**1. Причинами материнской смертности могут быть:**  
А. Гестоз;  
В. Экстрагенитальная патология;  
С. Кровотечения;  
Д. Инфекция;  
Е. Все верно.

**2. Увеличение матки во время беременности происходит за счет:**  
А. Гипертрофия мышечных волокон;  
В. Гиперплазия мышечных волокон и соединительной ткани;  
С. Растяжения стенок матки растущим плодом;  
Д. Правильно А и В;  
Е. Правильно все перечисленное выше.

**3. Физиологические изменения, происходящие в лонном сочленении вовремя беременности, приводят к расхождению лонных костей таза не более:**  
А. 0,1-0,3 см;  
В. 0,4-0,6 см;  
С. 0,7-0,9 см;  
Д. 1.0-1,2 см;  
Е. 1,3-1,5 см.

**4. Кровоснабжение наружных половых органов осуществляется за счет ветвей:**  
А. Бедренной артерии;  
В. Внутренней срамной артерии;  
С. Маточной артерии;  
Д. Нижней ректальной артерии;  
Е. Все перечисленное выше.

**5. Кровоснабжение влагалища происходит за счет:**  
А. Нижней пузырной артерии;  
В. Внутренней срамной артерии;  
С. Маточной артерии;  
Д. Средней ректальной артерии;  
Е. Все перечисленное выше.

**6. Анатомическими особенностями яичниковой артерии являются:**  
А. Анастомозирует с яичниковой ветвью маточной артерии;  
В. Может отходить от почечной артерии;  
С. Проходит между листками широкой маточной связки;  
Д. Отходит от передней поверхности брюшной аорты;  
Е. Отходит от внутренней подвздошной артерии.

**7. Топографическая анатомия маточной артерии имеет следующиехарактерные признаки:**  
А. Делится на восходящую и нисходящую ветви;  
В. На первом перекресте с мочеточником располагается позади мочеточника;  
С. Ее влагалищная ветвь идет по переднебоковой стенке влагалища с обеих сторон;  
Д. Ее влагалищная ветвь анастомозирует с почечной артерией;  
Е. Все перечисленное выше.

**8. Подвешивающий аппарат матки и ее придатков состоит из:**  
А. Широкой маточной связки;  
В. Собственной связки яичника;  
С. Круглой связки матки;  
Д. Воронко-тазо вой связки;  
Е. Все перечисленное выше.

**9. Кардинальные связки матки:**  
А. Удерживают матку от чрезмерных смешений;  
В. Являются местом прохождения лимфатических путей;  
С. Залегают в основании широких связок матки;  
Д. Прикрепляются к боковым стенкам малого таза;  
Е. Все перечисленное выше.

**10. К поддерживающему аппарату внутренних половых органовотносят:**  
А. Крестцово-маточные связки;  
В. Кардинальные связки;  
С. Пузырно-маточные связки;  
Д. Фасции малого таза;  
Е. Все перечисленное выше.

**11. Кровоснабжение яичника осуществляется:**  
А. Ветвями яичниковой артерии;  
В. Яичниковыми ветвями маточной артерии;  
С. Ветвями внутренней срамной артерии;  
Д. Ветвями бедренной артерии;  
Е. Все перечисленное выше.

**12. В связи с беременностью во влагалище происходят следующиефизиологические изменения:**  
А. Резко возрастает кровоснабжение стенок влагалища;  
В. Происходит разрыхление стенок влагалища;  
С. Происходит гиперплазия и гипертрофия мышечных элементов влагалища;  
Д. Реакция влагалищного содержимого становится щелочной;  
Е. Все перечисленное выше.

**13. Проницаемость медикаментозных препаратов через плацентарныйбарьер обусловлено:**  
А. Высокой растворимостью препарата в жирах;  
В. Высокой концентрацией в крови;  
С. Низкой молекулярной массой;  
Д. Все перечисленное выше;  
Е. Ничего из перечисленного выше.

**14. Взаимоотношение отдельных частей плода - это:**  
А. Положите;  
В. Позиция;  
С. Вид;  
Д. Членорасположение;  
Е. Вставление.

**15. Отношение спинки плода к передней или задней стенке матки:**  
А. Членорасположение;  
В. Вид;  
С. Предлежание;  
Д. Позиция;  
Е. Вставление.

**16. Отношение оси плода к оси матки:**  
А. Членорасположение;  
В. Положение;  
С. Позиция;  
Д. Вид;  
Е. Предлежание.

**17. Отношение спинки и головки плода к боковым стенкам матки:**  
А. Вид;  
В. Вставление;  
С. Членорасположение;  
Д. Предлежание;  
Е. Позиция.

**18. Отношение наиболее низко расположенной крупной части плода ковходу в малый таз:**  
А. Членорасположение;  
В. Положение;  
С. Вид;  
Д. Предлежание;  
Е. Позиция.

**19. Расположение сагиттального шва относительно симфиза и мыса вовходе в малый таз:**  
А. Членорасположение  
В. Предлежание  
С. Вставление  
Д. Положение  
Е. Позиция

**20. С помощью первого приема пальпации плода в матке определяют:**  
А. Предлежание плода;  
В. Положение, позицию плода;  
С. Отношение предлежащей части плода ко входу в малый таз;  
Д. Уровень стояния дна матки;  
Е. Отношение предлежащей части плода к плоскостям малого таза.

**21. С помощью второго приема пальпации плода в матке определяют:**  
А. Предлежащую часть;  
В. Отношение предлежащей части ко входу в малый таз;  
С. Массу плода;  
Д. Отношение предлежащей части к плоскостям малого таза;  
Е. Положение, позицию.

