

# ВОПРОСЫ ДЛЯ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО АКУШЕРСТВУ

2019-2020 учебный год

для студентов IV курса лечебного факультета  
и факультета иностранных учащихся

1. Назовите правильные характеристики пуповины:

1. -пуповина образуется из аллантаоиса;
2. в толще пуповины проходят две артерии;
3. в толще пуповины проходят две вены;
4. в пуповине проходят лимфатические сосуды;
5. диаметр пуповины 12см.

2. Назовите правильные характеристики плаценты:

1. нормальный вес плаценты 1200 грамм;
2. -основную массу плаценты составляет ветвистый хорион;
3. -в плаценте вырабатывается хориальный гонадотропин;
4. плацента в норме прикрепляется в области внутреннего зева шейки матки;
5. в плаценте вырабатываются эритроциты.

3. Причиной развития позднего выкидыша является:

1. истмико-цервикальная недостаточность;
2. гипоплазия матки;
3. гиперандрогения;
4. плацентарная недостаточность;
5. -все перечисленное.

4. Наиболее выраженный фактор риска невынашивания беременности среди перечисленных:

1. возраст 22 года;
2. -наличие в анамнезе 3 самопроизвольных выкидышей в сроке 8-14 недель;
3. курение;
4. тазовое предлежание плода;
5. рост женщины 154 см.

5. Причиной аборта может быть:

1. инфекция;
2. цервикальная недостаточность;
3. травма;
4. ионизирующее облучение;
5. -все перечисленное верно.

6. Привычный аборт может быть следствием всех перечисленных состояний, кроме:

1. недостаточности шейки матки;
2. гормональных расстройств;
3. хромосомных нарушений;

4. двурогой матки;
5. -кисты влагалища.

7. В каком сроке прерывается беременность при хромосомных аномалиях плода?

1. 16 – 18 недель;
2. -5 – 6 недель;
3. 8 – 10 недель;
4. 28 – 30 недель;
5. 36 – 38 недель.

8. Наиболее частой причиной самопроизвольного аборта в ранние сроки является:

1. несовместимость по резус-фактору;
2. поднятие тяжести, травма;
3. -хромосомные аномалии;
4. инфекции;
5. истмико-цервикальная недостаточность.

9. Начавшийся аборт характеризуется:

1. -кровянистыми выделениями и болями внизу живота;
2. признаками размягчения и укорочения шейки матки;
3. отхождением элементов плодного яйца;
4. изменением размеров матки.

10 При начавшемся аборте показано:

1. инструментальное выделение плодного яйца;
2. применение антибиотиков;
3. -госпитализация;
4. лечение в амбулаторных условиях.

11. Операцию искусственного прерывания беременности по желанию женщины при наличии у нее резус-отрицательной крови целесообразно проводить:

1. -до 8 недели беременности;
2. на 9-10 неделе беременности;
3. на 11-12 неделе беременности.

12. Причиной преждевременных родов может быть:

1. резус-конфликт;
2. преэклампсия умеренная и тяжелая;
3. многоплодная беременность;
4. гестационный пиелонефрит;
5. -все перечисленное.

13. Что из приведенного не является причиной преждевременных родов?

1. многоводие;
2. многоплодие;
3. -рвота беременных в анамнезе;
4. истмико-цервикальная недостаточность;

5. инфекции.

14. Для перенашивания беременности характерно все перечисленное, кроме:

1. отсутствия родовой деятельности;
2. ухудшения сердечной деятельности плода;
3. уменьшения окружности живота при целом плодном пузыре (за счет всасывания околоплодных вод);
4. окрашивания околоплодных вод меконием;
5. -повышения артериального давления.

15. Какой признак не характерен для переносимой беременности?

1. большая масса плода;
2. узкие швы и роднички;
3. -анемия беременной;
4. кальцификация плаценты.

16. Какая из перечисленных патологий плода часто сопровождается перенашиванием беременности?

1. расщелина позвоночника;
2. водянка головки;
3. анэнцефалия;
4. полидактилия;
5. -ни одна из указанных.

17. Если при переносимой беременности возникла угроза жизни плода, необходимо провести:

1. амниоцентез для определения зрелости плода;
2. -родоразрешение (независимо от состояния шейки);
3. определение РН крови плода;
4. определение уровня соматомаммотропина;
5. повторные исследования через одну неделю.

18. Для определения переносимости в первую очередь необходимо:

1. провести УЗИ для уточнения положения плода;
2. -установить истинный срок беременности;
3. определить ЧСС плода;
4. определить объем амниотической жидкости;
5. провести сократительный стрессовый тест.

19. Основными признаками «перезрелости» плода являются:

1. -сухая кожа;
2. -отсутствие сыровидной смазки;
3. -узкие швы и роднички;
4. -плотные кости черепа.

20. Для определения перенашивания беременности не информативно:

1. УЗИ;

2. установление истинного срока беременности;
3. -определение ЧСС плода;
4. определение объема амниотической жидкости.

21. Родоразрешение при переносенной беременности проводят с учетом:

1. наличия гипоксии плода;
2. исключения пороков развития плода;
3. степени готовности организма беременной к родам;
4. соразмерности головки плода и таза матери;
5. -все ответы правильные.

22. К показаниям к кесареву сечению при переносенной беременности относятся:

1. тазовое предлежание;
2. крупные размеры плода;
3. поздний возраст женщины;
4. узкий таз;
5. -все ответы правильные.

23. В диагностике переносенной беременности помогают следующие методы исследования:

1. амниоскопия;
2. ЭКГ и ФКГ плода;
3. динамика измерения окружности живота и высоты дна матки;
4. кольпоцитология;
5. -все перечисленное.

24. Амниоскопия позволяет, в основном, оценить:

1. количество околоплодных вод;
2. окрашивание околоплодных вод;
3. наличие хлопьев сыровидной смазки;
4. -все перечисленное;
5. ничего из перечисленного.

25. Что из перечисленных средств можно применять для обезболивания в первом периоде родов:

1. новокаин в свечах;
2. -промедол;
3. окситоцин;
4. седуксен;
5. -спазматон;
6. питуитрин.

26. Наименьшая масса тела жизнеспособного плода составляет:

1. -500 г;
2. 600 г;
3. 800 г;
4. 1000 г.

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

1. 20 недель;
2. -22 недели;
3. 26 недель;
4. 28 недель.

28. Оценка состояния новорожденного не включает:

1. сердцебиение;
2. дыхание;
3. -состояние зрачков;
4. тонус;
5. цвет кожи.

29. Продолжительность перинатального периода?

1. от зачатия до родоразрешения;
2. первые 7 дней после родов;
3. -с 22-ой недели внутриутробного развития и включая 7 дней после родов;
4. с 22-ой недели внутриутробного развития и включая 10 дней после родов;
5. с 24-ой недели беременности до 7 дня после родов.

30. Наиболее частая причина смертности недоношенных новорожденных:

1. пороки развития;
2. гемолитическая болезнь новорожденных;
3. -респираторный дистресс-синдром;
4. желтуха новорожденных;
5. -инфекции.

31. Какое из следующих состояний часто встречается у новорожденных девочек и обычно не требует лечения?

1. -слизистые выделения из влагалища;
2. сращение половых губ;
3. выпадение уретры;
4. эктопия ануса.

32. К внутриутробному инфицированию плода может привести:

1. ОРВИ во время беременности;
2. обострение хронического пиелонефрита во время беременности;
3. угроза прерывания беременности;
4. кольпит во время беременности;
5. -все ответы правильные.

33. Клинические проявления внутриутробной инфекции зависят от:

1. срока беременности, при котором произошло инфицирование;
2. вирулентности возбудителей;
3. пути инфицирования;

4. вида возбудителя;
5. -всех перечисленных факторов.

34. Основной источник заражения людей токсоплазмозом:

1. кровь больного человека;
2. птичий помет;
3. -кошки;
4. продукты моря.

35. Для диагностики гемолитической болезни у новорожденного определяют в крови:

1. гемоглобин и количество эритроцитов;
2. почасовой прирост билирубина;
3. группу крови;
4. резус-принадлежность крови;
5. -все перечисленное.

36. Условиями возникновения резус-конфликта являются:

1. наличие резус-положительного плода у резус-отрицательной матери;
2. сенсibilизация матери к резус-фактору;
3. переливание несовместимой крови в анамнезе;
4. аборт в анамнезе;
5. -все перечисленное.

37. Возможно ли развитие резус - отрицательного плода у резус-положительных родителей?

1. -да;
2. нет.

38. Возможно ли развитие резус-положительного плода у резус-отрицательных родителей?

1. да;
2. -нет.

39. Возможен ли резус-конфликт у резус положительной матери при развитии резус-отрицательного плода в случаях, если отец резус-отрицательный?

1. да;
2. -нет.

40. Возможен ли резус-конфликт у резус положительной матери при развитии резус-отрицательного плода в случаях, если отец резус-положительный?

1. да;
2. -нет.

41. Возможен ли резус-конфликт у резус-отрицательной матери при первой беременности?

1. -да;
2. нет.

42. В каком из перечисленных случаев необходимо оставить длинный (до 7 см) пуповинный остаток при перевязке пуповины?

1. роды в тазовом предлежании;
2. рождение плода путем операции кесарева сечения;
3. -резус-конфликтная беременность;
4. крупный плод.

43. Наиболее неблагоприятным признаком изоиммунизации во время беременности является:

1. нарастание титра антител;
2. «скачущий» титр антител;
3. наличие «неполных» антител;
4. признаки отека плаценты и плода;
5. -все перечисленное.

44. Понятие «планирование семьи» означает виды деятельности, которые помогают семьям:

1. избежать нежелательной беременности;
2. регулировать интервалы между беременностями;
3. производить на свет желанных детей;
4. -все перечисленное верно.

45. Младенческая смертность – это:

1. смертность детей на первой неделе жизни;
2. смертность детей на первом месяце жизни;
3. смертность детей в возрасте до 2 лет;
4. -смертность детей на первом году жизни.

46. К материнской смертности относится смертность женщин:

1. от медицинского аборта;
2. от внематочной беременности;
3. от деструктирующего пузырного заноса;
4. -от всего перечисленного;
5. ничего из перечисленного.

47. Понятие перинатальная смертность означает:

1. смерть ребенка в родах;
2. -потеря плода «вокруг родов» – в антенатальном, интранатальном и раннем неонатальном периоде;
3. мертворождаемость;
4. антенатальная гибель плода.

48. Ранняя неонатальная смертность – это:

1. -смертность детей на первой неделе жизни;
2. смертность детей на первом месяце жизни;
3. смертность детей в возрасте до 2 лет;

4. смертность детей на первом году жизни.

49. В связи с беременностью наружные половые органы претерпевают следующие физиологические изменения:

1. слизистая оболочка входа во влагалище становится цианотичной;
2. усиливается секреция сальных желез вульвы;
3. наружные половые органы разрыхляются;
4. -верно все перечисленное.

50. Под акушерской промежностью подразумевается участок тканей:

1. между задней спайкой и копчиком;
2. -между задней спайкой и анусом;
3. между анусом и копчиком;
4. от нижнего края лона до ануса;
5. от нижнего края копчика до ануса.

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

1. 0,1 – 0,3 см;
2. 0,4 – 0,6 см;
3. -0,7 – 0,9 см;
4. 1,0 – 1,2 см;
5. 1,3 – 1,5 см.

52. Основные особенности строения влагалища:

1. -стенка покрыта многослойным плоским эпителием;
2. в слизистой оболочке нет желез и нет подслизистого слоя;
3. содержимое влагалища – это только результат сокращения шейных желез, маточных труб, клетки слущенного эпителия влагалища;
4. все ответы неверны;
5. верно все перечисленное.

53. В связи с беременностью во влагалище происходят следующие физиологические изменения:

1. -резко возрастает кровоснабжение стенок влагалища;
2. -происходит разрыхление стенок влагалища;
3. -происходит гиперплазия и гипертрофия мышечных элементов влагалища;
4. реакция влагалища становится щелочной.

54. К наружным половым органам относятся:

1. -большие половые губы;
2. -малые половые губы;
3. -большие железы преддверия влагалища;
4. -клитор.

55. К внутренним половым органам относятся:

1. -матка;



2. -маточные трубы;
3. -яичники;
4. -влагалище.

56. Брюшина покрывает матку, как правило:

1. -по ее передней поверхности – с уровня перешейка;
2. -по ее задней поверхности – почти до уровня наружного зева;
3. -дно матки и ее задний отдел – полностью;
4. только дно матки;

57. Преимущественный ход мышечных волокон в теле матки:

1. косой;
2. циркулярный;
3. косо-продольный;
4. -продольный;
5. никакой из перечисленных.

58. Преимущественный ход мышечных волокон в шейке матки:

1. косой;
2. -циркулярный;
3. косо-продольный;
4. продольный;
5. никакой из перечисленных.

59. Увеличение матки во время беременности происходит за счет:

1. гипертрофии мышечных волокон матки;
2. гиперплазии мышечных волокон матки;
3. растяжения стенок матки растущим плодом;
4. все ответы неправильные;
5. -верно все перечисленное.

60. Топографическая анатомия маточной артерии имеет следующие характерные признаки:

1. -делится на восходящую и нисходящую ветви;
2. -на первом перекресте с мочеточником располагается позади мочеточника;
3. -ее влагалищная ветвь идет по переднебоковой стенке влагалища с обеих сторон;
4. ее влагалищная ветвь анастомозирует с почечной артерией;

61. Яичник поддерживается в брюшной полости, благодаря:

1. -собственной связке яичника;
2. -широкой маточной связке;
3. -воронко-тазовой связке;
4. крестцово-маточным связкам;

62. Какой из перечисленных ниже гормонов используется в качестве маркера нормально развивающейся беременности?

1. эстрадиол;

2. гипофизарный гонадотропин;
3. прогестерон;
4. пролактин;
5. -хорионический гонадотропин.

63. Что не характерно для желтого тела беременности?

1. развивается из менструального желтого тела;
2. секретирует прогестерон;
3. ХГТ стимулирует развитие желтого тела;
4. -активно функционирует на протяжении всей беременности.

64. Дайте название процессу, при помощи которого зародыш устанавливает связь с телом матери (матки):

1. гастрюляция;
2. имплантация;
3. гистогенез;
4. оплодотворение;
5. -плацентация.

65. Какие структуры (органы) зародыша обеспечивают внешнюю среду при внутриутробном развитии человека?

1. хорион;
2. тело матери;
3. желточный мешок;
4. аллантоис;
5. -амнион.

66. Когда заканчивается зародышевый и начинается плодный период внутриутробного развития человека?

1. в конце первого месяца;
2. в конце второго месяца;
3. -в начале третьего месяца;
4. в конце третьего месяца;
5. в начале четвертого месяца.

67. Первый триместр беременности называется периодом:

1. -органогенеза;
2. -плацентации;
3. плодовым.

68. Основными качественными показателями работы родильного дома (отделения) являются:

1. -материнская заболеваемость и смертность;
2. -перинатальная заболеваемость и смертность;
3. -родовой травматизм детей и матерей.

69. Из каких костей состоит женский таз:

1. -двухтазовых;
2. -крестца;
3. плечевой;
4. -копчика;
5. бедренной.

70. Из каких костей состоит тазовая кость:

1. затылочной;
2. -подвздошной;
3. -седалищной;
4. -лобковой;
5. крестцовой.

71. Кости таза соединены между собой посредством:

1. -симфиза;
2. -крестцово-подвздошных суставов;
3. -крестцово-копчикового сустава.

72. Как называется плоскость, лежащая между большим и малым тазом:

1. плоскость широкой части полости;
2. -плоскость входа в малый таз;
3. плоскость узкой части полости;
4. плоскость выхода таза.

73. Какие отделы имеют малый таз:

1. -вход;
2. -полость;
3. -выход;
4. преддверие.

74. Сколько размеров различают во входе в малый таз:

1. -прямой;
2. два прямых;
3. -поперечный;
4. два поперечных;
5. -два косых.

75. Прямой размер выхода таза:

1. -от вершины копчика до нижнего края симфиза;
2. от вершины копчика до верхнего края симфиза;
3. от мыса крестца до верхнего края симфиза;
4. от мыса крестца до нижнего края симфиза.

76. Наибольший размер во входе малого таза:

1. косою;
2. -поперечный;
3. прямой.

77. Проводная ось таза - это линия, соединяющая центры всех:

1. -прямых размеров таза;
2. косых размеров таза;
3. поперечных размеров таза.

