**Гнойно-септические заболевания в акушерстве и гинекологии**

001. Наиболее тяжелой формой лактационного мастита является мастит

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

002. Первый этап распространения послеродовой инфекции по классификации Сазонова-Бартельса

1. послеродовой эндометрит
2. **инфильтрат и расхождение швов на передней брюшной стенке**
3. распространенный тромбофлебит
4. септический шок
5. пельвиоперитонит

003. Основной симптом лохиометры

1. гипертермия
2. гипотермия
3. симптом Шредера
4. озноб
5. **задержка лохий**

004. Стадии распространения послеродовых гнойно-септических заболеваний

1. 2
2. 3
3. **4**
4. 5
5. 6

005. Условия, способствующие развитию лактационного мастита

1. лактостаз
2. трещины сосков
3. снижение иммунологической защиты организма.
4. **лактостаз, трещины сосков, снижение иммунологической защиты организма**
5. лактостаз, трещины сосков

006. Тяжесть клинических проявлений послеродового эндометрита зависит

1. от степени микробной обсемененности матки
2. от реактивности организма
3. от вирулентности бактериальной флоры
4. отреактивности организма, от вирулентности бактериальной флоры
5. **от реактивности организма, вирулентности бактериальной флоры, степени микробной обсемененности матки, реактивности организма**

007. Клинические признаки серозного мастита после родов

1. температура тела 37,0 град. С
2. боли в молочной железе на стороне поражения
3. **увеличение молочной железы, покраснения кожи над участком уплотнения в молочной железе, боли в молочной железе на стороне поражения**
4. покраснение кожи над участком уплотнения в молочной железе
5. безболезненный участок уплотнения в молочной железе при пальпации

008. Принципы лечения послеродовых воспалительных заболеваний заключаются

1. индивидуальный стол
2. применение очистительных клизм
3. в понижении неспецифической реактивности организма
4. **в выборе антибиотика с учетом формы и локализации заболевания, в локальном воздействии на очаг инфекции**
5. жаропонижающие препараты

009. Госпитальная инфекция чаще всего обусловлена

* 1. золотистым стафилококком
  2. грамотрицательной флорой
  3. анаэробами
  4. **ассоциацией микроорганизмов**
  5. ВПЧ

010. Диагностические критерии подострого эндометрита после родов

1. температура тела родильницы 37,0
2. брадикардия до 50 ударов в минуту
3. лохии светлые
4. **температура тела родильницы 38 С и выше, лохии с примесью крови на 5-е сутки после родов**
5. матка плотная с четкими контурами

011. К группе риска по развитию послеродового мастита относится

1. снижение лактации
2. адекватная санация очага инфекции
3. гематометра
4. **мастопатия, наличие послеродового эндометрита**
5. генитальный инфантилизм

012. При послеродовом мастите чаще бывает поражение

1. одностороннее
2. у женщин с общим инфантилизмом
3. верхне-наружного квадранта
4. **двустороннее, нижне-внутреннего квадранта**
5. фурункул соска

013. Наиболее частый путь распространения инфекции при возникновении лактационного мастита

1. **лимфогенный**
2. гематогенный
3. галактогенный
4. воздушно-капельный
5. местный контакт с очагом инфекции, несоблюдение гигиены

014. Основные преобладающие клинические формы лактационного мастита в настоящее время

1. инфильтративно-гнойный
2. абсцедирующий
3. флегмозный
4. **лактостаз**
5. латентная

015. Продолжительность стадии серозного лактационного мастита обычно составляет

1. **1-2 дня**
2. 3-4 дня
3. 5-6 дней
4. 7-8 дней
5. 10-12 дней

016. При диффузной форме инфильтративно-гнойного лактационного мастита, как правило, отмечается

1. абсолютно интактные молочные железы
2. наличие явногоабсцедирования в молочной железе
3. отсутствие выраженного инфильтрата в ткани молочной железы
4. **пропитывание гноем ткани молочной железы (наподобие пчелиных сот)**
5. прорыв абсцесса наружу

017. У большинства женщин лактационный мастит начинается после родов

1. в конце 5-й недели
2. в конце 10-й недели
3. в начале 8-й недели
4. **в конце 2-й недели**
5. в начале 3-й недели

018. Для клинической картины перитонита после операции кесарева сечения на фоне хориоамнионита характерно

1. выраженная интоксикация
2. рецидивирующий парез кишечника
3. **появление симптоматики на 4-6 сутки после операции**
4. появление симптоматики на 14-16 сутки после операции
5. появление симптоматики на 24-26 сутки после операции