**22. С помощью третьего приема пальпации плода в матке определяют:**  
А. Массу плода;  
В. Положение, позицию;  
С. Предлежащую часть;  
Д. Предлежащую часть и ее отношение ко входу в малый таз;  
Е. Предлежащую часть плода и ее отношение к плоскостям малого таза.

**23. С помощью четвертого приема пальпации плода в маткеопределяют:**  
А. Отношение предлежащей части к плоскостям малого таза;  
В. Отношение предлежащей части ко входу в малый таз;  
С. Массу плода;  
Д. Положение, позицию плода;  
Е. Уровень стояния дна матки.

**24. Расстояние мещу мысом и нижним краем лобкового симфиза:**  
А. 11 см;  
В. 13,5 см;  
С. 20-21 см;  
Д. 12,5-13 см;  
Е. 25-26 см.

**25. Прямой размер плоскости широкой части полости малого таза:**  
А. 11 см;  
В. 12 см;  
С. 13 см;  
Д. 12,5 см;  
Е. 10,5 см.

**26. Расстояние между передне-верхними остями подвздошных костей**  
А. 24-25 см;  
В. 27-32 см;  
С. 30-32 см;  
Д. 25-26 см;  
Е. 23—24 см.

**27. Расстояние между гребнями подвздошных костей:**  
А. 11 см;  
В. 20-21 см;  
С. 25-26 см;  
Д. 30-32 см;  
Е. 28-29 см.

**28. Прямой размер плоскости узкой части полости малого таза:**  
А. 11 см;  
В. 12 см;  
С. 12,5 см;  
Д. 13 см;  
Е. 10,5 см.

**29. Расстояние между верхним краем лобкового симфиза инад крестцовой ямкой:**  
А. 11 см;  
В. 13,5 см;  
С. 20-21 см;  
Д. 30-32 см;  
Е. 25-26 см.

**30. Правый косой размер плоскости входа в малый таз:**  
А. 11 см;  
В. 12 см;  
С. 13 см;  
Д. 11,5 см;  
Е. 10,5 см.

**31. Поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза:**  
А. 11 см;  
В. 12 см;  
С. 13 см;  
Д. 12,5 см;  
Е. 10,5 см.

**32. Диагональная конъюгата:**  
А. 20-21 см;  
В. 13,5 см;  
С. 11 см;  
Д. 9,5 см;  
Е. 12,5-13 см.

**33. Какой из размеров таза равен 20-21 см:**  
А. Истинная конъюгата;  
В. Диагональная конъюгата;  
С. Наружная конъюгата;  
Д. Боковая конъюгата;  
Е. Косая конъюгата.

**34. Левый косой размер плоскости входа в малый таз:**  
А. 11 см;  
В. 12 см;  
С. 13 см;  
Д. 11,5 см;  
Е. 10,5 см.

**35. Истинная конъюгата:**  
А. 9,5 см;  
В. 10,5 см;  
С. 11 см;  
Д. 12 см;  
Е. 13 см.

**36. Укажите нормальные размеры большого таза:**  
А. 22-25-29-18-9 см;  
В. 25-28-31-20-11 см;  
С. 27-27-32-18-9 см;  
Д. 23-25-28-17-8 см;  
Е. 25-25-28-20-11 см.

**37. Расстояние между большими вертелами бедренных костей:**  
А. 31-32 см;  
В. 28-29 см;  
С. 20—21 см;  
Д. 23-25 см;  
Е. 26-27 см.

**38. Прямой размер плоскости выхода малого таза:**  
А. 11 см;  
В. 9,5-11,5 см;  
С. 12 см;  
Д. 12,5 см;  
Е. 10,5 см.

**39. Поперечный размер плоскости широкой части полости малого таза:**  
А. 11 см;  
В. 12 см;  
С. 13 см;  
Д. 12,5 см;  
Е. 10,5 см.

**40. Поперечный размер плоскости выхода малого таза:**  
А. 11 см;  
В. 11,5 см;  
С. 12 см;  
Д. 12,5 см;  
Е. 10,5 см.

**41. Правый косой размер плоскости входа малого таза - это расстояниемежду:**  
А. Верхним краем лобкового симфиза и мысом;  
В. Левым крестцово-подвздошным сочленением и правым лобковым бугорком;  
С. Наиболее отдаленными точками безымянных линий;  
Д. Правым крестцово-подвздошным сочленением и левым лобковымбугорком;  
Е. Дном вертлужных впадин.

**42. Предлежит головка плода, спинка обращена кзади — это:**  
А. Головное предлежание, передний вид;  
В. Первая позиция, задний вид;  
С. Головное предлежание, задний вид;  
Д. Головное предлежание, 1-я позиция, задний вид;  
Е. Головное предлежание, 2-я позиция.

**43. Затылочное предлежание, передний вид:**  
А. Сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева;  
В. Сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа;  
С. Сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок кпереди;  
Д. Сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок кзади; Е. Сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кзади.

**44. Затылочное предлежание, задний вид:**  
А. Сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева;  
В. Сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа;  
С. Сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди;  
Д. Сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кзади;  
Е. Сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кзади.

**45. Затылочное предлежание, 1-я позиция:**  
А. Сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева;  
В. Сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа;  
С. Сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди;  
Д. Сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кзади;  
Е. Сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кзади.

**46. Затылочное предлежание, 2-я позиция:**  
А. Сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева;  
В. Сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа;  
С. Сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди;  
Д. Сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кзади;  
Е. Сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кпереди.

**47. Затылочное предлежание, 1-я позиция, задний вид:**  
А. Сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади;  
В. Сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок слева кзади;  
С. Сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди;  
Д. Сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок справа кпереди;  
Е. Сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кпереди, малый родничок слева.

