б) раннюю, позднюю,
- в) преждевременную, раннюю, своевременную, позднюю,
- г) ремиттирующую, своевременную, позднюю,

187. К ранним симптомам перименопаузы относят:

- а) приливы, повышенная потливость
- б) абдоминальное ожирение,
- в) повышение риска переломов,
- г) дизурия, циститы.

188. К поздним симптомам постменопаузы не относится:

- а) атрофический вульвовагинит,
- б) диспареуния,
- в) саркопения,
- г) повышение риска переломов.

189. Менопаузальную гормональную терапию (МГТ) рекомендовано начинать:

- а) до 55 лет при длительности менопаузы до 5 лет,
- б) до 60 лет при длительности менопаузы до 5 лет,
- в) до 60 лет при длительности менопаузы менее 10 лет,
- г) до 60 лет при длительности менопаузы менее 3 лет.

190. Кому показана монотерапия эстрогенами:

- а) женщинам с удаленной маткой,
- б) женщинам находящимся в фазе менопаузального перехода или в перименопаузе,
- в) женщинам находящимся в постменопаузе,
- г) женщинам с удаленными придатками матки.

191. Минимальной эффективной дозой эстрадиола для купирования симптомов пери- и постменопаузы считается:

- а) 1,0 мг,
- б) 0,5 мг,
- в) 0,2 мг,
- г) 1,5 мг.

192. В постменопаузе в качестве терапии менопаузальными гормональными препаратами (МГТ) рекомендована:

- а) монотерапия эстрагенами,
- б) монотерапия прогестагенами,
- в) комбинированная терапия (эстрогены с прогестагенами) в циклическом режиме,
- г) монофазная комбинированная терапия (эстрогены с прогестагенами) в непрерывном режиме.

193. Трансдермальное введение эстрогенов:

- а) оказывает положительное воздействие на обмен в эндотелии сосудов,
- б) оказывает положительное влияние на некоторые показатели липидного спектра,
- в) позволяет сохранить физиологическое соотношение эстрадиол/эстрон,
- г) способствует синтезу биологически активных веществ.

194. Средняя продолжительность приема комбинированной МГТ:

- а) 5 лет,

- б) 7 лет,
- в) 10 лет,
- г) по желанию женщины.

195. При простой гиперплазии эндометрия в период менопаузального перехода возможно проведение медикаментозной терапии:

- а) в непрерывном режиме дидрогестерон 5 мг/сут,
- б) в циклическом режиме дидрогестерон 20 мг/сут по 16-дневной схеме,
- в) в циклическом режиме микронизированный прогестерон 400 мг/сут по 14-дневной схеме,
- г) в непрерывном режиме микронизированный прогестерон 100 мг/сут.

196. УЗ-мониторинг состояния эндометрия на фоне приема МГТ необходимо проводить с периодичностью:

- а) 1 раз в месяц,
- б) 1 раз в 2 месяца,
- в) 1 раз в 3 месяца,
- г) 1 раз в 6 месяцев.

197. Во II триместре беременности нижним пределом уровня гемоглобина следует считать:

- а) 110 г/л,
- б) 120 г/л,
- в) 100 г/л,
- г) 105 г/л.

198. Критерием постановки диагноза «железодефицитная анемия» следует считать:

- а) снижение концентрации сывороточного железа менее 7 мкмоль/л,
- б) снижение гематокрита менее 29 %,
- в) снижение сывороточного ферритина менее 30 мг/дл,
- г) снижение уровня насыщенности трансферрина менее 20 %.

199. Противопоказание к проведению интраоперационной реинфузии аутоэритроцитов:

- а) многоплодная беременность,

- б) спаечный процесс в брюшной полости.
- в) наличие у пациента злокачественного новообразования,
- г) варикозное расширение вен матки.

200. При анемии легкой степени у гинекологических пациентов показана терапия пероральными препаратами железа в дозе:

- а) 200-260 мг в день,
- б) 160-200 мг в день,
- в) 120-180 мг в день,
- г) 90 мг в день.

201. Код обследования участников аварийной ситуации с попаданием крови и биологических жидкостей под кожу, на кожу и слизистые:

- а) 124
- б) 120
- в) 125
- г) 118

202. Группы риска граждан для расширения добровольного тестирования на ВИЧ-инфекцию:

- а) Лица, направляемые на оперативные вмешательства
- б) Лица, направляемые на эндоскопические исследования
- в) Женщины, находящиеся в послеродовом периоде
- г) Все медицинские работники при прохождении медицинского осмотра

203. Диагноз «ВИЧ-инфекция» устанавливается на основании:

- а) Однократного положительного результата обследования на ВИЧ-инфекцию методом ИФА
- б) Лабораторного заключения о наличии серологических и/или генетических маркеров ВИЧ-инфекции
- в) Положительного результата экспресс-теста на ВИЧ-инфекцию
- г) Только на основании положительного ИФА и иммуноблотинга

204. Рекомендуется в регионах с распространенностью ВИЧ среди беременных женщин более 1% проведение скрининга на антитела к ВИЧ-инфекции:

- а) Только лицам, имеющим клинические показания к обследованию на антитела к ВИЧ
- б) Всем в возрасте 18-60 лет, обращающимся за медицинской помощью в медицинские учреждения любого профиля
- в) Только половым партнерам беременных женщин, вставших на учет в женскую консультацию по беременности
- г) Лицам, имеющим высокий риск инфицирования ВИЧ (имеющим беспорядочные половые связи, прием психоактивных веществ)

205. Рекомендуются обследовать беременных женщин с высоким риском заражения ВИЧ:

- а) При постановке на учет по беременности и в сроке 28-30 недель
- б) При постановке на учет, затем каждые 2-3 месяца
- в) При постановке на учет и в сроке 28-30 недель методом ПЦР
- г) Ежемесячно

206. Код обследования половых партнеров женщин, поставленных на учет по беременности:

- а) 109
- б) 118
- в) 110
- г) 113

207. Код обследования детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями:

- а) 124
- б) 120
- в) 118
- г) 113

208. Химиопрофилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку назначается:

- а) При наступлении беременности
- б) По окончании первого триместра беременности
- в) С 28 недель беременности
- г) За 3 недели до родов

209. Если беременность наступила на фоне антиретровирусной терапии, необходимо:

- а) Отменить препараты на период первого триместра
- б) Отменить препараты до 28 недели беременности
- в) Скорректировать терапию с учетом тератогенного действия препаратов и продолжить ВААРТ
- г) Продолжить терапию без изменений

210. Самый высокий риск инфицирования плода:

- а) В период беременности
- б) В родах
- в) В период грудного вскармливания
- г) Риск равнозначный

211. Молекулярно-биологическое обследование беременных на ДНК или РНК ВИЧ проводится:

- а) При получении сомнительных результатов тестирования на антитела к ВИЧ, полученных стандартными методами
- б) При отсутствии обследования на антитела к ВИЧ в сроке 28-30 недель
- в) При отсутствии обследования на антитела к ВИЧ в период беременности
- г) По эпидемиологическим показаниям

212. Плановое кесарево сечение для профилактики передачи ВИЧ – инфекции ребенку показано при:

- а) Вирусная нагрузка при последнем исследовании перед родами более 1000 коп/мл
- б) Нет данных о величине вирусной нагрузке перед родами
- в) Химиопрофилактика в период беременности не проводилась
- г) Все перечисленное верно

213. Показанием к антиретровирусной терапии является:

- а) CD4 менее 350 клеток
- б) Вирусная нагрузка более 100 000 копий в мл
- в) Наличие клинических показаний
- г) Наличие диагноза ВИЧ-инфекция при отсутствии противопоказаний

214. Стадия ВИЧ-инфекции устанавливается только на основании:

- а) Клинических проявлений (наличие вторичных заболеваний)
- б) Давности установленного диагноза
- в) Уровня СД4
- г) Показателя вирусной нагрузки как маркера прогрессирования заболевания

215. В какие сроки рекомендуется назначать постконтактную профилактику после травмы инструментом, контаминированным ВИЧ:

- а) желательно в первые два часа после травмы, но не позднее 48 часов после травмы
- б) желательно в первые два часа после травмы, но не позднее 24 часов после травмы
- в) желательно в первые два часа после травмы, не позднее 72 часов после травмы
- г) назначение профилактического лечения не снижает риск инфицирования

216. При получении положительного результата обследования на антитела к ВИЧ у пациента следует:

- а) Направить пациента в Центр СПИД для уведомления о результате обследования
- б) Предпринять меры по явке пациента на прием, уведомить его о результате обследования самостоятельно и направить в Центр СПИД
- в) Довести информацию до руководителя подразделения
- г) Сообщить результат обследования пациенту по телефону в короткие сроки и рекомендовать обратиться в Центр СПИД

217. Положительный результат обследования на антитела к ВИЧ:

- а) В кратчайшие сроки доводится до специалиста, проводившего дотестовое консультирование/лица его замещающего
- б) Доводится только до руководителя подразделения с целью сохранности персональных данных
- в) Доводится только до специалиста, ответственного за ВИЧ, закрепленного внутренним приказом МО
- г) Результат не возвращается в МО, проводившую обследование, направляется в Центр СПИД

218. Забор крови на антитела к ВИЧ в процедурном кабинете допускается:

- а) При предъявлении пациентом документа, удостоверяющего личность и направления на исследование
- б) Вне зависимости от факта предъявления пациентом документа, удостоверяющего

личность

в) При предъявлении направления на исследование

г) При предъявлении полиса ОМС

219. Медотвод от БЦЖ-м ребенку, рожденному ВИЧ-инфицированной матерью, устанавливается на срок:

а) 2 месяца

б) 18 месяцев

в) пожизненно

г) 6 месяцев

220. Неопределяемый уровень вирусной нагрузки у беременных ВИЧ-инфицированных женщин определяется как:

а) менее 1000 копий/мл

б) ниже порога определения тест-системы в 250 копий/мл

в) ниже порога определения тест-системы в 500 копий/мл

г) ниже порога определения тест-системы в 50 копий/мл