019. Основные показания к подавлению лактации у родильниц с лактационным маститом

1. серозный или инфильтративный мастит при условии отсутствия эффекта от проводимой антибактериальной терапии в течение 1 дня
2. легкое течение мастита и эффективность терапии
3. **гнойный мастит с тенденцией к образованию новых очагов (после хирургического вмешательства)**
4. впервые возникший серозный мастит у женщин
5. инфильтративная стадия воспаления

020. Основными причинами акушерского перитонита являются

1. **эндомиометрит, повышение проницаемости стенки кишечника в результате его пареза**
2. состоятельность швов на матке
3. лактостаз
4. инфантилизм
5. аномалии развития матки

021. Для акушерского перитонита характерно

1. **тахикардия, рецидивирующий парез кишечника**
2. брадикардия
3. чистый влажный язык с желтым налетом
4. выраженныйдефанс передней брюшной стенки
5. мягкий, безболезненный живот при пальпации

022. По локализации септического очага выделяют следующие клинические формы септического шока

1. гестационную (гистерогенную), перитонеальную
2. перитонеальную
3. **легочную, гестационную (гистерогенную), перитонеальную, сосудистую**
4. сосудистую, перитонеальную
5. генерализованная

023. При стафилококковойсептикопиемии после родов, отмечается, как правило, следующая локализация метастатических очагов

1. эндокард, мелкие суставы
2. крупные суставы, мелкие суставы
3. **периост, эндокард, крупные суставы, мелкие суставы**
4. мелкие суставы, периост
5. эндокард, периост

024. Наиболее частая причина лихорадки на 3–4 й день после родов

1. инфекция мочевого тракта
2. **эндометрит**
3. мастит
4. тромбофлебит
5. перитонит

025. К третьему этапу послеродового септического процесса по классификации С. В. Сазонова и А. В. Бартельса относится

1. тазовый тромбофлебит
2. тромбофлебит вен нижних конечностей
3. пельвиоперитонит
4. эндометрит
5. **септический шок**

026. При урогенитальном трихомонозе поражается в основном

**1) влагалище**

2) уретра

3) цервикальный канал

4) мочевой пузырь

5) матки

027. Принципы лечения больных острым генитальным кандидозом

1) санаторно-курортное лечение

**2) лечение кандидозной инфекции**

3) обязательное лечение полового партнера

4) назначение противоанаэробных препаратов

5) назначение противопротозойных препаратов

028. Для лечения больных с послеродовым сепсисом большое значение имеет применение

1) свежезамороженной плазмы

2) антикоагулянтов

3) респираторной поддержки

**4) сочетание дезинтоксикационной и адекватной антимикробной терапии**

5) антигистаминных

029. Госпитальная инфекция чаще обусловлена

1) золотистым стафилококком

2) грамотрицательной флорой

3) анаэробами

**4) ассоциацией микроорганизмов**

5) гонококком

030. В полость матки инфекция может проникать через цервикальный канал чаще

1) при диагностических манипуляциях

2) лимфогенно

3) гематогенно

**4) с помощью трихомонад и сперматозоидов, благодаря пассивному транспорту**

5) при операциях

031. Для внутриматочного диализа при хроническом эндометрите используют

**1) димексид ,диоксидин**

2) настойку календулы

3) лидазу

4) новокаин

5) глюкоза 5%

032. Клинический симптом, предшествующие перфорации гнойного воспалительного образования придатков матки

1) сдвиг лейкоцитарной формулы влево

2) лейкоцитарная формула не изменена, ноющие боли в

пояснице, учащенное мочеиспускание

3) запор, гипертермия

**4) озноб, жидкий стул, рези при мочеиспускании**

5) рвота

033. Локализация первичного очага у больной с гонореей зависит

1) от формы заболевания

2) от остроты процесса и степени тяжести

3)от нарушения правил асептики при инвазивных методах диагностики в гинекологии

4) от климатических особенностей

**5) от анатомических особенностей гениталий, от**

**возраста**

034. При проведении химической провокации у больных с хроническимсальпингоофоритом применяют

**1) раствор азотнокислого серебра 0.5% и 2-3%**

2) раствор линкомицина

3) раствор глюкозы

4) настойку календулы

5) раствор физиологический натрия хлорида

035. Особенности клинического течения туберкулеза тела матки

1) генетические нарушения, сочетание с патологией шейки матки

2) тело матки увеличено

3) метроррагии, гипертермия, выраженные боли в животе

**4) сочетается с туберкулезом придатков, аменореей, бесплодием**

5) увеличение придатков

036. Половой путь передачи инфекции характерен в основном для

1) микобактерий туберкулеза

2) кишечной палочки

3) стрептококков

**4) трихомонад, гонококков**

5) анаэробов

037. Этиопатогенетический подход в диагностике воспалительных заболеваний женских половых органов заключается в определении