**48. Затылочное предлежание, 2-я позиция, передний вид:**  
А. Сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади;  
В. Сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок слева кзади;  
С. Сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди;  
Д. Сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок справа кпереди;  
Е. Сагиттальный шов в поперечном размере.

**49. Затылочное предлежание, 2-я позиция, задний вид:**  
А. Сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади;  
В. Сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок слева кзади;  
С. Сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди;  
Д. Сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок справа кпереди;  
Е. Сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа.

**50. Сагиттальный шов в прямом размере, спинка плода обращенакпереди:**  
А. Первая позиция, передний вид;  
В. Головное предлежание, передний вид;  
С. Вторая позиция, передний вид;  
Д. Головное предлежание, задний вид;  
Е. Вторая позиция, задний вид.

**51. Сагиттальный шов в поперечном размере входа, отклонен кпереди,спинка плода обращена влево:**  
А. Первая позиция, передний вид;  
В. Первая позиция, задний асинклитизм;  
С. Вторая позиция, задний вид;  
Д. Вторая позиция, передний асинклитизм;  
Е. Головное предлежание, 2-я позиция.

**52. Сагиттальный шов в прямом размере, спинка плода обращена кзади:**  
А. Первая позиция, передний вид;  
В. Головное предлежание, передний вид;  
С. Вторая позиция, задний вид;  
Д. Головное предлежание, задний вид;  
Е. Головное предлежание, 1-я позиция.

**53. Предлежат ягодицы плода, спинка обращена кпереди - это:**  
А. Первая позиция, передний вид;  
В. Тазовое предлежание, передний вид;  
С. Первая позиция, задний вид;  
Д. Тазовое предлежание, 1-я позиция;  
Е. Тазовое предлежание, 2-я позиция.

**54. Предлежат ягодицы, спинка плода обращена вправо - это:**  
А. Тазовое предлежание, 2-я позиция;  
В. Тазовое предлежание, 1-я позиция, передний вид;  
С. Тазовое предлежание, 1-я позиция, задний вид;  
Д. Тазовое предлежание, 2-я позиция, передний вид;  
Е. Тазовое предлежание, 2-я позиция, задний вид.

**55. Предлежат ягодицы, спинка плода обращена влево - это:**  
А. Первая позиция, задний вид;  
В. Тазовое предлежание, 1-я позиция;  
С. Тазовое предлежание, передний вид;  
Д. Первая позиция, передний вид;  
Е. Тазовое предлежание, задний вид.

**56. Тазовое предлежание, I-я позиция, передний вид:**  
А. Межвертелъная линия в поперечном размере, крестец кпереди;  
В. Межвертелъная линия в левом косом размере, крестец слева кпереди;  
С. Межвертелъная линия в правом косом размере, крестец справа кзади;  
Д. Межвертелъная линия в правом косом размере, крестец справа кпереди;  
Е. Межвертелъная линия в левом косом размере, крестец слева кзади.

**57. Тазовое предлежание, 1-я позиция, задний вид:**  
А. Межвертелъная линия в поперечном размере, крестец справа;  
В. Межвертелъная линия в правом косом размере, крестец слева кзади;  
С. Межвертелъная линия в левом косом размере, крестец слева кзади;  
Д. Межвертелъная линия в правом косом размере, крестец слевакпереди;  
Е. Межвертельная линия в левом косом размере, крестец слева кпереди.

**58. Прямой размер головки плода:**  
А. 9,5 см;  
В. 10,5 см;  
С. 11 см;  
Д. 12 см;  
Е. 13,5 см.

**59. Большой косой размер головки плода:**  
А. 9,5 см;  
В. 10,5 см;  
С. 11 см;  
Д. 12 см;  
Е. 13,5 см.

**60. Бипариетальный размер головки плода:**  
А. 9,5 см;  
В. 10,5 см;  
С. 11 см;  
Д. 12 см;  
Е. 13,5 см.

**61. Поперечный размер плечиков плода:**  
А. 8,5 см;  
В. 9,5 см;  
С. 10,5 см;  
Д. 11 см;  
Е. 12 см.

**62. Малый косой размер головки плода:**  
А. 9,5 см;  
В. 10,5 см;  
С. 11 см;  
Д. 12 см;  
Е. 13,5 см.

**63. Средний косой размер головки плода:**  
А. 9,5 см;  
В. 10,5 см;  
С. 11 см;  
Д. 12 см;  
Е. 13,5 см.

**64. Малый поперечный размер головки плода:**  
А. 9,5 см;  
В. 11 см;  
С. 12 см;  
Д. 13,5 см;  
Е. 8,0 см.

**65. Расстояние между передним углом большого родничка головкиплода и подзатылочной ямкой - это:**  
А. Прямой размер;  
В. Вертикальный размер;  
С. Малый косой размер;  
Д. Средний косой размер;  
Е. Большой поперечный размер.

**66. Расстояние между границей волосистой части лба головки плода иподзатылочной ямкой—это:**  
А. Малый косой размер;  
В. Средний косой размер;  
С. Большой косой размер;  
Д. Прямой размер;  
Е. Вертикальный размер.

**67. Расстояние между подбородком и затылочным бугром головки плода-это:**  
А. Прямой размер;  
В. Вертикальный размер;  
С. Малый косой размер;  
Д. Средний косой размер;  
Е. Большой косой размер.

**68. Большой поперечный размер головки плода - это расстояние между:**  
А. Границей волосистой части лба и затылочным бугром;  
В. Наиболее отдаленными точками венечного шва;  
С. Теменными буграми;  
Д. Передним углом большого родничка и подзатылочной ямкой;  
Е. Переносьем и затылочным бугром.