78. Угол наклона таза при положении женщины стоя составляет:

1. 35-40°;
2. 45-50°;
3. -55-60°;
4. 65-70°;
5. 60-65°.

79. Границы плоскости входа в таз:

1. -верхний край симфиза и верхневнутренний край лобковых костей;
2. -дугообразные линии подвздошных костей;
3. середина вертлужных впадин;
4. -крестцовый мыс.

80. Перечислите роднички черепа плода:

1. -передний (большой);
2. левый;
3. -задний (малый);
4. правый.

81. Малый косой размер головки зрелого плода и окружность головки, соответствующая ему:

1. 12 см - 34 см;
2. 13,5 см - 42 см;
3. -9,5 см - 32 см;
4. 11 см - 38 см.

82. Большой косой размер головки зрелого плода и окружность головки, соответствующая ему:

1. 12 см - 34 см;
2. -13,5 см - 38-42 см;
3. 9,5 см - 32 см;
4. 11 см - 38 см.

83. Как называется наибольшее расстояние между теменными буграми головки зрелого плода:

1. поперечный размер;
2. -большой поперечный размер;
3. средний поперечный размер;
4. малый поперечный размер.

84. Как определяется малый косой размер:

1. от подзатылочной ямки до надпереносья;
2. -от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка;
3. от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба;
4. от подбородка до затылочного бугра.

85. Как определяется большой кривой размер:

1. от подзатылочной ямки до надпереносья;
2. от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка;
3. от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба;
4. -от подбородка до затылочного бугра.

86. Как определяется средний кривой размер:

1. от подзатылочной ямки до надпереносья;
2. от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка;
3. -от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба;
4. от подбородка до затылочного бугра.

87. Назовите швы черепа новорожденного:

1. -сагиттальный;
2. -лобный;
3. -венечный;
4. передний;
5. -лямбдовидный;
6. задний.

88. Назовите параметры шкалы Апгар:

1. -частота сердечных сокращений;
2. группа крови;
3. -дыхательная активность;
4. -мышечный тонус;
5. масса и длина тела;
6. -рефлекторная активность;
7. -цвет кожи.

89. Ведение беременных женщин в женской консультации проводится, как правило, методом:

1. оказания медицинской помощи при обращении пациенток в женскую консультацию;
2. профилактических осмотров на предприятиях;
3. периодических осмотров декретированных контингентов;
4. -диспансерного наблюдения.

90. При нормальной беременности наблюдаются следующие изменения гемодинамики:

1. возрастает объем циркулирующей крови на 40-50%;
2. увеличивается объем циркулирующих эритроцитов на 30-40 %;
3. отмечается гидремия;

4. -все перечисленные;
5. ничего из перечисленного.

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

1. повышается систолическое давление крови;
2. повышается диастолическое давление крови;
3. повышается периферическое сопротивление сосудов;
4. снижается объем циркулирующей крови;
5. -ничего из перечисленного.

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

1. -гиперкоагуляция;
2. гипокоагуляция;
3. коагулопатия потребления;
4. активация только сосудисто-тромбоцитарного звена;
5. активация только плазменного звена.

93. При нормально развивающейся беременности в крови матери:

1. увеличивается количество тромбоцитов;
2. возрастает содержание фибриногена;
3. повышается вязкость крови;
4. -происходит все перечисленное;
5. ничего из перечисленного не происходит.

94. Какие функции выполняет амниотическая оболочка у млекопитающих?

1. трофическую;
2. дыхательную;
3. выделительную;
4. кроветворную;
5. -создание водной среды для зародыша.

95. Какой из приведенных ниже гормонов не синтезируется плацентой?

1. эстриол;
2. прогестерон;
3. человеческий хорионический гонадотропин;
4. человеческий плацентарный лактоген;
5. -пролактин.

96. Какой из указанных гормонов во время беременности секретруется передней долей гипофиза матери и плода?

1. прогестерон;
2. -пролактин;
3. эстриол;
4. человеческий хорионический гонадотропин;
5. человеческий плацентарный лактоген.

97. Синтез какого гормона возрастает в 1000 раз во время беременности?

1. эстрадиол;
2. прогестерон;
3. кортизол;
4. -эстриол;
5. тироксин.

98. Какие из положений неверны:

1. стимуляция соска ведет к выбросу пролактина;
2. лактация связана с действием пролактина;
3. лактация поддерживается окситоцином;
4. -увеличение выработки молока идет под влиянием эстрогенов;
5. -лактация связана с действием андрогенов;

99. При развивающейся беременности происходит все, кроме:

1. увеличения размеров матки;
2. размягчения ее;
3. изменения реакции на пальпацию;
4. -уплотнения матки;
5. изменения ее формы.

100. К вероятному признаку при диагностике беременности относят:

1. изменение настроения;
2. изменение обоняния;
3. выслушивание сердцебиения плода;
4. -увеличение матки.

101. А., 21 год, обратилась в женскую консультацию в связи с задержкой менструации на 2 недели. При осмотре: цианоз слизистой влагалища, матка размягчена, слегка увеличена, выделения обычные. Какой совет Вы дадите женщине?

1. -наблюдение в женской консультации;
2. консультация хирурга;
3. анализ мочи на 17 кетостероиды;
4. пункция брюшной полости через задний свод.

102. Достоверным признаком беременности является:

1. отсутствие менструации;
2. увеличение размеров матки;
3. диспептические нарушения;
4. -наличие плода в матке;
5. увеличение живота.

103. К достоверным признакам беременности относится:

1. шевеление плода;
2. увеличение матки;
3. цианоз влагалища;

4. -пальпация частей плода;
5. повышение ректальной температуры.

104. Достоверным признаком беременности является:

1. увеличение матки;
2. прекращение менструаций;
3. увеличение живота у женщин репродуктивного возраста;
4. -пальпация плода в матке;
5. цианоз влажной части шейки матки.

105. Нижний маточный сегмент начинает формироваться, как правило, со следующих сроков беременности:

1. -16 недель;
2. 18 недель;
3. 20 недель;
4. 22 недель;
5. 24 недель.

106. Ранняя диагностика беременности предполагает:

1. изменение базальной температуры;
2. определение уровня ХГ в моче;
3. УЗИ;
4. динамическое наблюдение;
5. -все перечисленное.

107. Предположительный диагноз, если у женщины с нормальным менструальным циклом после задержки менструации на 20 дней, появились небольшие кровянистые выделения:

1. -начавшийся аборт;
2. -нарушение функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы;
3. -нарушенная внематочная беременность;
4. -пузырный занос;

108. Предполагаемая дата родов основывается на всех указанных положениях, кроме:

1. менструальные циклы регулярны;
2. продолжительность беременности 280 дней;
3. овуляция происходит приблизительно на 14 день цикла;
4. -до беременности применялись пероральные контрацептивы;
5. зачатие произошло в середине цикла.

109. Предполагаемый срок родов, если первый день последней менструации 10 января:

1. 6 сентября;
2. -17 октября;
3. 11 ноября;
4. 21 декабря;
5. 3 октября.



110. Предполагаемая дата родов, если первый день последней менструации 1 мая:

1. 6 февраля;
2. 8 августа;
3. 24 апреля;
4. -8 февраля;
5. 3 октября.

111. Предполагаемая дата родов, если первый день последней менструации 19 июля:

1. 6 февраля;
2. 8 августа;
3. -26 апреля;
4. 8 февраля;
5. 26 октября.

112. УЗИ в акушерстве позволяет определить:

1. расположение плаценты и ее патологию;
2. состояние плода;
3. неразвивающуюся беременность;
4. генетические заболевания плода;
5. -все перечисленное верно.

113. Какие показания для ультразвукового исследования беременных?

1. -установление срока беременности;
2. -диагностика многоплодной беременности;
3. -оценка развития плода;
4. -получение информации о расположении плаценты;
5. -выявление врожденных аномалий;

114. Амниоскопия позволяет оценить:

1. количество околоплодных вод;
2. окрашивание околоплодных вод;
3. наличие хлопьев сыровидной смазки;
4. -все перечисленное;
5. ничего из перечисленного.

115. При правильном членорасположении плода головка находится в состоянии:

1. максимального сгибания;
2. -умеренного сгибания;
3. умеренного разгибания.
4. максимального разгибания.

116. Положение плода - это:

1. отношение спинки плода к сагитальной плоскости;
2. отношение спинки к фронтальной плоскости;
3. -отношение оси плода к длиннику матки;
4. взаимоотношения различных частей плода.

117. Продольным называется положение, при котором ось плода:

1. находится под прямым углом к продольной оси матки;
2. находится под острым углом к оси матки.;
3. -совпадает с длинником матки;
4. находится под тупым углом к оси матки.

118. Правильным положением плода считается:

1. -продольное;
2. косое;
3. поперечное с головкой плода, обращенной влево;
4. поперечное с головкой плода, обращенной вправо.

119. Предлежание плода - это отношение:

1. головки плода ко входу в таз;
2. тазового конца ко входу в таз;
3. -наиболее низко лежащей части плода ко входу в таз;
4. головки плода ко дну матки.

120. Головное предлежание плода при физиологических родах:

1. переднеголовное;
2. -затылочное;
3. лобное;
4. лицевое.

121. Наиболее частым предлежанием плода является:

1. чисто ягодичное;
2. ягодичное-ножное;
3. ножное;
4. -головное;
5. поперечное.

122. Под позицией плода понимается:

1. -отношение спинки плода к боковым стенкам матки;
2. отношение головки плода ко входу в таз;
3. отношение оси плода к длиннику матки;
4. взаимоотношение различных частей плода.

123. Вид позиции плода - это отношение:

1. спинки к сагиттальной плоскости;
2. головки к плоскости входа в малый таз;
3. -спинки к передней и задней стенкам матки;
4. оси плода к длиннику матки.

124. При первой позиции спинка плода обращена:  
вправо;

1. ко дну матки;
2. -влево;

3. ко входу в малый таз.

125. При второй позиции спинка плода обращена:

1. -вправо;
2. ко дну матки;
3. влево;
4. ко входу в малый таз.

126. Позиция плода при поперечном положении определяется по расположению:

1. спинки;
2. -головки;
3. мелких частей;
4. тазового конца;
5. не определяется.

127. Какой из скрининговых тестов не показан при нормальном течении беременности?

1. серологическое обследование;
2. группа крови и резус-фактор;
3. -определение человеческого хорионического гонадотропина;
4. определение уровня гемоглобина;
5. исследование мазков на цитологию.

128. Объективное исследование беременной или роженицы начинается:

1. с пальпации живота;
2. с аускультации живота;
3. с измерения таза;
4. -с объективного исследования по системам;
5. все перечисленное.

129. Первым приемом наружного акушерского исследования определяется:

1. позиция плода;
2. вид плода;
3. -высота стояния дна матки;
4. предлежащая часть.

130. Вторым приемом наружного акушерского исследования определяется:

1. предлежащая часть;
2. членорасположение плода;
3. высота стояния дна матки;
4. -позиция плода;
5. головка плода.

131. Третьим приемом наружного акушерского исследования определяется:

1. -предлежащая часть;
2. членорасположение плода;
3. высота стояния дна матки;

4. позиция плода;
5. вид позиции.

132. Четвертым приемом наружного акушерского исследования определяется:

1. предлежащая часть;
2. членорасположение плода;
3. высота стояния дна матки;
4. позиция плода;
5. -отношение предлежащей части ко входу в таз.

133. Окружность живота измеряется:

1. на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком;
2. -на уровне пупка;
3. произвольно;
4. на 2 поперечных пальца выше пупка;
5. на 3 поперечных пальца выше пупка.

134. У правильно сложенной женщины поясничный ромб имеет форму:

1. треугольника;
2. -геометрически правильного ромба;
3. треугольника, вытянутого в вертикальном направлении;
4. квадрата.

135. В акушерстве тесты функциональной диагностики могут быть использованы для:

1. -оценки готовности организма беременной к родам;
2. -диагностики ранних сроков беременности;
3. -оценки состояния плода;
4. -диагностики угрозы прерывания беременности в ранние сроки;

136. Методом инструментального исследования, применяемым при беременности и в родах, является:

1. зондирование матки;
2. -осмотр шейки матки в зеркалах;
3. биопсия;
4. гистерография;
5. гистероскопия.

137. В задачу влагалищного исследования не входит:

1. выяснение степени раскрытия шейки матки;
2. определение целостности плодного пузыря;
3. -оценка состояния плода;
4. определение особенностей вставления головки;
5. оценка размеров таза.

138. Диагональная конъюгата может быть определена:

1. по наружной конъюгате;
2. по высоте лобкового симфиза;

3. по боковой конъюгате;
4. -при влагалищном исследовании.

139. Диагональная конъюгата - это расстояние между:

1. седалищными буграми;
2. гребнями подвздошных костей;
3. -нижним краем симфиза и мысом;
4. большими вертелами бедренных костей;
5. между пупком и мечевидным отростком.

140. Диагональная конъюгата равна:

1. 31-32 см;
2. -12-13 см;
3. 12-15 см;
4. 28-29 см;
5. 9-12 см.

141. Истинная конъюгата - это расстояние между:

1. серединой верхнего края лона и мыса;
2. -наиболее выступающими внутрь точками симфиза и мысом;
3. нижним краем симфиза и выступающей точкой мыса;
4. гребнями подвздошной кости;
5. между пупком и мечевидным отростком.

142. Истинная конъюгата равна:

1. 13 см;
2. -11 см;
3. 10 см;
4. 20 см;
5. 9 см.

143. Число сердцебиений плода в минуту в норме равно:

1. 80-90 ударов;
2. 100-110 ударов;
3. -120-160 ударов;
4. 100-200 ударов;
5. 170-180 ударов.

144. Лучше всего прослушивается сердцебиение при первой позиции переднем виде затылочного предлежания:

1. справа ниже пупка;
2. -слева ниже пупка;
3. слева выше пупка;
4. слева на уровне пупка;
5. в любой точке.

145. Какие объективные исследования являются обязательными для беременных:

1. -измерение АД;
2. -определение особенностей телосложения;
3. измерение окружности грудной клетки;
4. -состояние молочных желез (сосков);
5. осмотр глазного дна;
6. проба мочи по Зимницкому.

146. Какие анамнестические данные дают информацию о состоянии костного таза:

1. возраст начала половой жизни;
2. -травматические повреждения конечностей;
3. аппендэктомия;
4. -перенесенный в детстве рахит;
5. -исход предыдущих беременностей.

147. Необходимый объем лабораторных обследований беременных в женской консультации:

1. -общий анализ крови;
2. печеночные пробы;
3. -реакция Вассермана;
4. проба Зимницкого;
5. -общий анализ мочи.

148. Какая информация помогает определить членорасположение плода:

1. -определение отношения спинки плода к продольной оси матки;
2. место прикрепления плаценты;
3. высота стояния дна матки;
4. -место выслушивания сердцебиения плода;
5. -расположение мелких частей плода.

149. Какие из перечисленных методов исследования позволяют оценить внутриутробное состояние плода:

1. -выслушивание сердцебиения плода;
2. степень чистоты содержимого влагалища;
3. содержание эстриола в крови матери;
4. рентгенография органов грудной клетки матери;
5. -фонокардиография плода.

150. Какие явления можно получить при влагалищном исследовании роженицы, если шейка матки сформирована?

1. предполагаемый вес плода;
2. срок беременности;
3. -состояние зева шейки матки и степень его раскрытия;
4. -наличие экзостозов;
5. размеры окружности головки плода;
6. -размеры диагональной конъюгаты.

151. Показания к влагалищному исследованию роженицы:

1. -угрожающая асфиксия плода;
2. вызванные беременностью отеки;
3. -кровянистые выделения из половых путей;
4. альбуминурия;
5. -начало или конец стимуляции родовой деятельности;
6. начало послеродового периода.

152. Какие из перечисленных анамнестических данных беременной свидетельствуют о возможных отклонениях в течении беременности и родов?

1. менархе с 13 лет;
2. -месячные установились через 3 года после менархе;
3. -работа в химической промышленности;
4. в прошлом одни нормальные роды;
5. -в прошлом роды крупным плодом;
6. -в анамнезе 3 самопроизвольных выкидыша.

153. Какие изменения характерны для нормально развивающейся беременности?

1. уплотнение крестцово-подвздошных сочленений;
2. -увеличение веса на 300г в неделю со второй половины беременности;
3. выраженные отеки на нижних конечностях;
4. -расхождение лонных ветвей в стороны на 0,3 – 0,5 см;
5. депигментация белой линии живота;
6. -преобладание процессов ассимиляции в обмене веществ.

