

ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ПО АКУШЕРСТВУ 4 МПФ 2020г

1. 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.**

2. 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.

3. К наружным половым органам относятся:

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

4. К внутренним половым органам относятся:

1. **-матка;**
2. **-маточные трубы;**
3. **-яичники;**
4. **-влагалище.**

5. Преимущественный ход мышечных волокон в теле матки:

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

6. 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.**

7. 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;

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

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

9.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.

10.Из каких костей состоит тазовая кость:

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

11.Кости таза соединены между собой посредством:

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

12.Какие отделы имеют малый таз:

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

13.Перечислите роднички черепа плода:

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

14.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.

15.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.

16.Как определяется большой 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.**

17.Как определяется средний 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.

18.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.**

19.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.**

20.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.

21. 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.**

22. 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.

23. 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;**

24. Ранняя диагностика беременности предполагает:

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

25. 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.

26. 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.

27.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.

28.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.

29.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.

30.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.**

31.Правильным положением плода считается:

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

32.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.

33.Головное предлежание плода при физиологических родах:

1. переднеголовное;
- 2. -затылочное;**
4. лобное;

5. лицевое.

34. 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.

35. 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.

36. При первой позиции спинка плода обращена:

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

37. При второй позиции спинка плода обращена:

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

38. Позиция плода при поперечном положении определяется по расположению:

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

39. Первым приемом наружного акушерского исследования определяется:

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

40. Вторым приемом наружного акушерского исследования определяется:

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

41. Третьим приемом наружного акушерского исследования определяется:

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

42. 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.**

43. 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.

44. 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;**

45. 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.

46. 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.

47. Диагональная конъюгата может быть определена:

1. по наружной конъюгате;
2. по высоте лобкового симфиза;
3. по боковой конъюгате;
4. **-при влагалищном исследовании.**

48. 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.

49. Диагональная конъюгата равна:

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

50. 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.

51. Истинная конъюгата равна:

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

52. 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.

53. 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.

54.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.**

55.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.**

56.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.**

57.Перечислите периоды родов:

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

58.Своевременные роды при сроке гестации:

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

59.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.**

60.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.

61.Признаки отделения плаценты от стенок матки:

1. признак Малиновского;
2. -признак Альфельда;
3. -признак Шредера;
4. признак Герасимовича;
5. -признак Кюстнера-Чукалова.

62.Признаки для определения зрелости шейки матки:

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

63.В течение родов разделяют:

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

64.І период родов:

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

65.ІІ период родов:

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

66.ІІІ период родов:

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

67.Для начала родового акта не характерны:

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.

68. Что из ниже перечисленного 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.

69. 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.

70. 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.

71. 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.

72. 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.

73. 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.

74. 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.

75.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.

76.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;**
- 5. -выделение из сосков молозива;**
6. наличие трещин в сосках.

77.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.

78.К видам тазового предлежания относятся:

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

79.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.

80.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.**

81. Возникновению клинически узкого таза способствует:

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

82. 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.**

83. 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.**

84. Для слабости родовой деятельности характерно:

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

85. 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.

86. Дiskoординированная родовая деятельность характеризуется:

1. нерегулярными схватками;
2. различной интенсивностью схваток;

3. болезненными схватками;
4. плохой динамикой раскрытия шейки матки;
- 5. -все перечисленное верно.**

87.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.

88.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;**
5. влагалищное кесарево сечение.

89.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.

90.Причиной разрыва матки в родах может быть:

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

91.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.**

92.К кровотечению в раннем послеродовом периоде предрасполагает:

1. слабость родовой деятельности;
2. многоводие;
3. многоплодие;
4. крупный плод;

5. -все перечисленное.

93.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.**

94.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.**

95.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.

96.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.**

97.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.

98.Предлежанию плаценты способствуют:

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

99.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.