**69. Вертикальный размер головки плода - это расстояние между:**  
А. Переносьем и затылочным бугром;  
В. Серединой большого родничка и подъязычной костью;  
С. Передним углом большого родничка и подзатылочной ямкой;  
Д. Теменными буграми;  
Е. Затылочным бугром и подбородком.

**70. Прямой размер головки плода - это расстояние между:**  
А. Переносьем и затылочным бугром;  
В. Затылочным бугром и подбородком;  
С. Передним углом большого родничка и подзатылочной ямкой;  
Д. Границей волосистой части лба и подзатылочной ямкой;  
Е. Серединой большого родничка и подъязычной костью.

**71. Расстояние от переносья до затылочного бугра головки плода — это:**  
А. Малый косой размер;  
В. Средний косой размер;  
С. Большой косой размер;  
Д. Вертикальный размер;  
Е. Прямой размер.

**72. Расстояние от середины большого родничка головки плода доподъязычной кости—это:**  
А. Малый косой размер;  
В. Средний косой размер;  
С. Большой косой размер;  
Д. Вертикальный размер;  
Е. Прямой размер.

**73. Малый поперечный размер головки плода - это расстояние между:**  
А. Границей волосистой части лба и подзатылочной ямкой;  
В. Наиболее отдаленными точками венечного шва;  
С. Теменными буграми;  
Д. Передним углом большого родничка и подзатылочной ямкой;  
Е. Переносьем и затылочным бугром.

**74. Большой косой размер головки плода - это расстояние между:**  
А. Переносьем и затылочным бугром;  
В. Подбородком и затылочным бугром;  
С. Границей волосистой части лба и подзатылочной ямкой;  
Д. Теменными буфами;  
Е. Наиболее отдаленными точками венечного шва.

**75. Малый косой размер головки плода—это расстояние между:**  
А. Переносьем и затылочным бугром;  
В. Затылочным бугром и подбородком;  
С. Передним углом большого родничка и подзатылочной ямкой;  
Д. Границей волосистой части лба и подзатылочной ямкой;  
Е. Серединой большого родничка и подъязычной костью.

**76. К предположительным (сомнительным) признакам беременностиотносятся:**  
А. Изменение аппетита;  
В. Тошнота по утрам;  
С. Пигментация кожи лица;  
Д. Изменение обоняния;  
Е. Все перечисленное выше.

**77. К вероятным признакам беременности малого срока относится всеперечисленное ниже, кроме:**  
А. Отсутствие менструаций у здоровой молодой женщины;  
В. Изменение формы, величины и консистенции матки;  
С. Повышенный уровень хорионического гонадотропина в моче;  
Д. Увеличение молочных желез и выделение молозива;  
Е. Шевеление плода.

**78. Достоверным признаком беременности является:**  
А. Увеличение матки;  
В. Прекращение менструаций;  
С. Увеличение живота у женщины репродуктивного возраста;  
Д. Пальпация плода в матке;  
Е. Цианоз влагалищной части шейки матки.

**79. С какого отдела матки в норме начинается сокращение миометрия вродах:**  
А. Правого трубного угла;  
В. Левого трубного угла;  
С. Тела матки;  
Д. Нижнего сегмента;  
Е. Все отделы сокращаются одновременно.

**80. Назовите признаки начала первого периода родов:**  
А. Излитие околоплодных вод;  
В. Наличие “зрелой" шейки матки;  
С. Появление регулярных схваток;  
Д. Вставление головки во вход в малый таз;  
Е. Все перечисленное выше.

**81. Средняя продолжительность первого периода родов у первородящихсоставляет:**  
А. 3-5 ч;  
В. 6-9 ч;  
С. 10-14 ч;  
Д. 15-18 ч;  
Е. 19-24 ч.

**82. Средняя продолжительность первого периода родов уповторнородящих составляет:**  
А. 3-4 ч;  
В. 5-7 ч;  
С. 8-12 ч;  
Д. 13-18 ч;  
Е. 19-24 ч.

**83. Средняя продолжительность второго периода родов у первородящих**  
А. 0,5 ч;  
В. 0,5-1 ч;  
С. 1,5-2 ч;  
Д. 2-3 ч;  
Е. более 3 ч.

**84. Критерием окончания первого периода родов является:**  
А. Опускание предлежащей части плода в полость малого таза;  
В. Полное раскрытие маточного зева;  
С. Начало потуг;  
Д. Излитие околоплодных вод;  
Е. Врезывание и прорезывание предлежащей части плода.

**85. Начало первого периода родов характеризуется:**  
А. Излитием околоплодных вод;  
В. Установлением регулярной родовой деятельности;  
С. Отхождением слизистой пробки;  
Д. Появлением первых схваток;  
Е. Сглаживанием шейки матки.

**86. Главным критерием для оценки эффективности родовойдеятельности в первом периоде родов является:**  
А. Интенсивность схваток;  
В. Продолжительность схваток;  
С. Динамика раскрытия шейки матки;  
Д. Своевременное излитие околоплодных вод;  
Е. Нарастание силы, частоты и продолжительности схваток на протяжении родов.

**87. Как часто необходимо выслушивать сердцебиение плода во второмпериоде:**  
А. С интервалом 5 минут;  
В. С интервалом 10 минут;  
С. После каждой потуги;  
Д. С интервалом 30 мин;  
Е. Только вначале второго периода.

**88. Оценка состояния новорожденного по шкале Ашар производится:**  
А. На 1-й минуте жизни;  
В. На 3-й минуте жизни;  
С. На 5-й минуте жизни;  
Д. На 7-й минуте жизни;  
Е. Через 2 часа после родов.