154. Какие изменения могут происходить при нормально развивающейся беременности?

1. -неустойчивость артериального давления;
2. лейкопения;
3. -ускорение СОЭ до 20-25 мм в час;
4. понижение количества эритроцитов;
5. тромбоцитопения;
6. -повышение насыщения крови кислородом.

155. Эндокринология нормальной беременности:

1. -экскреция хорионического гонадотропина свидетельствует о функциональном состоянии плаценты;
2. уровень тиреоидных гормонов понижен;
3. -уровень эстрогенных гормонов перед родами повышен;
4. экскреция хорионического гонадотропина максимальна перед родами.

156. Изменения, характерные для сердечно-сосудистой системы при нормально протекающей беременности:

1. -увеличение объема циркулирующей крови;
2. лейкопения;
3. отек нижних конечностей;
4. -увеличение сосудистой сети матки;
5. повышенное количество фибриногена;

б. -повышение оксигенации крови.

157. Какие изменения в организме женщины, вызванные беременностью, являются обратимыми?

1. -появление гормона хориогонина;
2. полосы беременности;
3. -поперечное положение сердца за счет высокого стояния диафрагмы;
4. лактация;
5. акромегалия;
6. -пигментация.

158. Какие данные характеризуют 40-недельную беременность?

1. -окружность живота 100см;
2. альбуминурия;
3. -высота стояния матки над лоном 35 см;
4. пупок выпячен;
5. -прямой размер головки плода 12 см;
6. кровянистые выделения из половых путей.

159. Задержка месячных 5 дней. Как установить наличие беременности?

1. осмотр в зеркалах;
2. бимануальное влагалищное исследование;
3. -повторное исследование через 2-3 недели;
4. -определение экскреции хорионического гонадотропина;
5. измерение АД;
6. -исследование хорионического гонадотропина через 10 дней.

160. Задержка месячных 26 недель. Как установить наличие беременности?

1. исследование симптома Снегирева;
2. -определение шевеления плода;
3. исследование симптома Пискачека;
4. -определение частей плода;
5. -определение сердцебиения плода;
6. измерение АД.

161. Указать правильную характеристику переднего вида затылочного предлежания (первая позиция):

1. сердцебиение плода выслушивается справа;
2. -малый родничок слева, спереди;
3. малый родничок определяется слева, сзади;
4. -спинка плода обращена спереди и влево;
5. спинка плода обращена ко дну матки.

162. Значение швов и родничков головки плода:

1. определение размеров головки плода;
2. -конфигурация головки плода;
3. -определение вида затылочного предлежания;



4. определение прямого размера головки плода;
5. -определение синклитического и асинклитического вставления головки плода.

163. Назовите ведущую точку и точку фиксации при родах в переднем виде затылочного предлежания:

1. подбородок;
2. середина лобного шва;
3. -малый родничок;
4. большой родничок;
5. -подзатылочная ямка;
6. верхняя челюсть.

164. Перечислите периоды родов:

1. -период раскрытия;
2. активный период;
3. -период изгнания;
4. латентный период;
5. -последовый период.

165. Своевременные роды при сроке гестации:

1. 154-259 дней;
2. -259-294 дня;
3. 240-259 дней;
4. 295-308 дней.

166. Что такое проводная точка:

1. -находится на предлежащей части;
2. -первый опускается во вход таза;
3. -первый идет впереди во время внутреннего поворота;
4. -первый показывается из половой щели.

167. Что такое пояс соприкосновения:

1. терминальная линия;
2. -место охвата головки стенками нижнего сегмента;
3. граница между малым и большим тазом;
4. линия, ограничивающая плоскость выхода таза.

168. К наружным способам выделения отделившегося последа относятся:

1. способ Цовьянова;
2. -способ Абуладзе;
3. -способ Гентера;
4. способ Шредера;
5. -способ Креде-Лазаревича.

169. Признаки отделения плаценты от стенок матки:

1. признак Малиновского;
2. -признак Альфельда;

3. -признак Шредера;
4. признак Герасимовича;
5. -признак Кюстнера-Чукалова.

170. Признаки для определения зрелости шейки матки:

1. -консистенция;
2. -длина;
3. объем;
4. -проходимость канала;
5. высота;
6. -положение.

171. В течении родов разделяют:

1. два периода;
2. -три периода;
3. четыре периода;
4. шесть периодов.

172. I период родов:

1. -период раскрытия;
2. период изгнания;
3. последовый период.

173. II период родов:

1. период раскрытия;
2. последовый период;
3. -период изгнания.

174. III период родов:

1. период раскрытия;
2. -последовый период;
3. период изгнания.

175. При выборе метода обезболивания в родах учитывают все перечисленное, кроме:

1. -время суток;
2. ожирения;
3. многоплодия;
4. преждевременных родов;
5. наличия у роженицы артериальной гипертензии.

176. Родовая боль возникает вследствие:

1. раздражения нервных окончаний матки и родовых путей;
2. снижения порога болевой чувствительности мозга;
3. снижения продукции эндорфинов;
4. -всего перечисленного;
5. ничего из перечисленного.

177. Пудендальную анестезию чаще всего применяют:

1. -во втором периоде преждевременных родов;
2. при плодоразрушающих операциях;
3. при экстракции плода за тазовый конец;
4. при всем перечисленном;
5. ни при чем из перечисленного.

178. Проницаемость медикаментозных препаратов через плацентарный барьер обусловлена:

1. высокой растворимостью препарата в жирах;
2. высокой концентрацией в крови;
3. низкой молекулярной массой;
4. -всем перечисленным;
5. ничем из перечисленного.

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

1. анурия;
2. гипертензия;
3. -угнетение дыхания у матери и плода;
4. все перечисленные;
5. никакие из перечисленных.

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

1. ингаляционная анестезия;
2. -внутривенная анестезия;
3. пудендальная анестезия;
4. парацервикальная анестезия.

181. При угрозе разрыва матки применяют следующее обезболивание:

1. промедол;
2. электроанальгезию;
3. пудендальную анестезию;
4. парацервикальную анестезию;
5. -ничего из перечисленного.

182. Для определения зрелости шейки матки используют шкалу:

1. Фишера;
2. -Бишопа;
3. Кребса;
4. Виттлингера;
5. Спилберга-Ханина.

183. Для зрелой шейки матки характерно:

1. расположение ее по проводной оси таза;
2. размягчение на всем протяжении;
3. проходимость цервикального канала для 1-1,5 пальцев;

4. укорочение шейки до 1-1,5 сантиметров;
5. -все перечисленное.

184. К какому из способов родовозбуждения целесообразно прибегнуть при доношенной беременности и зрелой шейке матки.

1. внутривенное введение окситоцина;
2. -амниотомия;
3. введение простагландинов в шейку матки;
4. стимуляция сосков;
5. раскрытие шейки расширителями Гегара.

185. Какой из способов целесообразно использовать для родовозбуждения в сроке 38 недель и незрелой шейке матки?

1. амниотомия;
2. введение простагландинов в шейку матки;
3. внутривенное введение окситоцина;
4. -внутривенное введение простагландинов;
5. все ответы неверные.

186. Для начала родового акта не характерно:

1. сглаживание и раскрытие шейки матки;
2. регулярная родовая деятельность;
3. -излитие околоплодных вод;
4. формирование и внедрение плодного пузыря в шейку;
5. прижатие предлежащей части ко входу в малый таз.

187. Что из нижеперечисленного не происходит в подготовительный период родов?

1. формирование в ЦНС родовой доминанты;
2. изменение соотношений эстрогенов и прогестерона;
3. структурные изменения шейки матки;
4. -раскрытие шейки матки;
5. прижатие предлежащей части плода ко входу в таз.

188. Признаком развивающейся родовой деятельности является:

1. излитие вод;
2. нарастающие боли в животе;
3. -увеличивающаяся частота схваток;
4. -укорочение и раскрытие шейки матки;
5. боли в надлобковой и поясничной области.

189. Какая из причин преждевременного излития вод неверна?

1. разрыв плодных оболочек происходит под влиянием механических факторов;
2. -это наследственная патология;
3. преждевременный разрыв плодных оболочек связан с инфицированием;
4. причины множественные.

190. Выберите неверное предложение, характеризующее схватки в активной фазе родов:

1. во время схватки в полости матки повышается давление;
2. схватки вызывают раскрытие шейки матки;
3. -во время схваток нижний сегмент утолщается;
4. схватки возникают каждые 2-4 минуты;
5. схватки продолжаются 45 секунд.

191. Что характерно для схваток в активной фазе родов:

1. во время схватки в полости матки повышается давление;
2. схватки вызывают раскрытие шейки матки;
3. схватки возникают каждые 2-4- минуты;
4. схватки продолжаются 60 секунд;
5. -все перечисленное.

192. Назовите признаки начала первого периода родов:

1. излитие околоплодных вод;
2. наличие «зрелой» шейки матки;
3. -появление регулярных схваток;
4. вставление головки во вход в малый таз.

193. Первый период родов заканчивается всегда:

1. -полным раскрытием шейки матки;
2. возникновением потуг;
3. излитием околоплодных вод;
4. через 6-8 часов от начала регулярных схваток;
5. всем перечисленным.

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

1. -120-160 ударов в минуту;
2. 110-150 в минуту;
3. 100-180 в минуту;
4. более 200 в минуту.

195. Назовите признаки начала второго периода родов:

1. -появление потуг;
2. излитие околоплодных вод;
3. -полное открытие маточного зева;
4. врезывание головки плода.

196. При ведении родов не следует допускать удлинения безводного промежутка более:

1. 6 ч;
2. 8 ч;
3. -12 ч;
4. 16 ч;

5. 20 ч.

197. Влагалищное исследование в родах производят с целью:

1. -определения целостности плодного пузыря;
2. -определения степени раскрытия шейки матки;
3. -определения особенностей вставления головки плода;
4. -оценки размеров и состояния костного таза.

198. В какой ситуации можно говорить о вставлении головки плода во вход в таз.

1. головка находится в полости таза;
2. -бипариетальный размер головки находится в плоскости входа в малый таз;
3. предлежащая часть находится на уровне седалищных остей;
4. стреловидный шов – в поперечном размере таза;
5. головка плода согнута.

199. В какой плоскости малого таза происходит внутренний поворот головки?

1. над входом в таз;
2. в плоскости входа в малый таз;
3. -в плоскости широкой части полости таза;
4. -в плоскости узкой части полости таза;
5. в плоскости выхода таза.

200. Основные движения плода во время родов происходят в определенной последовательности. Какая из представленных последовательностей правильная?

1. продвижение, внутренний поворот, сгибание;
2. вставление, сгибание, продвижение;
3. вставление, внутренний поворот, продвижение;
4. -вставление, сгибание, продвижение, внутренний поворот, разгибание;
5. продвижение, сгибание, вставление.

201. Ведущей точкой при затылочном предлежании плода является:

1. большой родничок;
2. -малый родничок;
3. середина лобного шва;
4. середина расстояния между большим и малым родничком.

202. Показателем начала второго периода родов является:

1. опускание предлежащей части в малый таз;
2. -потуги;
3. внутренний поворот головки;
4. -полное раскрытие шейки матки;
5. рождение плода.

203. Эффективность родовой деятельности объективно оценивается:

1. по частоте и продолжительности схваток;
2. по длительности родов;
3. -по темпу сглаживания и раскрытия шейки матки;

4. по состоянию плода;
5. по времени излития околоплодных вод.

204. Какое из приведенных ниже положений верно, учитывая связь, иннервации органов малого таза?

1. пустой мочевой пузырь усиливает сократительную активность матки;
2. -переполненный мочевой пузырь угнетает родовую деятельность;
3. очистительная клизма не оказывает влияния на активность матки;
4. наполнение прямой кишки мало влияет на активность матки;
5. ни одно из перечисленных.

205. Во 2-ом периоде родов сердцебиение контролируется:

1. -после каждой потуги;
2. через каждые 5 мин;
3. через каждые 10 мин;
4. через каждые 15 мин;
5. через каждые 20 мин.

206. Преждевременно начавшиеся потуги, как правило, свидетельствуют:

1. о наличии клинически узкого таза;
2. об ущемлении передней губы шейки матки;
3. о дискоординации родовой деятельности;
4. -обо всем перечисленном;
5. ни о чем из перечисленного.

207. Показанием к проведению влагалищного исследования в экстренном порядке являются все перечисленные ниже ситуации, кроме:

1. излития околоплодных вод;
2. появления кровянистых выделений из половых путей;
3. изменения сердцебиения плода;
4. -хронической фетоплацентарной недостаточности;
5. выпадения петель пуповины.

208. Раннюю амниотомию производят при:

1. преждевременных родах;
2. анатомически узком тазе;
3. тазовом предлежании плода;
4. -плоском плодном пузыре;
5. многоплодной беременности.

209. Влагалищное исследование в родах производится:

1. перед назначением родостимуляции;
2. при поступлении в стационар;
3. при появлении кровянистых выделений;
4. при излитии вод;
5. -верно все перечисленное.

210. Показанием к рассечению промежности в родах является:

1. -угроза разрыва промежности;
2. -крупный плод;
3. -преждевременные роды (маленький плод);
4. -тазовое предлежание плода.

211. Эпизиотомию проводят для предотвращения:

1. плохого заживления промежности;
2. -разрыва мышц промежности;
3. развития ректоцеле и цистоцеле;
4. сокращения мышц, поднимающих анус.

212. Для профилактики кровотечения в родах в момент прорезывания головки часто применяется:

1. промедол;
2. -метилэргометрин;
3. прегнантол;
4. маммофизин;
5. хинин.

213. Объем физиологической кровопотери в родах:

1. 100 – 150 мл;
2. -200 – 300 мл;
3. 300 – 400 мл;
4. 400 – 500 мл;
5. менее 100 мл.

214. Тактика ведения третьего периода родов зависит от:

1. -степени кровопотери;
2. длительности родов;
3. -наличия признаков отделения последа;
4. состояния новорожденного;
5. длительности безводного промежутка.

215. Основными механизмами отделения плаценты и выделения последа являются:

1. возрастание внутриматочного давления;
2. уменьшение размеров матки и размеров плацентарной площадки;
3. ретракция и контракция миометрия;
4. -все перечисленное;
5. ничего из перечисленного.

216. Что из перечисленных средств можно применять для обезболивания в первом периоде родов:

1. новокаин в свечах;
2. -промедол;
3. окситоцин;
4. седуксен;



5. -закись азота с кислородом;
6. парацетамол.

217. Какие из перечисленных признаков свидетельствуют о зрелости шейки матки:

1. -положение шейки в тазу центральное;
2. положение шейки в тазу ассиметричное;
3. шейка матки сохранена;
4. -влажалищная часть шейки матки укорочена;
5. шейка матки плотная;
6. -шейка матки размягчена.

218. Какие показатели следует изучать в динамике нормальных родов?

1. -артериальное давление;
2. толерантность к глюкозе;
3. -характер сердцебиения плода;
4. белковые фракции крови;
5. -характер схваток;
6. -степень раскрытия зева шейки матки.

219. Какие изменения молочных желез являются нормальными во время беременности и после родов:

1. -разрастание железистой ткани в паренхиме молочных желез;
2. выделение из сосков крови;
3. -расширение молочных протоков;
4. -пигментация сосков и околососковых кружков;
5. -выделение из сосков молозива;
6. наличие трещин в сосках.

220. К способам выделения из матки неотделившегося последа относят:

1. метод Абуладзе;
2. потягивание за пуповину;
3. метод Креде-Лазаревича;
4. -ручное отделение плаценты и выделение последа.

221. Запущенное поперечное положение плода – это такая акушерская ситуация, при которой имеет место:

1. выпадение ручки плода;
2. вколачивание в таз плечика плода;
3. отхождение вод;
4. -все перечисленное верно.

222. Роды через естественные родовые пути при лобном вставлении доношенного плода:

1. возможны;
2. -невозможны;
3. требуют индивидуального подхода;
4. зависят от массы плода.

223. Возможные осложнения в родах при тазовом предлежании:

1. -несвоевременное излитие вод;
2. -слабость родовой деятельности;
3. -выпадение пуповины;
4. -выпадение ножки.

224. Что не характерно для родов в тазовом предлежании:

1. -травмы почек у плода;
2. слабость родовых сил;
3. преждевременное излитие вод;
4. выпадение пуповины;
5. запрокидывание ручек плода.