100.Лохии – это:

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

101.Инволюция матки замедляется:

1. при анемии;
2. при преэклампсии;
3. при сепсисе;
- 4. -все перечисленное верно.**

102.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 выше.**

103.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.

104.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.

105.Относится ли мастит к послеродовым инфекциям?

- 1. -да;**
2. нет.

106.Факторами, предрасполагающими к эклампсии, являются:

1. заболевания почек;
2. многоплодная беременность;
3. эндокринная патология;
4. гипертоническая болезнь;
- 5. -все перечисленное верно.**

107.Фактором, не предрасполагающим к преэклампсии, является:

- 1. -аномалии развития плода;**
2. заболевания почек;
3. многоплодная беременность;
4. эндокринная патология;
5. гипертоническая болезнь.

108.Какие признаки характерны для ранних нарушений адаптации к беременности?

- 1. -слинотечение;**
- 2. -потеря веса тела;**
- 3. -боли в подложечной области;**
4. скрытые отеки;
- 5. -обезвоживание;**
- 6. -сухость кожи.**

109.В лечении ранних нарушений адаптации к беременности не используют:

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

110.Критерием тяжести преэклампсии является:

1. длительность заболевания;
2. наличие сопутствующих соматических заболеваний;
3. неэффективность проводимой терапии;
4. синдром задержки развития плода;
- 5. -все перечисленное верно.**

111.Наиболее грозным симптомом преэклампсии является:

1. альбуминурия 1 г/л;
2. значительная прибавка в весе;
- 3. -боли в эпигастральной области;**

4. высокое артериальное давление;
5. повышенная возбудимость.

112. При тяжелых формах 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.**

113. Инфузионная терапия при тяжелых формах 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.**

114. Инфузионная терапия при тяжелых формах преэклампсии не предполагает:

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

115. Комплексное лечение беременных с преэклампсией предусматривает:

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

116. Наиболее характерным для тяжелой формы преэклампсии является:

1. отеки голеней;
2. альбуминурия;
3. субъективные жалобы: головная боль, нарушение зрения;
4. **-все перечисленное.**

117. Самой частой причиной материнской смертности при эклампсии является:

1. почечно-печеночная недостаточность;
2. **-кровоизлияние в головной мозг;**
3. отек легких;
4. инфекция.

118.Оптимальным вариантом родоразрешения при тяжелых формах преэклампсии является:

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

119.Показаниями к срочному родоразрешению при тяжелых формах преэклампсии является:

- 1. -синдром задержки развития плода;**
- 2. -длительное течение и неэффективность лечения;**
3. полиурия;
- 4. -головная боль;**
- 5. -высокое АД.**

120.Патогенетическая терапия при преэклампсии включает борьбу с:

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

121.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.**

122.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.**

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

- 1. -первичная плацентарная недостаточность;**
2. рвота беременных;

3. гипертония беременных;
4. все перечисленное.

124. Наиболее значимыми причинами развития плацентарной недостаточности является все, кроме:

- 1.- рвота беременных;**
2. преэклампсии;
3. преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты;
- 4 воспалительных заболеваний гениталий;
5. артериальной гипертензии.

125. Для оценки состояния плода применяется:

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

126. При оценке КТГ плода имеют значение следующие данные:

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

127. 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.

128. 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.

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

1. да;
- 2. -нет.**

130. 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.

131. Наименьшая масса тела жизнеспособного плода составляет:

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

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

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

133. Оценка состояния новорожденного не включает:

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

134. 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

135. Для определения переношенности 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.

136. Основными признаками «перезрелости» плода являются:

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

137.Для определения перенашивания беременности не информативно:

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

138.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.**

139.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.**

140.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.**

141.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.

142.Какие функции выполняет амниотическая оболочка у млекопитающих?

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

143.Какой из приведенных ниже гормонов не синтезируется плацентой?

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

144.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.

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

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

146.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;**

147.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.

148.К вероятному признаку при диагностике беременности относят:

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

149.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.

150. 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.