**89. Второй период родов это:**  
А. Период от начала потуг до рождения плода;  
В. Период от полного открытия маточного зева до рождения плода;  
С. Период от полного открытия маточного зева до прорезывания головки плода;  
Д. Период от полного открытия маточного зева до появления признаков отделения плаценты;  
Е. Период от начала потуг до рождения последа.

**90. Средняя продолжительность второго периода родов у повторнородящих:**  
А. 0,5 ч;  
В. 0,5-1 ч;  
С. 1-1,5 ч;  
Д. 1,5-2 ч;  
Е. 2-3 ч.

**91. Назовите признаки начала второго периода родов:**  
А. Появление потуг;  
В. Излитие околоплодных вод;  
С. Полное открытие маточного зева;  
Д. Врезывание головки плода;  
Е. Все перечисленное выше.

**92. Влагалищное исследование в родах производят с целью:**  
А. Определения целости плодного пузыря;  
В. Определения степени раскрытия шейки матки;  
С. Определения особенностей вставления головки плода;  
Д. Оценки размеров и состояния костного таза;  
Е. Всего перечисленного выше.

**93. При ведении родов не следует допускать удлинения безводногопромежутка более:**  
А. 6 ч;  
В. 8 ч;  
С. 12 ч;  
Д. 16 ч;  
Е. 20 ч.

**94. Влагалищное исследование в родах производят во всехперечисленных ниже случаях, кроме:**  
А. Поступления роженицы в стационар;  
В. При излитии околоплодных вод;  
С. Через каждые 3 ч;  
Д. Перед выполнением влагалищной родоразрешающей операции;  
Е. При появлении кровянистых выделений из половых путей;  
F. При острой гипоксии плода.

**95. Для обезболивания родов используют:**  
А. Наркотические анальгетики;  
В. Ненаркотические анальгетики;  
С. Перидуральную анестезию;  
Д. Все перечисленные выше методы;  
Е. Ни один из перечисленных выше методов.

**96. На каком этапе родов наиболее целесообразно обезболивание спомощью наркотических анальгетиков:**  
А. В латентную фазу,  
В. В активную фазу;  
С. В фазу замедления;  
Д. С появлением первых схваток;  
Е. С начала потужной деятельности.

**97. Показанием к проведению влагалищного исследования являются всеперечисленные ниже клинические ситуации, кроме:**  
А. Излитие околоплодных вод;  
В. Появления кровянистых выделений из половых путей;  
С. Изменения сердцебиения плода;  
Д. Хронической фетоплацентарной недостаточности;  
Е. Выпадения петель пуповины.

**98. Для обезболивания в первом периоде родов применяются всеперечисленные препараты, кроме:**  
А. Ингаляционных анестетиков;  
В. Наркотических;  
С. Окситотических;  
Д. Анальгетиков;  
Е. Спазмолитиков.

**99. Показанием для назначения обезболивающих препаратов в первомпериоде родов является:**  
А. Раскрытие шейки матки до 4 см;  
В. Слабость родовой деятельности;  
С. Дискоординация родовой деятельности;  
Д. Отсутствие плодного пузыря;  
Е. Ничего из перечисленного выше.

**100. Излитие околоплодных вод при раскрытии маточного зева 2—3 см считается:**  
А. Преждевременным;  
В. Своевременным;  
С. Запоздалым;  
Д. Ранним.

**101. Первый момент механизма родов при переднем виде затылочного предлежания:**  
А. Сгибание головки;  
В. Разгибание головки;  
С. Опускание головки;  
Д. Максимальное сгибание головки;  
Е. Внутренний поворот головки.

**102. Второй момект механизма родов при переднем виде затылочного предлежания:**  
А. Сгибание головки;  
В. Опускание головки в полость малого таза с образованием физиологического асинклитизма;  
С. Разгибание головки;  
Д. Внутренний поворот головки затылком кпереди;  
Е. Внутренний поворот головки затылком кзади.

**103. В каком размере устанавливается на тазовом дне сагиттальный шов после завершения внутреннего поворота головки:**  
А. Правом косом;  
В. Поперечном;  
С. Прямом;  
Д. Прямом или поперечном;  
Е. Левом косом.

**104. В каком размере вступает головка плода во вход в малый таз при переднем виде затылочного предлежания:**  
А. Прямом;  
В. Правом косом;  
С. Поперечном;  
Д. Левом косом;  
Е. Любом из выше перечисленном.

**105. Каким размером прорезывается головка плода при заднем виде затылочного предлежания:**  
А. Прямым;  
В. Малым косым;  
С. Средним косым;  
Д. Большим косым;  
Е. Вертикальным.

**106. В каком размере располагается сагиттальный шов в узкой части полости малого таза при переднем виде затылочного предлежания:**  
А. Прямом размере;  
В. Правом косом;  
С. Левом косом;  
Д. Косом, близко к прямому;  
Е. Поперечном.

**107. Точкой вращения головки плода при заднем виде затылочного предлежания является:**  
А. Затылочный бугор;  
В. Граница волосистой части лба и подзатылочная ямка;  
С. Подзатылочная ямка;  
Д. Затылочный бугор и переносье;  
Е. Граница волосистой части лба.

**108. В какой части полости малого таза головка заканчивает внутренний поворот:**  
А. Широкой;  
В. Узкой;  
С. На тазовом дне;  
Д. В полости таза;  
Е. При переходе из широкой части полости малого таза в узкую.

**109. В каком размере располагается сагиттальный шов при опускании головки в широкую часть полости малого таза при нормальном механизме родов:**  
А. Правом косом;  
В. Поперечном;  
С. Состоянии физиологического асинклитизма;  
Д. Левом косом;  
Е. Все перечисленное выше верно.