225. Какова частота тазовых предлежаний при доношенной беременности:

1. -5-7%;
2. 30-35%;
3. 15-20%;
4. 40-45%;

226. Материнские факторы, способствующие тазовому предлежанию:

1. -аномалии матки;
2. -наличие перегородки в матки;
3. -двурогая матка;
4. -опухоли таза;
5. ничего из перечисленного.

227. Перечислите плодовые факторы, способствующие тазовому предлежанию:

1. -полигидрамнион;
2. -маловодие;
3. -анэнцефалия;
4. -гидроцефалия;
5. -миотоническая дистрофия;
6. полидактилия.

228. К видам тазового предлежания относятся:

1. -чисто ягодичные;
2. -смешанное ягодичное;
3. переднеголовное;
4. -полное ножное;
5. -неполное ножное.

229. Тазовые предлежания осложняются:

1. -преждевременным излитием вод;
2. -выпадением пуповины;
3. выпадением ручки;
4. -запрокидыванием ручек.

230. Что такое ручное пособие при тазовом предлежании:

1. это защита промежности;
2. -это освобождение ручек и последующей головки;
3. отделение плаценты;
4. осмотр родовых путей.

231. Классическое ручное пособие при тазовых предлежаниях оказывается при:

1. слабости родовых сил;
2. несвоевременном излитии вод;
3. выпадении пуповины;
4. -запрокидывании ручек;
5. гипоксии плода.

232. К разгибательным головным предлежаниям относятся:

1. -переднеголовное;
2. теменное;
3. -лобное;
4. -лицевое;
5. височное.

233. Разгибательные предлежания головки возникают при:

1. -снижении тонуса и некоординированных сокращениях матки;
2. -узком тазе;
3. -отвислом и дряблом животе;
4. -малых или чрезмерно больших размеров головки плода;
5. -опухолях шеи плода;
6. -многократном обвитии пуповины вокруг шеи плода.

234. Переднеголовное предлежание относится к:

1. -I степени разгибания головки;
2. II степени разгибания головки;
3. III степени разгибания головки.

235. Лобное предлежание относится к:

1. I степени разгибания головки;
2. -II степени разгибания головки;
3. III степени разгибания головки.

236. Лицевое предлежание относится к:

1. I степени разгибания головки;
2. II степени разгибания головки;
3. -III степени разгибания головки.

237. Проводной точкой при переднеголовном предлежании является:

1. малый родничок;
2. -большой родничок;

3. область переносья;
4. верхняя челюсть;
5. подзатылочная ямка.

238. Проводной точкой при лобном предлежании является:

1. малый родничок;
2. большой родничок;
3. -лоб;
4. область переносья;
5. подзатылочная ямка;
6. верхняя челюсть.

239. Проводной точкой при лицевом предлежании является:

1. область переносья;
2. -подбородок;
3. лоб;
4. нос;
5. верхняя челюсть.

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

1. все размеры уменьшены на 0,5-1 см;
2. хотя бы один размер уменьшен на 0,5-1 см;
3. все размеры уменьшены на 1,5-2 см;
4. -хотя бы один размер уменьшен на 1,5-2 см;
5. ничего не верно.

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

1. 20 см;
2. 19,5 см;
3. 19 см;
4. -18,5 см;
5. 18 см.

242. Для общеравномерносуженного таза характерно:

1. уменьшение только прямого размера входа в малый таз;
2. -одинаковое уменьшение всех размеров малого таза;
3. удлинение крестца;
4. правильно все перечисленное.

243. Характерным для биомеханизма родов при общеравномерносуженном тазе является:

1. асинклитическое вставление;
2. расположение стреловидного шва в поперечном размере;
3. разгибание головки во входе в малый таз;
4. -максимальное сгибание головки.

244. Простой плоский таз характеризуется:

1. -уменьшением всех прямых размеров малого таза;
2. увеличением высоты таза;
3. уменьшением поперечного размера пояснично-крестцового ромба;
4. всем перечисленным;
5. ничем из перечисленного.

245. Клинически узкий таз – это:

1. одна из форм анатомически узкого таза;
2. отсутствие продвижения головки плода при слабости родовой деятельности;
3. несоответствие головки плода и таза матери, выявленное во время беременности;
4. все перечисленное;
5. -ничего из перечисленного.

246. Возникновению клинически узкого таза способствует:

1. крупный плод;
2. переносимая беременность;
3. неправильное вставление головки;
4. -все перечисленное верно.

247. Признаком клинического несоответствия между головкой плода и тазом матери является:

1. -положительный симптом Цангемейстера;
2. признак Горвица-Гегара;
3. отрицательный симптом Вастена;
4. признак Шредера;
5. все перечисленные.

248. Признаком клинического несоответствия между головкой и тазом матери является:

1. положительный признак Вастена;
2. задержка мочеиспускания;
3. отек шейки и наружных половых органов;
4. ложные потуги при неполном открытии шейки матки;
5. -все перечисленное верно.

249. Размеры таза 24 – 26 – 29 – 18 см. Какой это таз?

1. нормальные размеры таза;
2. -общеравномерносуженный таз;
3. простой плоский таз;
4. общесуженный плоский таз;
5. плоскорихитический таз.

250. При размерах таза 25 – 27 – 32 – 18 см. таз следует отнести к:

1. -простому плоскому;
2. плоскорихитическому;

3. косому;
4. общеравномерносуженному;
5. поперечносуженному.

251. Для общеравномерносуженного таза характерно:

1. -правильная форма;
2. -тонкие кости;
3. -равномерное уменьшение всех размеров;
4. -острый подлобковый угол.

252. Для клинически узкого таза не характерно:

1. отсутствие продвижения предлежащей части;
2. отек шейки матки;
3. затрудненное мочеиспускание;
4. -отрицательный признак Вастена;
5. слабость родовой деятельности.

253. Для клинически узкого таза характерно:

1. отсутствие продвижения предлежащей части;
2. затрудненное мочеиспускание;
3. положительный признак Вастена;
4. слабость родовой деятельности;
5. -все перечисленное верно.

254. Признана классификация анатомически узкого таза по:

1. -форме сужения;
2. -степени сужения;
3. возрасту;
4. массо-ростовому индексу;
5. группе крови.

255. Классификация анатомически узкого таза основана на размерах:

1. -истинной конъюгаты;
2. наружной конъюгаты;
3. диагональной конъюгаты;
4. прямого размера выхода таза.

256. Первая степень сужения таза (истинная конъюгата):

1. -11-9 см;
2. 9-7,5 см;
3. 7,5-6,5 см;
4. меньше 6,5 см.

257. Вторая степень сужения таза (истинная конъюгата):

1. 11-9 см;
2. 7,5-6,5 см;
3. меньше 6,5 см;

4. -9-7,5 см.

258. Третья степень сужения таза (истинная конъюгата):

1. 11-9 см;
2. 9-7,5 см;
3. -7,5-6,5 см;
4. меньше 6,5 см.

259. Четвертая степень сужения таза (истинная конъюгата):

1. 11-9 см;
2. 9-7,5 см;
3. -меньше 6,5 см;
4. 7,5-6,5 см.

260. Поперечносуженный таз характеризуется уменьшением:

1. -поперечных размеров;
2. прямых размеров;
3. косых размеров.

261. Разновидности плоского таза:

1. -простой плоский таз;
2. остеомалятический;
3. -плоскорихитический таз;
4. -таз с уменьшением прямого диаметра широкой части полости;
5. воронкообразный.

262. Чем характерен общеравномерносуженный таз:

1. чаще встречается у женщин высокого роста;
2. -равномерным уменьшением всех размеров;
3. -чаще встречается у женщин небольшого роста с правильным телосложением;
4. чаще встречается у женщин с гиперстеническим телосложением.

263. При простом плоском тазе:

1. -крестец приближен к симфизу;
2. уменьшены все размеры;
3. уменьшены все поперечные размеры малого таза;
4. -уменьшены все прямые размеры малого таза.

264. Наиболее частые осложнения родов при узком тазе:

1. -преждевременное и раннее излитие околоплодных вод;
2. -нарушение маточно-плацентарного кровообращения;
3. -инфицирование родовых путей;
4. -аномалии родовой деятельности;
5. -травмы родовых путей.

265. Какие осложнения наблюдаются в родах при узком тазе:

1. -преждевременное и раннее излитие околоплодных вод;

2. -слабость родовой деятельности;
3. -затяжные роды;
4. -эндометрит в родах;
5. -гипоксия плода;
6. -сдавление мягких тканей предлежащей частью;
7. -образование свищей;
8. -разрыв матки при перерастяжении нижнего сегмента.

266. Чем характеризуется плоскорихитический таз:

1. -встречается у женщин, перенесших рахит;
2. -крылья подвздошных костей развернуты;
3. -увеличено расстояние между передневерхними осями подвздошных костей;
4. увеличение истинной конъюгаты;
5. -уплощение и отклонение кзади крестца, кпереди - копчика;
6. размеры выхода малого таза уменьшены.

267. К часто встречающимся формам узкого таза относятся:

1. -общеравномерносуженный;
2. ассимиляционный;
3. -поперечносуженный;
4. -простой плоский таз;
5. остеомалатический;
6. -плоскорихитический.

268. К редко встречающимся формам узкого таза относятся:

1. -кососмещенный и кососуженный таз;
2. -ассимиляционный;
3. -воронкообразный;
4. общесуженный плоский таз;
5. -кифотический;
6. -спондилолистетический;
7. -остеомалатический;
8. -таз, суженный экзостозами и костными опухолями.

269. Наличие каких симптомов свидетельствует о несоответствии размеров таза и головки:

1. -длительное стояние головки над входом в таз;
2. -положительный симптом Вастена;
3. -нарушение мочеиспускания;
4. -перерастяжение нижнего сегмента матки;
5. отрицательный симптом Вастена.

270. Для патологического прелиминарного периода не характерно:

1. -развитие на фоне недостаточной готовности шейки матки к родам;
2. повышенный тонус матки;
3. схватки, не ведущие к раскрытию шейки матки более 6 часов;
4. нерегулярные схватки переходят в дискоординированную родовую деятельность.



271. Сократительную функцию матки можно оценить с помощью:

1. наружной гистерографии;
2. внутренней токографии;
3. реографии;
4. радиотелеметрии;
5. -всего перечисленного.

272. Сократительная функция матки при слабости родовой деятельности обычно характеризуется:

1. снижением амплитуды сокращения матки;
2. сохранением ритма;
3. уменьшением частоты схваток;
4. снижением внутриматочного давления;
5. -всем перечисленным.

273. Для слабости родовой деятельности наиболее характерно:

1. болезненность схваток;
2. затрудненное мочеиспускание;
3. затрудненная пальпация предлежащей части плода;
4. все перечисленное;
5. -ничего из перечисленного.

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

1. преэклампсия;
2. низкая плацентация;
3. неустойчивое положение плода;
4. все перечисленное;
5. -ничего из перечисленного.

275. Для первичной слабости родовой деятельности характерно:

1. наличие регулярных схваток;
2. болезненные схватки;
3. -недостаточное продвижение предлежащей части;
4. -недостаточность динамики раскрытия шейки матки;
5. запоздалое излитие околоплодных вод.

276. Лечение первичной слабости родовой деятельности включает:

1. внутривенное капельное введение окситоцина;
2. создание гормонально-глюкозовитаминокальциевого фона;
3. применение спазмолитических средств;
4. обезболивающие средства;
5. -все перечисленное верно.

277. Слабость родовой деятельности характеризуется:

1. нарушением ритма сокращений матки;

2. ослаблением или чрезмерным усилением схваток;
3. наличием судорожных сокращений матки;
4. отсутствием координированности сокращений между правой и левой половиной матки;
5. -ничем из перечисленного.

278. При вторичной слабости родовой деятельности может быть использовано все нижеперечисленное, кроме:

1. акушерских щипцы;
2. введения окситоцина;
3. введения простагландинов;
4. акушерского сна-отдыха;
5. -введения новокаина в шейку матки.

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

1. возрастает;
2. -снижается;
3. не изменяется;
4. временно прекращается;
5. увеличивается в одних участках матки, уменьшается в других.

280. Для лечения дискоординации родовой деятельности, как правило, применяют:

1. промедол;
2. морфий;
3. токолитики;
4. спазмолитики
5. -все перечисленное.

281. Дискоординированная родовая деятельность характеризуется:

1. нерегулярными схватками;
2. различной интенсивностью схваток;
3. болезненными схватками;
4. плохой динамикой раскрытия шейки матки;
5. -все перечисленное верно.

282. К основным клиническим симптомам дискоординации сократительной деятельности матки относятся:

1. резкая болезненность схваток;
2. повышение базального тонуса матки;
3. затруднения мочеиспускания;
4. уплотнения краев шейки матки в схватку;
5. -все перечисленные.

283. Для течения быстрых родов наиболее характерно:

1. повышение температуры тела;
2. тошнота, рвота;

3. сухой язык, тахикардия;
4. все перечисленное;
5. -ничего из перечисленного.

284. Женщина с сердечно-сосудистой недостаточностью Н., поступает в клинику на сроке беременности 38 недель. Правильная тактика ведения включает все перечисленное, кроме:

1. назначения диуретиков;
2. назначения сердечных гликозидов;
3. оксигенотерапии;
4. -родоразрешения путем операции кесарева сечения.

285. Второй период родов. Размеры таза 24-26-29-18 см. Головка плода прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода аритмичное, редкое (до 90-100 ударов в минуту). Открытие шейки матки на 6 см. Околоплодные воды не изливались. Что делать?

1. проводить лечение начавшейся внутриутробной гипоксии плода;
2. проводить родоускорение;
3. вскрыть плодный пузырь;
4. -родоразрешить путем операции кесарева сечения.

286. Первородящая 28 лет, в анамнезе 2 искусственных аборта, воды излились преждевременно. Схватки в течение 4 часов слабые, нерегулярные, головка плода прижата ко входу в таз. Шейка длиной 2 см, канал проходим для одного пальца. Что делать?

1. проводить родостимуляцию медикаментозными средствами;
2. предоставить роды естественному течению;
3. дать медикаментозный сон-отдых;
4. -родоразрешить путем операции кесарева сечения.

287. Схватки через 8-10 минут по 20-25 секунд. Воды не изливались. Сердцебиение плода ритмичное, ясное, 136 ударов в минуту. Шейка сглажена, открытие на 3 см. Плодный пузырь цел. Головка прижата ко входу в малый таз. Что делать?

1. -предоставить роды естественному течению;
2. произвести амниотомию;
3. дать медикаментозный сон-отдых с последующей амниотомией и родостимуляцией;
4. родоразрешить путем операции кесарева сечения.

288. Повторнородящая женщина находится в родах 10 часов. Схватки с самого начала через 5-7 минут по 35-40 секунд. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту. Открытие шейки матки на 4 см. Как оценить характер родовой деятельности?

1. дискоординированная родовая деятельность;
2. чрезмерно бурная родовая деятельность;
3. вторичная слабость родовой деятельности;
4. -первичная слабость родовой деятельности.

289. Второй период запоздалых родов. Головка плода врезывается. Промежность высокая, ригидная. Сердцебиение плода приглушено, 140 уд в минуту. Что делать?

1. провести родостимуляцию;
2. проводить лечение гипоксии плода;
3. наложить акушерские щипцы;
4. -произвести перинеотомию или эпизиотомию.

290. Роды 3, своевременные. Десять минут тому назад излились околоплодные воды. При осмотре: открытие полное, во влагалище пульсирующая петля пуповины, головка плода слабо прижата ко входу в таз. Предполагаемая масса плода 3200. Что делать?

1. заправить петлю пуповины за головку;
2. усилить родовую деятельность;
3. наложить вакуум экстрактор;
4. -родоразрешить путем срочного кесарева сечения.

291. Роды 3, преждевременные. Положение плода поперечное, II позиция. Открытие шейки матки полное. Плодный пузырь цел. Что делать?

1. произвести наружный поворот плода на головку;
2. -родоразрешить путем операции кесарева сечения;
3. проводить стимуляцию родовой деятельности;
4. произвести комбинированный наружно-внутренний поворот плода с последующей экстракцией.

292. Первородящая, 36 лет. Поступила в отделение патологии беременных при сроке беременности 38 недель по поводу тазового предлежания плода. Предполагаемая масса плода 3800 г. Размеры таза нормальные. Какова акушерская тактика?

1. проводить родовозбуждение в 39 недель;
2. произвести наружный поворот на головку;
3. произвести амниотомию с последующим родовозбуждением;
4. -родоразрешить путем операции кесарева сечения при достижении доношенной беременности.