1) мазков на цитологию с вульвы и шейки матки

2) уровня половых и тропных гормонов до начала терапии

3) функционального состояния яичников

4) состояния репродуктивной системы

**5) возбудителя и его чувствительности к лекарственным**

**препаратам**

038. Бактерицидным действием не обладает

1) ампициллин

**2) азитромицин**

3) гентамицин

4) цефалоспорины

5) амоксиклав

039. Больным с кистой бартолиновой железы следует рекомендовать

1) УФО

2) лечение только в стадию обострения воспалительного

процесса

**3) оперативное лечение - вылущивание кисты бартолиновой**

**железы (в стадию ремиссии)**

4) коагуляция ткани железы

5) антибактериальная терапия

040. К особенностям течения воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии не относится

1. увеличение числа больных в возрасте до 18 лет и старше

55 лет

2) возрастание числа тубоовариальных образований

3) отсутствие у большинства больных четко выраженной клинической картины заболевания

**4) значительно более частое выявление параметрита**

5) склонность воспалительных заболеваний к длительному

хроническому течению с частыми обострениями

041. К микроорганизмам, которые являются возбудителями воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии, относятся

**1) стафилококки**

2) хламидии

3) трепонема

4) гонококки

5) трихомонады

042. К возможным особенностям половой функции у больных с хроническим сальпингоофоритом относят

1) отсутствие либидо

**2) болевые ощущения при половом акте**

3) отвращение к половому акту

4) усиление либидо

5) промискуитет

043. Лечение вагинита у беременных следует проводить

1) в I триместре беременности

2) во II триместре беременности

**3) в III триместре беременности**

4) во время родов

5) в послеродовом периоде

044. Половой путь передачи инфекции характерен в основном

1. **для хламидий**
2. для вируса простого герпеса
3. для ЦМВ
4. для стафилококка
5. для кишечной палочки

045. В настоящее время отмечаются следующие особенности микрофлоры при воспалительных заболеваниях женских половых органов

1. преобладание ассоциаций микроорганизмов
2. **возрастание числа анаэробов и вирусов**
3. наличие хламидий и микоплазм

4) наличие стафилококков

5) наличие грибов

046. Гонорейную этиологию воспалительного процесса в области придатков матки можно предположить (с большой долей вероятности)

1. при наличии двустороннегосальпингоофорита у первично бесплодной женщины
2. при сочетании двустороннегосальпингоофорита с эндоцервицитом (у женщин, у которых не было родов, абортов, инвазивных лечебно-диагностических процедур)
3. **при сочетании двустороннегосальпингоофорита с уретритом, бартолинитом**
4. при наличии бартолинита
5. при наличии цервицита

047. Остроконечные кондиломы характеризуются чаще всегоследующим

1) имеют вид образования розового цвета, напоминающего по форме цветную капусту

**2) локализуются часто в области вульвы, во влагалище, на шейке матки, ассоциированы с ВПЧ**

3) основание их всегда широкое, инфильтрировано

4) консистенция кондилом хрупкая

5) локализуются часто в области матки

048. Для диагностики воспалительных образований придатков матки наиболее целесообразно применять

1) трансабдоминальнуюэхографию

2) трансвагинальнуюэхографию

3) компьютерную томографию

4) кульдоскопию

**5) узи**

049. Для лечения кандидозного вагинита применяют

1. **пимафуцин**
2. панавир
3. триожиналь
4. вильпрафен
5. настой календулы

050. Особенности клинического течения пельвиоперитонита гонорейной этиологии в отличие от пельвиоперитонита неспецифической этиологии

1. **склонность к образованию спаек и сращений, отграничение процесса**
2. отмечается генерализация процесса
3. наличие выраженных симптомов раздражения брюшины в нижних отделах живота
4. учащение мочеиспускания
5. учащение стула

051. Особенности взятия мазков на наличие гонококков

**1) мазки берутся из уретры и цервикального канала**

2) мазки необходимо брать после назначения антибактериальных препаратов

3) мазки берутся после спринцевания

4) мазки берутся из полости матки

5) мазки берутся из заднего свода

052. В развитии бактериального вагиноза большое значение имеет

**1) гипоэстрогения, сдвиг рН влагалищного содержимого в щелочную сторону**

2) наличие гонококков

3) наличие трихомонад

4) рост анаэробов

5) наличие хламидий