**110. Проводной точкой при переднеголовном предлежании является:**  
А. Лоб;  
В. Переносье;  
С. Нос;  
Д. Большой родничок;  
Е. Затылок.

**111. Проводной точкой при переднем виде затылочного предлежания является:**  
А. Большой родничок;  
В. Малый родничок;  
С. Условно большой родничок;  
Д. Середина расстояния между большим и малым родничками;  
Е. Затылок.

**112. Какое движение совершает головка плода при рождении в переднеголовном предлежании:**  
А. Врезывание;  
В. Сгибание;  
С. Дополнительное сгибание, разгибание;  
Д. Разгибание;  
Е. Прорезывание.

**113. Каким размером прорезывается головка при переднем виде затылочного предлежания:**  
А. Вертикальным;  
В. Средним косым;  
С. Малым косым;  
Д. Бипариетальным;  
Е. Прямым.

**114. Какое движение совершает головка плода при прорезывании в заднем виде затылочного предлежания:**  
А. Сгибание;  
В. Разгибание;  
С. Внутренний поворот;  
Д. Сгибание, разгибание;  
Е. Опускание.

**115. Каким размером вступает головка плода во вход в малый таз при лицевом предлежании:**  
А. Малым косым;  
В. Средним косым;  
С. Большим косым;  
Д. Вертикальным;  
Е. Прямым.

**116. В каком размере плоскости выхода малого таза прорезывается плечевой пояс плода:**  
А. Прямом;  
В. Правом косом;  
С. Поперечном;  
Д. Прямом и поперечном;  
Е. Левом косом.

**117. В каком размере устанавливается на тазовом дне сагиттальный шов при переднем виде затылочного предлежания:**  
А. В прямом, затылком кпереди;  
В. Поперечном;  
С. В правом косом;  
Д. В прямом, затылком кзади;  
Е. В левом косом.

**118. Какие опознавательные точки таза не пальпируются при расположении головки плода в узкой части полости малого таза:**  
А. Нижняя треть лобкового симфиза;  
В. Нижняя треть крестца;  
С. Седалищные бугры;  
Д. Копчик;  
Е. Нижний край лобкового симфиза.

**119. Разрыв промежности II степени может привести к нарушению:**  
А. Смыкания половой щели;  
В. Мочеиспускания;  
С. Дефекации;  
Д. Все перечисленное выше верно.

**120. С целью родовозбуждения наиболее целесообразно применение:**  
А. Окситоцина;  
В. Простагландина Е2;  
С. Простагландина F2a;  
Д. Эстрогенов;  
Е. Метилэргометрина.

**121. Во втором периоде родов необходимо следить за:**  
А. Гемодинамическими показателями роженицы;  
В. Сердцебиением плода;  
С. Интенсивностью схваток и потуг;  
Д. Признаками отделения последа;Е Продвижением предлежащей части.

**122. Показаниями к рассечению промежности в родах является все, кроме:**  
А. Угрозы разрыва промежности;  
В. Преждевременных роды;  
С. Влагалищных родоразрешающих операций;  
Д. Запоздалого излитие околоплодных вод;  
Е. Высокой ригидной промежности;  
F. Острая гипоксия плода.

**123. Степень сужения таза определяется по:**  
А. Distancia spinarum  
В. Истинной конъюгате;  
С. Индексу Соловьева;  
Д. Горизонтальной диагонали ромба Михаэлиса;  
Е. Величине лонного угла.

**124. Таз считается анатомически узким при размере истинной конъюгаты менее:**  
А. 14 см;  
В. 13 см;  
С. 11см;  
Д. 10 см;  
Е. 8 см.

**125. Анатомически узким называется таз, у которого:**  
А. Все размеры уменьшены на 0,5 см;  
В. Все размеры уменьшены на 3-4 см;  
С. Хотя бы один размер уменьшен на 0,5-1 см;  
Д. Хотя бы один размер уменьшен на 1,5-2 см;  
Е. Хотя бы один размер уменьшен на 2-4 см.

**126. Истинную конъюгату можно определить по всем указанным ниже размерам, кроме:**  
А. Наружной конъюгаты;  
В. Индекса Соловьева;  
С. Диагональной конъюгаты;  
Д. Длииника ромба Михаэлиса;  
Е. Размера Франка.

**127. Укажите размеры истинной конъюгаты при II степени сужения таза:**  
А. 6,5 см и меньше;  
В. 7,5-6,6 см;  
С. 10-9,1 см;  
Д. 9-7,6 см;  
Е. 10-11 см.

**128. При следующих размерах 23-26-28-18 см таз следует отнести к:**  
А. Плоскорахитическому;  
В. Простому плоскому;  
С. Поперечносуженному;  
Д. Косому;  
Е. Общеравномерносуженному.

**129. При следующих размерах 26-28-30-18 см таз следует отнести к:**  
А. Плоскорахитическому;  
В. Простому плоскому;  
С. Поперечносуженному;  
Д. Косому,  
Е. Общеравномерносуженному.

**130. Для общеравномерносуженного таза характерно:**  
А. Правильная форма;  
В. Тонкие кости;  
С. Равномерное уменьшение всех размеров;  
Д. Острый подлобковый угол;  
Е. Все перечисленное выше.

**131. Какой форме сужения таза соответствуют его размеры (27-27-30-18):**  
А. Простому плоскому;  
В. Кососмещенному;  
С. Плоскорахитическому;  
Д. Общеравномерносуженному;  
Е. Общесуженному плоскому.

**132. Какой форме сужения таза соответствуют его размеры (25-28-31-18):**  
А. Простому плоскому;  
В. Плоскорахитическому;  
С. Общеравномерносуженному;  
Д. Общесуженному плоскому;  
Е. Ни одному из перечисленных выше.