293. Роды 4, своевременные, в чистом ягодичном предлежании, второй период родов. Одновременно с излитием околоплодных вод выпала петля пульсирующей пуповины. Тазовый конец плода над входом в малый таз. Сердцебиение плода 150 ударов в минуту. Предполагаемая масса плода 3500. Что делать?

1. предоставить роды естественному течению;
2. -закончить роды срочной операцией кесарева сечения;
3. заправить выпавшую петлю пуповины;
4. проводить ускорение второго периода родов медикаментозными средствами.

294. Роды шестые, своевременные, продолжаются 4 часа. Схватки интенсивные, положение плода поперечное, головка справа. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд в минуту. Открытие шейки 4 см. Воды только что излились. Предположительная масса плода 3600 г. Что делать?

1. совершить наружный поворот плода на головку;
2. -родоразрешить путем операции кесарева сечения.

3. произвести комбинированный наружно-внутренний поворот плода с последующей экстракцией;
4. усилить родовую деятельность.

295. Досрочное родоразрешение показано при наличии:

1. экламптической комы;
2. анурии;
3. преэклампсии;
4. -всего перечисленного;
5. ничего из перечисленного.

296. К абсолютным показаниям к кесареву сечению не относится:

1. полное предлежание плаценты;
2. тяжелая форма преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты;
3. узкий таз IV степени;
4. -раннее излитие околоплодных вод;
5. острая гипоксия плода.

297. Абсолютным показанием к операции кесарева сечения при живом плоде является:

1. тазовое предлежание плода;
2. лицевое предлежание плода;
3. -лобное предлежание плода;
4. передне-теменное вставление головки;
5. все перечисленное.

298. К относительным показаниям к операции кесарева сечения относятся:

1. эндомиометрит;
2. хориоамнионит;
3. внутриутробная смерть плода;
4. все перечисленное;
5. -ничего из перечисленного.

299. Показанием к кесареву сечению при сахарном диабете является:

- гигантский плод или тазовое предлежание;
- лабильный диабет со склонностью к кетоацидозу;
- прогрессирующая гипоксия плода;
- тяжелая преэклампсия.

300. Для современных показаний к операции кесарева сечения характерно:

1. расширение социальных показаний;
2. увеличение числа перинатальных показателей;
3. совокупности различных показателей;
4. наличие рубца на матке;
5. -все перечисленное.

301. Родоразрешение при высокой степени близорукости с изменением на глазном дне производят путем:

1. самостоятельных родов;
2. использования вакуум-экстрактора;
3. -операции кесарева сечения;
4. все ответы неверны.

302. Кесарево сечение следует проводить в плановом порядке, если имеет место:

1. -бесплодие в анамнезе;
2. -рождение травмированных детей или мертворождение в анамнезе;
3. -хроническая гипоксия плода;
4. -множественная миома матки;
5. -рубец на матке.

303. Кесарево сечение показано во всех случаях, кроме:

1. кесарева сечения в анамнезе;
2. гипоксии плода;
3. выпадения пуповины;
4. преждевременной отслойки плаценты;
5. -наличия мертвого плода.

304. Показания к операции кесарева сечения определяют, как правило, с учетом следующих факторов;

1. возраст женщины;
2. срок беременности;
3. анатомические размеры таза;
4. акушерско-гинекологический анамнез;
5. -все ответы правильные.

305. Операция кесарева сечения может быть выполнена:

1. под комбинированным эндотрахеальным наркозом;
2. в условиях эпидуральной анестезии;
3. под спинномозговой анестезией;
4. под местной инфильтрационной анестезией;
5. -может быть использовано любое из перечисленных анестезиологических пособий.

306. Наиболее частой методикой операции кесарева сечения является:

1. корпоральное кесарево сечение;
2. экстраперитонеальное кесарево сечение;
3. истмико-корпоральное кесарево сечение;
4. -кесарево сечение в нижнем сегменте (поперечным разрезом);
5. влагалищное кесарево сечение.

307. Какое из следующих осложнений наименее характерно для кесарева сечения при экстраперитонеальном доступе:

1. инфицирование раны;
2. пиелонефрит;

3. эндометрит;
4. цистит;
5. -перитонит.

308. Фактором риска несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения является:

1. -выполнение кесарева сечения при преждевременных родах;
2. -осложненное течение послеоперационного периода;
3. -корпоральное кесарево сечение;
4. -интервал между операциями кесарева сечения менее 2 лет.

309. Качество послеоперационного рубца на матке после операции кесарева сечения в основном зависит:

1. от выбора методики операции;
2. от техники зашивания разреза на матке;
3. от степени чистоты влагалищного мазка до операции;
4. от ведения и течения послеоперационного периода;
5. -все ответы правильные.

310. Какое из условий не позволяет произвести операцию наложения акушерских щипцов?

1. живой плод;
2. -раскрытие шейки матки на 4 см;
3. отсутствие плодного пузыря;
4. головка в широкой части полости таза.

311. Правила введения ложек акушерских щипцов следующие:

1. левую ложку держать правой рукой и вводят в правую половину таза матери;
2. правую ложку держат левой рукой и вводят в левую половину таза матери;
3. все перечисленное правильно;
4. -все перечисленное неправильно.

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

1. в правом косом размере;
2. -в поперечном размере;
3. в прямом размере;
4. верно все перечисленное.

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

1. периодически вращательными;
2. периодически качательными;
3. периодически в виде рывков;
4. верно все перечисленное;
5. -ничего из перечисленного.

314. Для наложения акушерских щипцов необходимы нижеперечисленные условия, кроме:

1. -внутриутробной гибели плода;
2. полного раскрытия шейки матки;
3. переднего вида затылочного предлежания;
4. отсутствия плодных оболочек;
5. определенного положения головки плода.

315. Наложение акушерских щипцов противопоказано при:

1. мертвом плоде;
2. анатомически и клинически узком тазе;
3. неполном раскрытии маточного зева;
4. угрожающем разрыве матки;
5. -все перечисленное верно.

316. Причины возникновения разрывов влагалища в родах:

1. инфантилизм;
2. стремительное течение родов;
3. крупная головка плода;
4. неправильные предлежания головки плода;
5. -все ответы правильные.

317. Разрыв промежности 2 степени не сопровождается разрывом:

1. поверхностных мышц промежности;
2. кожи промежности;
3. мышц, поднимающих задний проход;
4. -шейки матки;
5. стенки влагалища.

318. Женщина родила ребенка массой 4300 г. Эпизиотомия осложнилась разрывом 2 степени. Какие ткани при этом остались неповрежденными:

1. кожа;
2. мышцы промежности;
3. фасция;
4. -сфинктер и слизистая оболочка прямой кишки;
5. слизистая влагалища.

319. С целью профилактики нагноения и расхождения швов на промежности при разрыве I и II степени следует использовать:

1. перманганат калия (местно);
2. лазерное облучение в области швов;
3. меры по предупреждению дефекации до 4-5 суток;
4. ультрафиолетовое облучение области швов;
5. -все перечисленное

320. При угрожающем разрыве матки противопоказаны все операции, кроме:

1. наложения акушерских щипцов;



2. краниотомии;
3. -кесарева сечения;
4. классического акушерского поворота;
5. экстракции плода за тазовый конец.

321. Роженица находится во втором периоде родов. АД 130/90 мм рт. ст., головка плода малым сегментом во входе малого таза. Сердцебиение плода глухое, замедленное. Матка напряжена, не расслабляется между схватками. Высокое расположение контракционного кольца. Каков диагноз?

1. тетания матки;
2. -угрожающий разрыв матки;
3. вторичная слабость родовой деятельности;
4. дискоординация родовой деятельности.

322. Для диагностики начинающегося разрыва матки в родах наиболее информативно:

1. боли в области нижнего сегмента матки;
2. кровянистые выделения из родовых путей;
3. бурная родовая деятельность;
4. высокое стояние контракционного кольца;
5. -все перечисленное верно.

323. Для диагностики начинающегося разрыва матки в родах не характерно:

1. боли в области нижнего сегмента матки;
2. высокое стояние контракционного кольца;
3. -слабость родовой деятельности;
4. кровянистые выделения из родовых путей;
5. бурная родовая деятельность.

324. Причиной разрыва матки в родах может быть:

1. крупный плод;
2. узкий таз;
3. неправильное вставление головки;
4. передозировка окситоцина;
5. -все перечисленное верно.

325. Роды своевременные, вторые. Размеры таза 25-26-29-19 см. Родовая деятельность бурная, женщина мечется, кричит, живот напряжен, болезненный в нижних отделах. Дно матки на уровне подреберья, контракционное кольцо на уровне пупка. Головка плода прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода ясное, 146 уд в минуту. Каков диагноз?

1. дискоординированная родовая деятельность;
2. тетания матки;
3. -угрожающий разрыв матки;
4. вторичная слабость родовой деятельности.

326. Беременность 6, роды 3, своевременные. Внезапно женщина почувствовала себя плохо, побледнела. Пульс стал нитевидным. Из влагалища появились кровянистые

выделения. Сердцебиение плода не выслушивается. Схватки прекратились. Под брюшной стенкой легко определяются мелкие части плода. Каков диагноз?

1. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
2. -совершившийся разрыв матки;
3. кровотечение на почве предлежания плаценты.

327. Принципы лечения совершившегося разрыва матки:

1. адекватное анестезиологическое пособие;
2. оперативное вмешательство;
3. инфузионно-трансфузионная терапия, адекватная кровопотере;
4. коррекция нарушений гемокоагуляции;
5. -все ответы правильные.

328. К разрыву матки предрасполагает:

1. рубец на матке;
2. повреждение матки при аборте;
3. дегенеративные и воспалительные процессы в матке, перенесенные до настоящей беременности;
4. инфантилизм;
5. -все ответы правильные.

329. Что неверно в клинической картине совершившегося полного разрыва матки?

1. полностью прекращается родовая деятельность;
2. плод полностью или частично выходит в брюшную полость;
3. -родовая деятельность приобретает дискоординированный характер;
4. наружное кровотечение незначительное;
5. развивается шок на фоне кровопотери.

330. Что является основным в клинической картине совершившегося разрыва матки?

1. шок;
2. кровопотеря;
3. боль в животе;
4. прекращение родовой деятельности;
5. -все перечисленное верно.

331. Показания к операции кесарева сечения подразделяются на:

1. -абсолютные;
2. -относительные;
3. -плановые;
4. -экстренные;
5. -со стороны матери;
6. -со стороны плода;
7. -комплексные.

332. Наиболее частые осложнения при кесаревом сечении:

1. -кровотечения;
2. разрывы промежности;

3. -гнойно-септические осложнения;
4. -анестезиологические осложнения;
5. -ранение соседних органов.

333. К кровотечению в раннем послеродовом периоде предрасполагает:

1. слабость родовой деятельности;
2. многоводие;
3. многоплодие;
4. крупный плод;
5. -все перечисленное.

334. К причинам кровотечений в раннем послеродовом периоде не относится:

1. гипотония матки;
2. разрыв шейки матки, влагалища, промежности;
3. задержка дольки плаценты;
4. нарушение свертываемости крови;
5. -наличие у беременной ожирения 2 степени.

335. При начавшемся кровотечении в послеродовом периоде необходимо, прежде всего:

1. провести ручное отделение плаценты;
2. ввести сокращающие матку средства;
3. осмотреть родовые пути;
4. -определить признаки отделения плаценты;
5. лед на низ живота.

336. Патологическая кровопотеря в раннем послеродовом периоде требует:

1. прижать аорту;
2. ввести сокращающие матку средства;
3. произвести ручное обследование полости матки;
4. осмотреть родовые пути;
5. -все перечисленное верно.

337. При кровотечении в 3 периоде родов и отсутствии признаков отделения плаценты необходимо:

1. ввести сокращающие матку средства;
2. применить метод Креде-Лазаревича;
3. прием Абуладзе;
4. -произвести ручное отделение плаценты и выделение последа;
5. положить лед на низ живота.

338. При кровотечении в 3 периоде родов и наличии признаков отделения плаценты необходимо:

1. выделить послед наружными приемами;
2. ввести сокращающие матку средства;
3. положить лед на низ живота;
4. -все перечисленное верно.

339. При кровотечении в 3 периоде родов и наличии признаков отделения плаценты не показано:

1. положить лед на низ живота;
2. -ручное отделение плаценты;
3. выделить послед наружными приемами;
4. ввести сокращающие матку средства.

340. Показанием к ручному обследованию послеродовой матки является все, кроме:

1. кровопотери, превышающей физиологическую;
2. наличия рубцов на матке;
3. -разрыва шейки матки 1-2 степени;
4. сомнения целостности последа;
5. подозрения на разрыв матки.

341. В группу риска развития гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде относятся роженицы:

1. -больные с миомой матки;
2. -те, у кого роды осложнились слабостью родовой деятельности;
3. -родившие ребенка с массой тела более 4000г;
4. -многорожавшие женщины.

342. Показанием к ручному обследованию послеродовой матки являются все перечисленные ниже клинические ситуации, кроме:

1. -разрыва шейки матки;
2. продолжающейся кровопотери, превышающей физиологическую;
3. наличия рубца на матке;
4. сомнения в целостности плаценты;
5. подозрения на разрыв матки.

343. Наиболее частой причиной позднего послеродового кровотечения является:

1. -нарушение сократительной способности мышцы матки;
2. -нарушения в системе гемостаза;
3. трофобластическая болезнь;
4. задержка в матке остатков плацентарной ткани.

344. Тактика врача при возникновении кровотечения в третьем периоде родов при отсутствии признаков отделения плаценты:

1. ввести средства, вызывающие сокращение матки;
2. применить метод Креде-Лазаревича;
3. применить метод Абуладзе;
4. -произвести ручное отделение плаценты и выделение последа;
5. ввести спазмолитические средства.

345. Наиболее частая причина кровотечения в раннем послеродовом периоде:

1. -гипотония матки;
2. задержка частей последа в матке;
3. нарушение свертывающей системы крови;

4. длительный безводный период.

346. Наиболее информативным в диагностике преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты является:

1. наружное акушерское исследование;
2. влагалищное исследование;
3. -УЗИ;
4. оценка сердечной деятельности;
5. исследование свертывающей системы крови.

347. Показанием к удалению матки при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты является:

1. перерастяжение матки;
2. матка Кювелера (маточно-плацентарная апоплексия);
3. наличие миоматозного узла;
4. наличие добавочного рога матки.

348. Какие нижеперечисленные признаки и симптомы характерны для тяжелой формы центральной отслойки нормально расположенной плаценты?

1. внутриутробная гибель плода;
2. судорожные схватки;
3. ретроплацентарная гематома;
4. сильные боли в животе;
5. -все перечисленные.

349. Тяжелая форма отслойки нормально расположенной плаценты вызывает все нижеперечисленные состояния, кроме:

1. внутриутробной гибели плода;
2. бледности кожных покровов;
3. анемии;
4. -Rh – сенсбилизации.

350. В случае преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты удаление матки показано при:

1. атонии матки;
2. имбибиции тканей матки кровью;
3. наличия в области плацентарной площадки узлов миомы;
4. развития ДВС синдрома;
5. -все перечисленное.

351. Роженица находится в 3 периоде родов. 8 минут назад родился плод массой 3500г. Внезапно усилились кровянистые выделения из половых путей, кровопотеря 200 мл. Что делать?

1. ввести сокращающие матку средства;
2. произвести ручное отделение плаценты и выделение последа;
3. -определить признаки отделения плаценты;
4. приступить к выделению последа наружными приемами;

5. катетеризировать мочевого пузырь.

352. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты осложняется:

1. возникновением матки Кювелера;
2. интранатальной гибелью плода;
3. развитием ДВС-синдрома;
4. геморрагическим шоком;
5. -все перечисленное верно.

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

1. травма живота;
2. -тяжелая преэклампсия;
3. перенашивание беременности;
4. многоводие, многоплодие;
5. короткая пуповина.

354. Для клинической картины преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты не характерно:

1. боли в животе;
2. -отсутствие болей в животе;
3. геморрагический шок;
4. изменение сердцебиения плода;
5. изменение формы матки.

355. Чаще всего причиной отслойки нормально расположенной плаценты является:

1. сильный удар в живот;
2. сильные схватки;
3. -тяжелая преэклампсия;
4. короткая пуповина;
5. преждевременное излитие вод.

356. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты наиболее часто происходит при:

1. -тяжелой преэклампсии;
2. воспалительных изменениях эндометрия;
3. инфекционно-аллергическом васкулите;
4. иммунологическом конфликте между матерью и плодом;
5. многоплодной беременности.

357. Клинические признаки выраженной формы преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты:

1. -геморрагический синдром;
2. -болевого синдром;
3. -острая гипоксия плода;
4. -ДВС-синдром.

358. При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты роженице показано:

1. родостимуляция окситоцином;
2. родостимуляция простагландинами;
3. введение метилэргометрина капельно внутривенно;
4. введение дротаверина одномоментно внутримышечно;
5. -ничего из перечисленного.

359. Для клинической симптоматики преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты характерно все перечисленное, кроме:

1. болей в животе;
2. анемии;
3. асимметрии матки;
4. гипоксии плода;
5. -полиурии.

360. Какой признак не характерен для предлежания плаценты?

1. кровотечение в третьем триместре;
2. анемия;
3. повторяемость кровотечения;
4. -сильные боли в животе.

361. Что из перечисленного обязательно выражено при тяжелой форме преждевременной отслойки плаценты?

1. внутриутробная гибель плода;
2. судорожные схватки;
3. ретроплацентарная гематома;
4. -выраженное наружное кровотечение;
5. сильные боли в животе.

362. Состояние внутриутробного плода при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты зависит от:

1. -площади отслоившейся части плаценты;
2. -вида отслойки;
3. -быстроты отслойки;
4. -морфофункционального состояния плаценты.

363. На фоне интенсивной терапии тяжелой преэклампсии у беременной при сроке 35 недель появились распирающие боли в животе, исчезло сердцебиение плода. Матка напряжена. Наружный зев закрыт. Каков диагноз?

1. разрыв матки;
2. предлежание плаценты;
3. -преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
4. эклампсия.

364. В родильный дом доставлена беременная женщина при сроке беременности 42 недели. Матка напряжена, части плода не прощупываются. Сердцебиение не

выслушивается. Выделений из половых путей нет. Шейка сформирована, наружный зев закрыт. Что делать?

1. назначить родовозбуждение;
2. -родоразрешить путем операции кесарева сечения;
3. назначить кровоостанавливающие препараты;
4. проводить дальнейшее наблюдение.

365. Первый период 2 своевременных родов. Из влагалища появились кровянистые выделения, воды не изливались. Сердцебиение плода ритмичное, 130 ударов в минуту. Что делать?

1. назначить родовозбуждение;
2. -произвести влагалищное исследование с целью выяснения акушерской ситуации;
3. применить сон-отдых;
4. родоразрешить путем операции кесарева сечения.

366. Во время операции кесарева сечения по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты после удаления плода и последа обнаружена имбибиция задней стенки и дна матки кровью на большом протяжении. Каков диагноз?

1. неполный разрыв матки;
2. истинное приращение плаценты;
3. гипотония матки;
4. -матка Кувелера.

367. Принципы борьбы с геморрагическим шоком в акушерстве включают:

1. местный гемостаз;
2. борьбу с нарушением свертывания крови;
3. инфузионно-трансфузионную терапию;
4. профилактику почечной недостаточности;
5. -все перечисленное верно.

368. Предлежанию плаценты способствуют:

1. воспалительные процессы в эндометрии;
2. аборты;
3. генитальный инфантилизм;
4. количество родов;
5. -все перечисленное верно.

369. Для предлежания плаценты характерно следующее ее расположение:

1. на передней стенке у дна;
2. на дне матки;
3. по задней стенке матки;
4. -частично или полностью перекрывая внутренний зев;
5. в нижнем сегменте матки.

370. Предлежание плаценты – это такая патология, при которой плацента располагается:



1. в теле матки;
2. в нижнем сегменте;
3. -в нижнем сегменте матки, частично или полностью перекрывая внутренний зев;
4. по задней стенке матки;
5. в дне матки.

371. Предлежание плаценты можно предполагать в случае:  
дородового излития вод;  
если при пальпации ясна предлежащая часть плода;  
несоответствия высоты стояния дна сроку беременности;  
-кровянистых выделений из половых путей;  
острой боли в животе.

372. При предлежании плаценты кровотечение впервые возникает, как правило, при сроке беременности:

1. 8-12 недель;
2. 16-20 недель;
3. 22-24 недели;
4. -28-32 недели;
5. 36-40 недель.

373. Наиболее характерным клиническим признаком предлежания плаценты является:

1. хроническая внутриутробная гипоксия плода;
2. снижение уровня гемоглобина и количества эритроцитов в крови;
3. -повторные кровянистые выделения из половых путей;
4. артериальная гипотензия;
5. угроза прерывания беременности.

374. При подозрении на предлежание плаценты влагалищное исследование можно проводить:

1. в женской консультации;
2. в приемном покое родильного отделения;
3. -в родильном отделении и только при развернутой операционной;
4. в любых условиях.

375. Характерной особенностью кровотечений при предлежании плаценты является:

1. внезапность их появления;
2. их повторяемость;
3. анемизация беременной;
4. все перечисленное неверно;
5. -все перечисленное верно.

376. Для кровотечения при предлежании плаценты характерно:

1. внезапное возникновение;
2. повторяемость;
3. безболезненность;
4. различная интенсивность;

5. -все перечисленное.

377. Что не характерно для предлежания плаценты:

1. безболезненное кровотечение из влагалища;
2. -повышенный тонус матки;
3. отсутствие болей в животе;
4. кровотечение в начале III триместра.

378. Клинический симптом предлежания плаценты:

1. боли внизу живота;
2. изменение сердцебиения плода;
3. изменение формы матки;
4. -кровотечение различной интенсивности;
5. излитие вод.

379. Наибольшее значение в выборе тактики родоразрешения при неполном предлежании плаценты имеет:

1. предлежание плода (головное, тазовое);
2. состояние шейки матки;
3. состояние плода (живой, мертвый);
4. -выраженность кровотечения;
5. возраст роженицы.

380. При УЗ-исследовании с целью уточнения срока у женщины с неосложненной беременностью обнаружена плацента, перекрывающая область внутреннего зева. Какова акушерская тактика?

1. амбулаторное наблюдение в женской консультации;
2. проведение влагалищного исследования в женской консультации с целью уточнения диагноза;
3. -срочная госпитализация в отделение патологии беременности родильного дома;
4. рекомендовать явиться в акушерский стационар для госпитализации через 10 дней.

381. У повторнородящей женщины, находящейся в дородовом отделении по поводу подозрения на предлежание плаценты при сроке 35 недель, одновременно с началом регулярных схваток появились яркие кровянистые выделения из половых путей. Какова тактика дежурного врача?

1. назначить стимуляцию родовой деятельности;
2. назначить препараты, снимающие родовую деятельность;
3. -произвести влагалищное исследование при развернутой операционной для уточнения степени предлежания плаценты и решения вопроса о ведении родов;
4. перевести в предродовую родильного блока.

382. В женскую консультацию обратилась повторнородящая женщина при сроке беременности 33-34 недели по поводу кровянистых выделений из половых путей, появившихся утром после сна. Головка плода над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту. Матка в состоянии обычного тонуса. Какова тактика врача?

1. произвести влагалищное исследование;
2. -срочно госпитализировать в родовое отделение родильного дома;
3. назначить кровоостанавливающие средства;
4. рекомендовать повторный осмотр в женской консультации через 3 дня.

383. В родильный дом поступила женщина с кровянистыми выделениями. Роды 2, своевременные. Воды не изливались. При развернутой операционной произведено влагалищное исследование: открытие шейки матки 4 см, плодный пузырь цел, оболочки шероховатые. Во влагалище незначительное количество крови в сгустках. Что делать?

1. дать медикаментозный сон-отдых;
2. перевести в операционную для родоразрешения путем операции кесарева сечения;
3. -вскрыть плодный пузырь и назначить родостимуляцию;
4. проводить наблюдение за родовой деятельностью, не предпринимая ничего.

384. В родильный дом доставлена женщина с беременностью 38 недель в состоянии средней тяжести. Кожные покровы бледные. Пульс 100 ударов в минуту. АД 100/60 мм рт.ст. Родовой деятельности нет. Матка безболезненная. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное, 160 ударов в минуту. Головка плода над входом в малый таз. Шейка сформирована. Цервикальный канал закрыт. Во влагалище сгустки крови. Что делать?

1. начать гемотрансфузию;
2. проводить родовозбуждение;
3. -родоразрешить путем кесарева сечения;
4. проводить наблюдение за беременной.

385. Характерными проявлениями тотального плотного прикрепления плаценты являются:

1. боль в животе;
2. кровотечение;
3. высота стояния дна матки выше пупка после рождения плода;
4. -отсутствие признаков отделения плаценты.

386. Показания для ручного обследования матки:

1. применение в родах простагландинов;
2. длительные роды;
3. роды при тазовом предлежании;
4. -роды при наличии рубца на матке после кесарева сечения;
5. ни одно из перечисленных.

387. Что показано при истинном приращении плаценты?

1. ручное отделение последа;
2. введение сокращающих средств;
3. выскабливание полости матки;
4. холод на живот;
5. -экстирпация или ампутация матки.

388. При развитии матки Кувелера возможно:

1. -образование ретроплацентарной гематомы;
2. -инфильтрация мышечного слоя кровью;
3. -нарушение сократительной деятельности матки
4. -формирование ДВС-синдрома.

389. В развитии ДВС-синдрома различают:

1. две стадии;
2. три стадии;
3. -четыре стадии;
4. пять стадий.

390. I стадия ДВС-синдрома:

1. -гиперкоагуляция;
2. коагулопатия потребления;
3. активация фибринолиза;
4. восстановительная.

391. II стадия ДВС-синдрома:

1. гиперкоагуляция;
2. активация фибринолиза;
3. восстановительная;
4. -коагулопатия потребления;

392. III стадия ДВС-синдрома:

1. гиперкоагуляция;
2. коагулопатия потребления;
3. -активация фибринолиза;
4. восстановительная.

393. IV стадия ДВС-синдрома:

1. гиперкоагуляция;
2. -восстановительная;
3. коагулопатия потребления;
4. активация фибринолиза.

394. Развитие острого синдрома ДВС в акушерстве возможно при:

1. предлежании плаценты;
2. преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты;
3. эмболии околоплодными водами;
4. тяжелой преэклампсии;
5. длительной задержке мертвого плода в матке;
6. гипотоническом кровотечении;
7. разрывах тканей мягких родовых путей;
8. гнойно-септических заболеваниях;
9. -верно все перечисленное.

395. Термином «послеродовой период» обычно обозначают:

1. -первые два месяца после родов;
2. период грудного вскармливания новорожденного;
3. период послеродовой аменореи;
4. все перечисленное.

396. Лохии – это:

1. послеродовые выделения из матки;
2. раневой секрет послеродовой матки;
3. отделение децидуальной оболочки;
4. -все перечисленное;
5. ничего из перечисленного.

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

1. 50 мл;
2. 100 мл;
3. 200 мл;
4. -до 1,5 литров.

398. Ведение родильниц в раннем послеродовом периоде заключается в контроле:

1. -артериального давления, пульса, дыхания;
2. -сократительной функции матки;
3. -кровопотери;
4. кольпоцитологического исследования.

399. В раннем послеродовом периоде происходят следующие изменения в половой системе родильницы:

1. -инволюция матки;
2. -формирование шейечного канала шейки матки;
3. -восстановление тонуса мышц тазового дна;
4. -ретракция, контракция матки и тромбообразование сосудов плацентарной площадки.

400. Основное значение в нормальной инволюции послеродовой матки имеет:

1. -естественное вскармливание новорожденного;
2. -нормальное функционирование кишечника и мочевого пузыря родильницы;
3. -гигиена родильницы;
4. диететика родильницы.

401. Контроль за сокращением матки после родов можно осуществить:

- путем измерения высоты стояния дна матки над лоном сантиметровой лентой;
- с помощью ультразвукового исследования;
- при влагалищном исследовании.

402. Субинволюция матки после родов может быть обусловлена:

1. -развитием воспалительного процесса;
2. -невозможностью грудного вскармливания;

3. -задержкой частей плаценты в матке;
4. -слабостью родовой деятельности.

403. Заживление плацентарной площадки происходит под влиянием:

1. распада и отторжения остатков децидуальной оболочки;
2. регенерации эндометрия из донных желез;
3. эпителизации эндометрия;
4. образования грануляционного вала из лейкоцитов;
5. -всего перечисленного.

404. Совместное пребывание матери и ребенка в послеродовом отделении способствует:

1. снижению частоты гнойно-септических заболеваний;
2. становлению лактации;
3. формированию психоэмоциональной связи матери и ее ребенка;
4. -всему перечисленному.

405. Для уменьшения нагрубания молочных желез используют:

1. ограничение приема жидкости;
2. введение дротаверина и окситоцина;
3. сцеживание;
4. физические методы воздействия (масляные компрессы, ультразвук, коротковолновая УФ – облучение);
5. -все перечисленное верно.

406. Для профилактики и лечения трещин сосков используют все перечисленные ниже средства, кроме:

1. мазевых аппликаций;
2. физических методов воздействия;
3. воздушных ванн;
4. -гормональных средств;
5. антисептических препаратов.

407. Раннее прикладывание ребенка к груди нецелесообразно:

1. -после преждевременных родов;
2. -после оперативного родоразрешения;
3. -при травме новорожденного;
4. -при тяжелой гемолитической болезни плода.

408. Гипогалактия может быть обусловлена всеми перечисленными ниже факторами, кроме:

1. переутомления и стресса в родах;
2. патологической кровопотери в родах;
3. осложненного течения беременности и родов;
4. -небольшой величины молочных желез;
5. неправильного кормления ребенка и сцеживания.

409. Причинами гипогалактии являются:

1. -экстрагенитальные заболевания;
2. -эндокринная патология;
3. -большая кровопотеря в родах;
4. -снижение секреции пролактина.

410. Третьи сутки послеродового периода. Температура тела 38.2. Родильница жалуется на боли в молочных железах. Пульс 86 ударов в минуту, молочные железы значительно и равномерно нагубели, чувствительные при пальпации. Что делать?

1. ограничить питье;
2. иммобилизовать грудь;
3. -опорожнить грудь путем сцеживания;
4. назначить родильнице слабительное;
5. компресс на молочные железы.

411. Какие из приведенных данных соответствуют 5 суткам нормального послеродового периода?

1. -дно матки посередине между лоном и пупком;
2. дно матки на уровне пупка;
3. дно матки на уровне симфиза;
4. -лохии сукровичные;
5. лохии ярко красные;
6. субфебрильная температура.

412. Какие из перечисленных исследований необходимо проводить у родильниц с нормальным течением послеродового периода?

1. -термометрия;
2. ЭКГ;
3. -клинический анализ крови;
4. -определение высоты стояния дна матки;
5. -определение характера лохий;
6. определение состояния свертывающей системы крови.

413. Какие из перечисленных мероприятий необходимы для создания условий, обеспечивающих нормальное течение послеродового периода?

1. -физические упражнения;
2. переливание крови при кровопотере свыше 700 мл;
3. -витаминация;
4. выскабливание полости матки;
5. тепло на низ живота;
6. -уход за молочными железами.

411. Наиболее частым гнойно-септическим осложнением, развивающимся в послеродовом периоде, являются:

1. мастит;
2. -эндометрит;
3. раневая инфекция;

4. пиелонефрит;
5. тромбофлебит.

412. В группу риска развития инфекционных осложнений, возникающих после родов, относятся все родильницы, кроме тех, у кого:

1. имеются очаги хронической инфекции;
2. произошло преждевременное излитие околоплодных вод;
3. имеется бактериальный вагиноз;
4. -масса тела новорожденного более 4000г;
5. произошли преждевременные роды.

413. Особенности современного течения послеродовой инфекции:

1. полиэтиологичность;
2. часто вызывается условно патогенной флорой;
3. стертость клинической картины;
4. высокая резистентность к антибактериальной терапии;
5. -все перечисленное.

414. Что соответствует I этапу инфицирования согласно классификации послеродовых гнойно-септических инфекций Сазонова-Бартельса?

1. лактационный мастит;
2. -инфекция в пределах послеродовой раны;
3. инфекция вышла за пределы раны, но ограничена малым тазом;
4. инфекция вышла за пределы малого таза, близка к генерализованной;
5. генерализованная инфекция.

415. Что соответствует II этапу инфицирования согласно классификации послеродовых гнойно-септических инфекций Сазонова-Бартельса?