**133. Особенности механизма родов при простом плоском тазе:**  
А. Разгибание головки плода во входе в малый таз;  
В. Вставление сагиттального шва в поперечном размере входа в малый таз;  
С. Асинклитическое вставление головки плода;  
Д. Низкое поперечное стояние саггитального шва;  
Е. Все перечисленное выше верно.

**134. Каким размером вступает головка плода во вход в малый таз при простом плоском тазе:**  
А. Малым косым;  
В. Средним косым;  
С. Большим косым;  
Д. Прямым;  
Е. Вертикальным.

**135. Какое движение совершает головка во входе в малый таз при простом плоском тазе:**  
А. Разгибание;  
В. Сгибание;  
С. Опускание;  
Д. Максимальное разгибание;  
Е. Максимальное сгибание.

**136. Проводная точка на головке плода при плоскорахитическом тазе:**  
А. Малый родничок;  
В. Большой родничок;  
С. Условно большой родничок;  
Д. Переносье;  
Е. Лоб.

**137. Какой симптом является ведущим в диагностике клинически узкого таза:**  
А. Отсутствие поступательного движения головки плода во втором периоде родов при наличии хорошей родовой деятельности;  
В. Признак Вастена “вровень";  
С. Задержка мочеиспускания;  
Д. Отек шейки матки и наружных половых органов;  
Е. Отклонения от нормального механизма родов.

**138. Какие особенности головки плода способствуют возникновению клинически узкого таза:**  
А. Большие ее размеры;  
В. Неблагоприятные вставления;  
С. Плотные кости черепа;  
Д. Узкие швы и роднички.

**139. Простой плоский таз характеризуется:**  
А. Уплощением и деформацией крестца;  
В. Сужением только прямого размера входа в таз;  
С. Нормальной формой крестца;  
Д. Сужением всех прямых размеров;  
Е. Сужением поперечного размера входа в малый таз.

**140. В прогнозе родов при анатомически узком тазе имеет значение:**  
А. Предполагаемые размеры плода;  
В. Степень сужения таза;  
С. Родовая деятельность;  
Д. Конфигурация головки;  
Е. Биомеханизм родов;  
F. Все перечисленное выше.

**141. К рвоте беременных относят все перечисленное выше, кроме:**  
А. Однократной утренней рвоты;  
В. Рвоты, повторяющейся до 3-4 раз в день;  
С. Многократной рвоты, сопровождающейся функциональными изменениями в организме;  
Д. Многократной рвоты, сопровождающейся дистрофическими изменениями в органах;  
Е. Многократной рвоты, не связанной с приемом пищи.

**142. Для какой степени тяжести рвоты беременных характерно отсутствие ацетона в моче:**  
А. Легкой;  
В. Средней;  
С. Тяжелой;  
Д. Появление ацетона в моче не характерно для рвоты беременных;  
Е. Наличие ацетона в моче не зависит от степени тяжести токсикоза.

**143. О тяжести токсикоза первой половины беременностисвидетельствуют все перечисленные ниже симптомы, кроме:**  
А. Уменьшения массы тела;  
В. Наличия ацетона в моче;  
С. Гипотонии;  
Д. Боли в эпигастрии;  
Е. Субфебрильной температуры.

**144. В состав инфузионной терапии, применяемой для лечения умеренной рвоты беременных, входят:**  
А. Растворы, содержащие электролиты и микроэлементы;  
В. Белковые препараты;  
С. Растворы, улучшающие микро циркуляцию;  
Д. Дезинтоксикационные препараты;  
Е. Все перечисленные выше инфузионные среды.

**145. Укажите показания к прерыванию беременности при раннем токсикозе:**  
А. Нарушение функций ЦНС (бред, эйфория, заторможенность);  
В. Нарастание степени тяжести на фоне интенсивной терапии;  
С. Выраженное нарушение функций почек;  
Д. Выраженная гипербилирубинемия, и гипопротеинэмия;  
Е. Все перечисленное выше.

**146. Редкими формами ранних токсикозов являются:**  
А. Тетания;  
В. Дерматоз;  
С. Бронхиальная астма;  
Д. Птиализм;  
Е. Острая желтая дистрофия печени;  
F. Все перечисленное выше.

**147. Критериями эффективности терапии раннего токсикоза являются:**  
А. Прекращение рвоты;  
В. Нормализация лабораторных показателей;  
С. Прибавка массы тела;  
Д. Восстановление аппетита.

**148. Назовите препараты, используемые для комплексного лечения раннего токсикоза:**  
А. Блокаторы дофаминовых рецепторов;  
В. М—холинолитики;  
С. Препараты, нормализующие обменные процессы;  
Д. Антигистаминные препараты;  
Е. Бета-адрено м и метики.

**149. Использование инфузионной терапии целесообразно при:**  
А. Умеренной рвоте;  
В. Птиализме;  
С. Чрезмерной рвоте;  
Д. Легкой рвоте.

**150. Дифференциальная диагностика рвоты беременных чаще всегопроводится с:**  
А. Заболеваниями желудочно-кишечного тракта;  
В. Пищевой токсико-инфекцией;  
С. Заболеваниями желчевыводящих путей и панкреатитом;  
Д. Гепатитами;  
Е. Аппендицитом.  
F. Co всем выше перечисленным.

**151. Основные задачи инфузионной терапии при раннем токсикозе заключаются в коррекции:**  
А. Гипохлоремии;  
В. Гиповолемии;  
С. Ацидоза;  
Д. Гипогликемии.

**152. Для чрезмерной рвоты беременных характерно:**  
А. Рвота до 20 раз в сутки;  
В. Прогрессирующая потеря массы тела;  
С. Выраженные симптомы интоксикации;  
Д. Птиализм.