1. инфекция в пределах послеродовой раны;
2. -инфекция вышла за пределы раны, но ограничена малым тазом;
3. инфекция вышла за пределы малого таза, близка к генерализованной;
4. генерализованная инфекция.

416. Что соответствует III этапу инфицирования согласно классификации послеродовых гнойно-септических инфекций Сазонова-Бартельса?

1. инфекция в пределах послеродовой раны;
2. инфекция вышла за пределы раны, но ограничена малым тазом;
3. присоединение лактационного мастита;
4. -инфекция вышла за пределы малого таза, близка к генерализованной;
5. генерализованная инфекция.

417. Что соответствует IV этапу инфицирования согласно классификации послеродовых гнойно-септических инфекций Сазонова-Бартельса Сазонова-Бартельса?

1. инфекция в пределах послеродовой раны;
2. инфекция вышла за пределы раны, но ограничена малым тазом;
3. инфекция вышла за пределы малого таза;



4. инфекция вышла за пределы малого таза, близка к генерализованной;
5. -генерализованная инфекция.

418. Какому этапу инфицирования, согласно классификации Сазонова-Бартельса, соответствует эндометрит?

1. -I этапу;
2. II этапу;
3. III этапу;
4. IV этапу.

419. Какому этапу инфицирования, согласно классификации Сазонова-Бартельса, соответствует послеродовая язва?

1. -I этапу;
2. II этапу;
3. III этапу;
4. IV этапу.

420. Какому этапу инфицирования, согласно классификации Сазонова-Бартельса, соответствует метроэндометрит?

1. I этапу;
2. -II этапу;
3. III этапу;
4. IV этапу.

421. Какому этапу инфицирования, согласно классификации Сазонова-Бартельса, соответствует флебит вен таза и нижних конечностей?

1. I этапу;
2. II этапу;
3. -III этапу;
4. IV этапу.

422. Какому этапу инфицирования, согласно классификации Сазонова-Бартельса, соответствует аднексит?

1. I этапу;
2. -II этапу;
3. III этапу;
4. IV этапу.

423. Какому этапу инфицирования, согласно классификации Сазонова-Бартельса, соответствует прогрессирующий тромбофлебит?

1. I этапу;
2. II этапу;
3. -III этапу;
4. IV этапу.

424. Какому этапу инфицирования, согласно классификации Сазонова-Бартельса, соответствует инфекционно-токсический шок?

1. I этапу;
2. II этапу;
3. III этапу;
4. -IV этапу.

425. Какому этапу инфицирования, согласно классификации Сазонова-Бартельса, соответствует сепсис?

1. I этапу;
2. II этапу;
3. III этапу;
4. -IV этапу.

426. Является ли нагноение швов на промежности и их расхождение послеродовой язвой?

1. да;
2. -нет.

427. Возможна ли локализация послеродовой язвы на промежности, влагалище, шейке матки при отсутствии разрывов?

1. -да;
2. нет.

428. Факторы риска развития перитонита после операции кесарева сечения:

1. большая длительность операции;
2. большая травматичность операции;
3. экстренность операции;
4. волевические нарушения, имеющиеся в первые дни после операции;
5. -все ответы правильные.

429. Принципы лечения послеродовых воспалительных заболеваний заключаются:

1. в выборе антибиотика с учетом формы и локализации заболевания;
2. в локальном воздействии на очаг инфекции;
3. в повышении неспецифической реактивности организма;
4. -во всем перечисленном;
5. ни в чем из перечисленного.

430. Для лактостаза характерно:

1. высокая температура тела, озноб;
2. умеренное нагрубание молочных желез;
3. -значительное равномерное нагрубание молочных желез;
4. свободное отделение молока;
5. повышение артериального давления.

431. Относится ли мастит к послеродовым инфекциям?

1. -да;
2. нет.

432. Для подавления лактации используют:

1. -ограничение приема жидкости;
2. -тугое бинтование молочных желез после сцеживания;
3. тугое бинтование молочных желез без сцеживания;
4. -ингибиторы пролактина;
5. гестагены.

433. Подавление лактации при мастите показано при:

1. серозном мастите;
2. -гнойном мастите;
3. инфильтративном мастите;
4. -сочетания мастита с тяжелой экстрагенитальной патологией.

434. Предрасполагающими факторами для развития лактационного мастита являются следующие, кроме:

1. трещин сосков;
2. застоя молока;
3. гнойных заболеваний кожи молочной железы;
4. -частого прикладывания ребенка к груди;
5. неправильного ухода за железой, нарушение личной гигиены.

435. Для послеродового мастита не характерно:

1. повышение температуры тела с ознобом;
2. нагрубание молочных желез;
3. болезненный ограниченный инфильтрат в молочной железе;
4. -свободное отделение молока;
5. гиперемия молочной железы.

436. Развитию лактационного мастита способствуют:

1. лактостаз;
2. трещины сосков;
3. снижение иммунологической защиты организма;
4. послеродовое кровотечение;
5. -все перечисленное верно.

437. Родильница 32 года. На 4 сутки послеродового периода отмечено повышение температуры до 38 градусов, с ознобом. Молочные железы нагрубшие. Матка на 2 пальца выше пупка, болезненная при пальпации, лохии кровянисто-серозные, умеренные, без запаха. Наиболее вероятный диагноз:

1. лактостаз;
2. лохиометра;
3. -эндометрит;
4. начинающийся мастит;
5. ничего из перечисленного.

438. В лечении послеродового эндометрита не применяются:

1. антибиотики;

2. аспирация содержимого полости матки;
3. инфузионная терапия;
4. -эстроген-гестагенные препараты;
5. анаболики.

439. Наиболее частая причина лихорадки на 3-4 день после родов:

1. инфекция мочевого тракта;
2. -эндометрит;
3. мастит;
4. тромбофлебит;
5. ничего из перечисленного.

440. К факторам риска возникновения гнойно-септических осложнений кесарева сечения следует отнести:

1. бактериальный вагиноз;
2. инфекцию мочеполовых путей;
3. преждевременный разрыв плодных оболочек;
4. большую кровопотерю во время операции;
5. -все перечисленные факторы.

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

1. после стихания острых симптомов заболевания;
2. -в день постановки диагноза;
3. после выздоровления, для реабилитации;
4. после выписки матери из родильного дома.

442. Принципы лечения послеродовых воспалительных заболеваний заключаются:

1. в выборе антибиотика с учетом формы заболевания;
2. локальном воздействии на очаг инфекции;
3. повышении неспецифической реактивности организма;
4. -всего перечисленного.

443. Причиной послеродовых воспалительных заболеваний матки являются:

1. микоплазмы;
2. хламидии;
3. стафилококки;
4. анаэробы;
5. -все перечисленное верно.

444. Тяжесть клинических проявлений послеродового эндометрита зависит от:

1. степени микробной обсемененности матки;
2. вирулентности бактериальной флоры;
3. реактивности организма;
4. особенностей течения родов;
5. -все перечисленное верно.

445. Риск развития послеродовой септической инфекции определяется наличием у роженицы:

1. урогенитальной инфекции;
2. невосполненной кровопотери;
3. экстрагенитальной патологии;
4. длительности безводного периода;
5. -все перечисленное верно.

446. В диагностике послеродового мастита не имеет значения:

1. -длительность безводного промежутка;
2. данные осмотра и пальпации молочной железы;
3. наличие предрасполагающих факторов к его развитию;
4. характерные жалобы больной.

447. Причины возникновения послеродового эндометрита:

1. бактериальный вагиноз;
2. длительный безводный период;
3. большое число влагалищных исследований в родах;
4. нарушение правил асептики и антисептики;
5. -все перечисленное верно.

448. Классификация гестозов включает:

1. нефропатию;
2. преэклампсию;
3. эклампсию;
4. водянку беременных;
5. -все ответы неверные.

449. Факторами, предрасполагающими к развитию преэклампсии, являются:

1. заболевания почек;
2. многоплодная беременность;
3. эндокринная патология;
4. артериальная гипертензия;
5. -все перечисленное верно.

450. Фактором, не предрасполагающим к развитию преэклампсии, являются:

1. -аномалии развития плода;
2. заболевания почек;
3. многоплодная беременность;
4. эндокринная патология;
5. артериальная гипертензия.

451. Для диагностики скрытых отеков используют:

1. измерение АД;
2. анализ мочи по Ничипоренко;
3. -пробу Мак-Клюра-Олдрича;
4. -контроль прибавки массы тела;

5. пробу по Зимницкому;
6. -проба Хемлера.

452. Какие из приведенных объективных исследований дают сведения, позволяющие ставить диагноз умеренной преэклампсии?

1. -измерение артериального давления;
2. определение пульса;
3. -определение уровня протеинурии в разовой порции мочи;
4. -определение уровня протеинурии в суточной порции мочи;
5. влагалищное исследование;
6. измерение размеров таза.

453. Тяжесть рвоты беременных характеризуется:

1. потерей массы тела;
2. -ацетонурией;
3. субфебрилитетом;
4. головной болью;
5. болью внизу живота.

454. В лечении рвоты беременных не используют:

1. -диуретики;
2. инфузионную терапию;
3. физиотерапию;
4. противорвотные средства;
5. седативные препараты.

455. При какой степени тяжести рвоты беременных возможно амбулаторное лечение?

1. -легкой;
2. средней;
3. тяжелой;
4. все перечисленное верно.

456. Ранним признаком преэклампсии является:

1. -патологическое и неравномерное увеличение массы тела во второй половине беременности;
2. -асимметрия артериального давления;
3. -никтурия;
4. -тромбоцитопения.

457. Развитие преэклампсии у повторнородящей беременной может быть вызвано всеми перечисленными состояниями, кроме:

1. многоплодной беременности;
2. сахарного диабета;
3. -гиперплазии щитовидной железы;
4. артериальной гипертензии;
5. гломерулонефрита.

458. При тяжелой преэклампсии могут быть следующие осложнения:

1. отслойка сетчатки;
2. кровоизлияние в мозг;
3. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
4. острая почечно-печеночная недостаточность;
5. -все перечисленное верно.

459. В связи с наличием сильных головных болей беременной в конце III триместра произведена спинномозговая пункция и обнаружена кровь. Какой диагноз?

1. энцефалит;
2. -субарахноидальное кровоизлияние;
3. менингит;
4. преэклампсия;
5. эклампсия.

460. При неосложненном течении беременности, в сроке 39 недель в положении лежа на спине у беременной внезапно упало АД. Появилась бледность кожных покровов. Липкий пот. Причина указанного состояния:

1. -компрессия нижней полой вены с развитием гипотензивного синдрома;
2. отслойка нормально расположенной плаценты;
3. гипогликемическая кома;
4. эмболия околоплодными водами;
5. разрыв матки.

461. Инфузионная терапия тяжелой преэклампсии предполагает:

1. уменьшение гиповолемии;
2. улучшение реологических свойств крови;
3. нормализацию микроциркуляции в жизненно важных органах;
4. лечение гипоксии плода;
5. -все перечисленное верно.

462. Инфузионная терапия при тяжелой преэклампсии не предполагает:

1. увеличения ОЦК;
2. -гемотрансфузию;
3. улучшения реологических свойств крови;
4. нормализации микроциркуляции в жизненно важных органах;
5. лечения гипоксии плода.

463. Комплексное лечение беременных с преэклампсией предусматривает:

1. коррекцию ОЦК;
2. спазмолитические препараты;
3. бережное родоразрешение;
4. седативные препараты;
5. -все перечисленное.

464. Первобеременная, 23 лет. Срок беременности 32 недели, прибавка в весе за неделю составила 1,5 кг. Видимых отеков нет. Что делать?

1. консультация терапевта;
2. осмотр гастроэнтеролога;
3. -госпитализация в отделение патологии беременных;
4. консультация эндокринолога.

465. Наиболее характерным для умеренной преэклампсии является:

1. отеки голеней;
2. бактериурия;
3. -уровень АД 140-160/90-110 мм рт. ст;
4. все перечисленное.

466. Критерии диагностики умеренной преэклампсии?

1. срок гестации более 20 недель;
2. АД систолическое 140-160 мм рт. ст;
3. АД диастолическое 90-110 мм рт. ст;
4. протеинурия 3-4.9 г/сут;
5. -всё перечисленное.

467. Критерии диагностики тяжелой преэклампсии?

1. срок гестации более 20 недель;
2. АД систолическое 160 мм рт. ст. и более;
3. АД диастолическое 110 мм рт. ст. и более;
4. -всё перечисленное;
5. протеинурия 5 и более г/сут.

468. В родильный дом поступила беременная женщина при сроке 38 недель; отеки ног, АД 170/110 мм рт. ст., в моче – белок. В момент санитарной обработки в приемном отделении развился приступ судорог с потерей сознания. Каков диагноз?

1. эпилепсия;
2. сердечный приступ;
3. -эклампсия;
4. коллапс.

469. В приемное отделение родильного дома доставлена повторнородящая женщина после припадка эклампсии. Схватки редкие. Излились светлые околоплодные воды. Сердцебиение плода прослушивается 180 ударов в минуту. Под наркозом произведено влагалищное исследование, установлено, что открытие зева шейки матки на 4 см, плодного пузыря нет. Головка плода прижата ко входу в таз. Что делать?

1. назначить лечение слабости родовой деятельности;
2. проводить лечение начавшейся внутриутробной гипоксии плода;
3. -родоразрешение путем операции кесарева сечения;
4. назначить медикаментозный сон – отдых.

470. У первобеременной 20 лет роды осложнились преэклампсией. Схватки по 20-30 секунд через 5 минут. Околоплодные воды не изливались. Сердцебиение плода ритмичное 140 уд в минуту. Открытие шейки матки на 3 см. Артериальное давление 160/100 мм рт. ст. Головная боль. Нарушение зрения. Что делать?



1. проводить лечение преэклампсии;
2. вскрыть плодный пузырь;
3. проводить родостимуляцию;
4. дать медикаментозный сон-отдых;
5. закончить роды операцией кесарева сечения.

471. Эклампсию необходимо дифференцировать:

1. с эпилепсией;
2. с артериальной гипертензией;
3. с опухолями мозга;
4. с инсультом;
5. со всем перечисленным.

472. Показания для экстренного родоразрешения у беременных с преэклампсией:

1. преждевременная отслойка плаценты;
2. острая гипоксия плода;
3. гипергликемия;
4. отеки.

473. Признаком эклампсии является:

1. гипертензия;
2. судороги и кома;
3. диарея;
4. альбуминурия и отеки.

474. Осложнением эклампсии надо считать:

1. неврологические осложнения;
2. гибель плода;
3. отек легких;
4. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
5. все перечисленное.

475. Что используется при передозировке сульфата магнезии?

1. диазепам;
2. новокаин;
3. глюконат кальция;
4. бикарбонат натрия;
5. ничего из перечисленного.

476. Приступ эклампсии включает в себя следующие этапы?

1. тонические судороги;
2. клонические судороги;
3. предсудорожный;
4. все перечисленное;
5. разрешение припадка.

477. Классификация эклампсии:

1. во время беременности;
2. в родах;
3. в послеродовом периоде;
4. -все перечисленное.

478. Лабораторные признаки внутрипеченочного холестаза:

1. повышение уровня билирубина;
2. -всё перечисленное;
3. повышение уровня желчных кислот и щелочной фосфатазы (в 7-10 раз);
4. незначительное повышение уровня АЛТ и АСТ.

479. С целью связывания желчных кислот при лечении внутрипеченочного холестаза используют:

1. дипиридамола;
2. аллохол;
3. -урсодезоксихолевую кислоту;
4. раствор сульфата магния;
5. всё перечисленное.

480. Первородящая, 23-х лет, доставлена в роддом после припадка эклампсии. Беременность 37-38 недель, состояние тяжелое. АД 150/100 мм рт. ст. Пульс 98 ударов в минуту. Выраженные отеки на ногах. Сознание заторможенное. Определить тактику ведения беременной:

1. пролонгировать беременность на фоне лечения;
2. проведение интенсивной терапии;
3. -срочное родоразрешение путем операции кесарева сечения;
4. родовозбуждение с наложением акушерских щипцов;
5. ничего из перечисленного.

481. Оптимальным вариантом родоразрешения при тяжелой преэклампсии является:

1. наложение акушерских щипцов;
2. самостоятельное родоразрешение;
3. -операция кесарева сечения;
4. вакуум-экстракция плода;
5. плодоразрешающая операция.

482. HEELP-синдром характеризуется:

1. гемолизом эритроцитов;
2. -всем перечисленным;
3. повышением уровня печеночных ферментов;
4. тромбоцитопенией.

483. Клинические проявления HEELP-синдрома:

1. -головная боль;
2. -недомогание, утомляемость;
3. -тяжесть и боль в правом подреберье и эпигастрии;
4. -рвота;

5. -иктеричность, кожно-геморрагический синдром.

484. Антигипертензивные препараты, используемые в лечении преэклампсии:

1. лизиноприл;
2. валсартан;
3. -метилдопа;
4. -нифедипин;
5. -метопролол.

485. Критерии артериальной гипертензии во время беременности:

1. систолическое АД более 135 мм рт. ст;
2. -АД равно или более 140/90 мм рт. ст;
3. -повышение уровня САД на 30 мм рт. ст. при исходной гипотонии;
4. повышение уровня ДАД на 30 мм рт. ст. при исходной гипотонии;
5. диастолическое АД более 85 мм рт. ст.

486. Клиническая картина чрезмерной рвоты беременных включает в себя:

1. -рвота до 20 раз в сутки;
2. периодическая тошнота;
3. -постоянная тошнота;
4. -повышения уровня мочевины, билирубина;
5. -резко положительная реакция на ацетон в моче;
6. отсутствие снижения массы тела.

487. Эклампсия -

1. -приступ судорог у женщин на фоне преэклампсии;
2. -чаще наступает во время родов;
3. легкая форма преэклампсии;
4. не имеет тяжелых осложнений.

488. Коматозное состояние при эклампсии следует отличать от:

1. диабетической комы;
2. уремической комы;
3. печеночной комы;
4. истерии;
5. -верно все перечисленное.

489. Патогенетическая терапия при преэклампсии включает борьбу с:

1. -гиповолемией;
2. гипervолемией;
3. -гипопротеинемией;
4. -интоксикацией организма;
5. гиперпротеинемией;
6. -нарушением реологических свойств крови, КОС и электролитного баланса.

490. Показанием для инфузионной терапии является:

1. -гестоз легкой степени при длительном течении или при наличии рецидивов заболевания;
2. -гестоз средней и тяжелой степени тяжести;
3. -преэклампсия, эклампсия;
4. -отставание в развитии плода независимо от степени тяжести заболевания.

491. Основные вопросы акушерской тактики при преэклампсии:

1. выбор срока родоразрешения;
2. выбор метода родоразрешения;
3. -оба ответа правильные;
4. оба ответа неправильные.

492. Госпитализация беременных женщин, страдающих экстрагенитальными заболеваниями и нуждающихся в стационарном обследовании и лечении, осуществляется, как правило:

1. -в отделения по профилю патологии;
2. -в отделения патологии беременных родильных домов (специализированных);
3. -в отделения патологии беременных неспециализированных родильных домов;
4. в санатории-профилактории.

493. Госпитализация беременной с вирусным гепатитом осуществляется:

1. в родильном доме;
2. -в специальных боксах соответствующих отделений инфекционной больницы;
3. в неспециализированном родильном доме;
4. в наблюдательном акушерском отделении родильного дома.

494. Госпитализация беременных с открытой формой туберкулеза осуществляется:

1. в специализированном акушерском стационаре (родильном доме);
2. в неспециализированном родильном доме;
3. -в специальных боксах соответствующих отделений инфекционной больницы;
4. в наблюдательном акушерском отделении родильного дома.

495. Госпитализация беременных с острой дизентерией осуществляется:

1. в специализированном акушерском стационаре (родильном доме);
2. в неспециализированном родильном доме;
3. в наблюдательном акушерском отделении родильного дома
4. -в специальных боксах соответствующих отделений инфекционной больницы.

496. У женщин, страдающих сахарным диабетом, при беременности нередко развиваются следующие осложнения:

1. преэклампсия;
2. ангиопатия сетчатки;
3. активация хронической инфекции в мочевыводящих путях;
4. все перечисленное неверно;
5. -правильно все перечисленное.

497. Для железодефицитной анемии беременных характерны следующие клинические симптомы, кроме:

1. слабости;
2. одышки, обмороков;
3. головной боли, головокружения;
4. -сухости во рту;
5. ломкости ногтей, выпадения волос.

498. Факторы, предрасполагающие к острой инфекции мочевых путей во время беременности, родов и послеродовом периоде, включают все, кроме:

1. сдавления мочеточника увеличенной маткой;
2. -повышения тонуса и перистальтики мочеточников;
3. бессимптомной бактериурии;
4. пониженного тонуса мочевого пузыря после эпидуральной анестезии;
5. катетеризации мочевого пузыря после родов.

499. Для лечения острого пиелонефрита у беременной применяются все перечисленные антибиотики, кроме:

1. пенициллина;
2. ампициллина;
3. ампиокса;
4. -тетрациклина.

500. Для лечения артериальной гипертензии при беременности используют:

1. ингибиторы АПФ;
2. блокаторы рецепторов ангиотензина II;
3.  $\beta$ -адреномиметики;
4. все перечисленные;
5. -ничего из перечисленного.

501. В качестве достоверных признаков заболевания сердца у беременной следует рассматривать:

1. одышку;
2. выраженное увеличение размеров сердца;
3. систолический и диастолический шум в области сердца;
4. нарушение сердечного ритма;
5. -все перечисленное.

502. Наиболее опасным в отношении возникновения сердечной недостаточности во время беременности и родов является:

1. выраженный митральный стеноз;
2. выраженный аортальный стеноз;
3. синдром Эйзенменгера;
4. -все перечисленное;
5. ничего из перечисленного.

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

1. накануне родов;
2. -в родах и в послеродовом периоде;
3. в 1 триместре беременности;
4. во 2 триместре беременности.

504. Признаки начинающейся сердечной декомпенсации у беременной с заболеванием сердца проявляются:

1. выраженной одышкой;
2. кашлем;
3. влажными хрипами;
4. тахикардией;
5. -всем перечисленным.

505. Акушерская тактика при осложненном аппендиците при доношенной беременности предусматривает:

1. -консервативное ведение родов;
2. кесарево сечение с последующей надвлагалищной ампутацией матки;
3. кесарево сечение;
4. кесарево сечение с последующей экстирпацией матки без придатков;
5. кесарево сечение с последующей экстирпацией матки с маточными трубами.

506. Срок первой госпитализации беременной с АГ?

1. в 20 недель для подготовки к родам и выбора метода родоразрешения;
2. наблюдение в женской консультации до 40 недель беременности;
3. госпитализация беременной в 34 недели беременности;
4. -в 12 недель для определения возможности пролонгирования беременности и обследования.

507. Нижеприведенное свидетельствует о патологическом течении беременности, кроме:

1. наличие скудных кровянистых выделений из половых путей;
2. зрелость плаценты по данным ультразвукового обследования в 20 недель третьей степени;
3. ухудшение зрения и появление головных болей в третьем триместре беременности;
4. резкое усиление двигательной активности плода;
5. -ощущение шевеления плода в 20 недель беременности.

508. Функциональное состояние почек при хроническом пиелонефрите определяется по результатам:

1. пробы Зимницкого;
2. количества мочевины в крови;
3. количества креатинина в крови;
4. -всего перечисленного;
5. ничего из перечисленного.

509. На каких сроках беременности чаще наблюдаются нарушения кровообращения:

1. в I триместре;
2. -в конце II триместра;
3. -в родах;
4. -в послеродовом периоде;
5. в III триместре.

510. Начальными признаками недостаточности кровообращения у беременных являются:

1. -одышка (более 20 дыхательных движений/мин);
2. -кашель с отделением мокроты;
3. -периодическая тахикардия (до 100 уд/мин);
4. брадикардия;
5. -экстрасистолия;
6. -отеки на ногах.

511. Чем клинически проявляется острая левожелудочковая недостаточность:

1. -сердечная астма;
2. -отек легких;
3. застой крови в венах большого круга кровообращения.

512. Чем клинически проявляется правожелудочковая недостаточность:

1. сердечная астма;
2. отек легких;
3. -застой крови в венах большого круга кровообращения.

513. На каких сроках беременности чаще происходит обострение пиелонефрита:

1. на 8-12 неделе;
2. на 14-18 неделе;
3. -на 22-28 неделе, когда резко возрастает уровень половых и кортикостероидных гормонов;
4. на 36-40 неделе.

514. Какой акушерской патологией чаще сопровождается течение пиелонефрита:

1. -вызванные беременностью отеки;
2. аномалии родовой деятельности;
3. -невынашивание беременности;
4. тазовое предлежание плода;
5. -внутриутробное инфицирование плода.

515. Какие особенности имеет течение преэклампсии у беременных с сахарным диабетом:

1. устойчивый эффект от проводимой терапии;
2. -раннее проявление первых признаков;
3. -быстрота развития;
4. -стойкость симптомов;
5. -длительность течения;

6. -неустойчивый эффект от проводимой терапии;
7. медленное развитие.

516. При нарушении маточно-плацентарного кровотока в первом триместре беременности, как правило, развивается:

1. -первичная плацентарная недостаточность;
2. ранний токсикоз беременных;
3. гестационный диабет;
4. все перечисленное.

517. Наиболее значимой причиной развития фетоплацентарной недостаточности является все, кроме:

1. -токсикоза первой половины беременности;
2. преэклампсии;
3. преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты;
4. воспалительных заболеваний гениталий;
5. артериальной гипертензии.

518. К развитию фетоплацентарной недостаточности приводят:

1. преэклампсия;
2. артериальная гипертензия;
3. анемия беременных;
4. ожирение;
5. -все перечисленное.

519. К развитию фетоплацентарной недостаточности не приводят:

1. анемия беременных;
2. преэклампсия;
3. артериальная гипертензия;
4. -возраст беременной 30 лет;
5. ожирение.

520. Наиболее частая причина плацентарной недостаточности:

1. анемия беременных;
2. -преэклампсия;
3. многоводие;
4. предлежание плаценты;
5. многоплодие.

521. Для преждевременных родов характерно:

1. роды, наступившие в сроке от 22 до 37 недель беременности;
2. масса тела плода составляет 500-2500г;
3. длина плода менее 47 см;
4. -все перечисленное верно.

522. Основной причиной острой плацентарной недостаточности являются:

1. угрожающие преждевременные роды;



2. профессиональные вредности;
3. генитальный инфантилизм;
4. -отслойка плаценты.

523. Профилактика РДС плода проводится:

1. дипиридамолом;
2. -дексаметазоном;
3. курсовая доза 240 мг;
4. -курсовая доза 24 мг.

524. Профилактику РДС плода проводят в сроки:

1. 22-26 недель;
2. до 12 недель;
3. -26-36 недель;
4. 28-34 недели.

525. Ультразвуковые критерии ИЦН:

1. укорочение шейки матки менее 25 мм;
2. выявление расширения внутреннего зева;
3. расширение цервикального канала более 10 мм;
4. -все перечисленные.

526. Острая плацентарная недостаточность есть следствие:

1. длительной угрозы преждевременного прерывания беременности;
2. изосерологической несовместимости крови матери и плода;
3. перенашивания беременности;
4. экстрагенитальной патологии;
5. -все ответы неверны.

527. Фетоплацентарная недостаточность возникает:

1. при обширных инфарктах в плаценте;
2. при преждевременной отслойке плаценты;
3. при эклампсии;
4. -при преэклампсии.

528. К факторам риска формирования фетоплацентарной недостаточности относят:

1. юный возраст беременной (15 – 17 лет);
2. курение и алкоголизм беременной;
3. хронические специфические и неспецифические инфекции;
4. привычное невынашивание;
5. -все перечисленные факторы.

529. При внутриутробной гипоксии плода по данным кардиомониторного наблюдения регистрируется:

1. тахикардия;
2. брадикардия;
3. децелерация;

4. аритмия;
5. -все перечисленное.

530. Клиническим признаком тяжелой острой гипоксии плода не является:

1. сердцебиение плода 90 - 100 в минуту;
2. -сердцебиение плода 120 - 140 в минуту;
3. глухость тонов сердца плода;
4. сердцебиение плода 160 - 190 в минуту;
5. аритмия.

531. Зеленый цвет околоплодных вод свидетельствует:

1. -о хронической гипоксии плода;
2. об острой гипоксии плода;
3. об антенатальной гибели плода;
4. о гемолитической болезни плода;
5. о нарушении обмена амниотической жидкости.

532. Коричневый цвет околоплодных вод свидетельствует:

1. о хронической гипоксии плода;
2. об острой гипоксии плода;
3. -об антенатальной гибели плода;
4. о гемолитической болезни плода;
5. о нарушении обмена амниотической жидкости.

533. При недостатке каких пищевых продуктов в рационе беременной развивается внутриутробная гипоксия плода?

1. жирных кислот;
2. углеводов;
3. -белков;
4. -витаминов.

534. Плацента проницаема для:

1. алкоголя;
2. морфина;
3. пенициллина;
4. эфира;
5. -всего перечисленного.

535. Скорость проникновения лекарственных веществ через плаценту зависит от всего перечисленного, кроме:

1. молекулярной массы препарата;
2. растворимости лекарственного вещества в липидах;
3. прочности связывания лекарственного вещества с белками крови;
4. величины молекулы препарата;
5. -массы плода.

536. С целью токолиза используют:

1. печень плода;
2. гипофиз плода;
3. -трофобласт;
4. почки плода;
5. все перечисленное.

537. После 35-й недели беременности околоплодные воды содержат фосфолипиды. Откуда они поступают в амниотическую жидкость?

1. из плаценты;
2. -из легких плода;
3. из желудочно-кишечного тракта плода;
4. из почек плода;
5. из печени плода.

538. Какие вещества из плазмы матери проходят плацентарный барьер?

1. соединения, молекулы которых малы для диффузии;
2. соединения, молекулы которых не крепко связаны с белками крови;
3. соединения, в которых нет токсинов;
4. все соединения, молекулярный вес которых ниже 1000;
5. -все перечисленные.

539. Что не следует относить к факторам риска генетических нарушений у плода?

1. кровное родство родителей;
2. возраст родителей;
3. -этническая принадлежность родителей;
4. самопроизвольный аборт в анамнезе.

540. Все нижеуказанные факторы связаны с высоким риском перинатальной заболеваемости, кроме:

1. низкого социально-экономического положения матери;
2. возраста матери менее 20 лет;
3. курения;
4. злоупотребления алкоголем;
5. -занятий спортом.

541. При тератогенном воздействии на плод возможны нижеперечисленные последствия, кроме:

1. смерти плода;
2. пороков развития;
3. задержки роста плода;
4. -рождения дизиготной двойни.

542. Что из перечисленного не оказывает тератогенного действия на плод:

1. ионизирующая радиация;
2. дефицит фолиевой кислоты;
3. токсоплазмоз;
4. -введение ампициллина во время беременности;

5. -прием во время беременности дексаметазона.

543. Курение во время беременности сопровождается всеми перечисленными эффектами, кроме:

1. функциональной инактивации гемоглобина угарным газом;
2. рождения ребенка с малой массой тела;
3. -повышения содержания кислорода в крови матери;
4. ухудшения кровоснабжения плаценты;
5. внутриутробной задержки роста плода.

544. Для оценки состояния плода применяется:

1. аускультация;
2. кардиотокография;
3. УЗИ;
4. амниоскопия;
5. -все перечисленное.

545. Наиболее информативные методы определения функционального состояния плода при перенашивании беременности:

1. доплерометрия;
2. УЗИ;
3. амниоскопия;
4. определение эстриола в моче;
5. -все перечисленное.

546. При оценке КТГ плода имеют значение следующие данные:

1. базальная частота сердечных сокращений;
2. наличие и частота акцелераций;
3. наличие децелераций;
4. амплитуда мгновенных осцилляций;
5. -все перечисленное.

547. Акцелерация – это:

1. -учащение частоты сердечных сокращений плода (ЧСС);
2. урежение ЧСС плода;
3. отражение аритмии сердечной деятельности плода;
4. отражение внутриутробной задержки роста плода;
5. ничего из перечисленного.

548. Децелерация – это:

1. учащение сердечных сокращений плода;
2. -урежение сердечных сокращений плода;
3. отражение бодрствования плода;
4. отражение глубокого сна плода;
5. ничего из перечисленного.

549. Основными функциями плаценты являются:

1. дыхательная;
2. питательная;
3. выделительная;
4. гормональная;
5. -все перечисленные.

550. Становление фетоплацентарной системы, как правило, заканчивается:

1. -к 16 неделе беременности;
2. к 20 неделе беременности;
3. к 24 неделе беременности;
4. к 28 неделе беременности;
5. к 32 неделе беременности.