**153. Для легкой рвоты характерно:**  
А. Потеря массы тела до 5% от исходной;  
В. Обильное слюнотечение;  
С. Рвота до 3-5 раз в сутки;  
Д. Положительная реакция мочи на ацетон;  
Е. Астенический синдром.

**154. Наиболее эффективными препаратами для лечения приступов рвоты беременных являются:**  
А. Блокаторы дофаминовых рецепторов;  
В. Антиоксиданты;  
С. Прямые антагонисты дофамина;  
Д. Препараты, нормализующие метаболизм;  
Е. Антигистаминные препараты;  
F. Витамины.

**155. Инфузионная терапия при раннем токсикозе используется с целью:**  
А. Коррекции гипохлоремии;  
В. Дезинтоксикации;  
С. Регидратации;  
Д. Парентерального питания.

**156. Лечение беременных с ранним токсикозом в стационаре показано при:**  
А. Умеренной рвоте;  
В. Легкой рвоте;  
С. Чрезмерной рвоте;  
Д. Однократной утренней рвоте;  
Е. Беременная должна быть госпитализирована в любом случае.

**157. Для умеренной рвоты характерно:**  
А. Прогрессирующая потеря массы тела до 2-3 кг в неделю;  
В. Рвота до 10 раз в сутки;  
С. Резко положительная реакция на ацетон;  
Д. Субфебрильная температура тела;  
Е. Все перечисленное выше.

**158. К гестозу относится:**  
А. Водянка беременных;  
В. Нефропатия;  
С. 11 реэклампсия;  
Д. Эклампсия;  
Е. Все перечисленное выше.

**159. Основу патогенеза гестоза составляет:**  
А. Генерализованный спазм сосудов;  
В. Нарушение микроциркуляции и относительная гиповолемия;  
С. Нарушение водно-электролитного обмена;  
Д. Нарушение маточно-плацентарного кровотока;  
Е. Хронический ДВС-синдром;  
F. Все перечисленное выше.

**160. К ранним признакам гестоза относят:**  
А. Патологическое и неравномерное увеличение массы тела во второй половине беременности;  
В. Асимметрия артериального давления;  
С. Никтурия;  
Д. Тромбоцитопения;  
Е. Все перечисленное выше.

**161. К группе высокого риска развития гестоза относятся все факторы, кроме:**  
А. Возраста от 18 до 30 лет;  
В. Экстрагенитальной патологии;  
С. Многоплодия;  
Д. Наличия гестоза в анамнезе;  
Е. Наследственности, отягощенной гипертензивным синдромом.

**162. Профилактику гестоза осуществляют с помощью:**  
А. Лекарственных растений (фитосборы);  
В. Дезагрегантов;  
С. Мембраностабилизаторов;  
Д. Антиоксидантов;  
Е. Всех перечисленных выше средств.

**163. Родоразрешение через естественные родовые пути допустимо при:**  
А. Нефропатии легкой и средней степени тяжести;  
В. Водянке беременных;  
С. Преэклампсии в случае наличия условий для немедленного извлечения плода;  
Д. Все перечисленное выше;  
Е. Все ответы неверны.

**164. Вопрос об акушерской тактике при интенсивной терапии тяжелых форм гестоза решают:**  
А. В течение нескольких часов;  
В. В течение 1 суток;  
С. В течение 3 суток;  
Д. В течение 7 суток;  
Е. Все ответы неверны.

**165. Стационарное лечение при гестозе средней тяжести проводится:**  
А. В течение 7 дней;  
В. В течение 14-20 дней;  
С. До получения эффекта;  
Д. В течение месяца;  
Е. Все перечисленное выше.

**166. Инфузионно—трансфузнонная терапия при гестозе применяется с целью:**  
А. Ликвидации гиповолемии;  
В. Увеличения гемато крита;  
С. Нормализации микроциркуляторных нарушений;  
Д. Борьбы с анемией;  
Е. Верно А и С.

**167. Магнезиальная терапия проводится под контролем:**  
А. Артериального давления;  
В. Частоты дыхания;  
С. Почасового диуреза;  
Д. Все перечисленное выше.

**168. Припадок эклампсии может развиться:**  
А. Во время беременности;  
В. Во время родов;  
С. В раннем послеродовом периоде;  
Д. В позднем послеродовом периоде;  
Е. В любом из перечисленных выше периодов.

**169. Преэклампсию от тяжелой формы нефропатии отличает:**  
А. Наличие общемозговой симптоматики;  
В. Нарастание отеков;  
С. Прогрессирующее повышение АД;  
Д. Прогрессирующая протеинурия на фоне проведения интенсивной терапии гестоза;  
Е. Олигурия.

**170. Укажите признаки, характерные для сочетанного гестоза:**  
А. Раннее начало;  
В. Длительное тяжелое течение;  
С. Возникновение ка фоне экстрагенитальной патологии;  
Д. Диссонанс симптомов, отсутствие достаточного эффекта от проводимой терапии;  
Е. Все перечисленное выше.

**171. Основными принципами терапии тяжелых форм гестоза являются все, кроме:**  
А. Создание лечебно-охранительного режима;  
В. Восстановление функции жизненно важных органов;  
С. Быстро и бережное родоразрешение;  
Д. Ранняя амниотомия;  
Е. Кровопускание.

**172. В случае развития эклампсии с целью экстренного родоразрешення при наличии условий используют все перечисленные ниже методы, кроме:**  
А. Акушерских щипцов;  
В. Вакуум-экстракции;  
С. Кесарева сечения;  
Д. Экстракции плода за тазовый конец;  
Е. Плодоразрушающих операций.

**173. В комплексной ннфузионной терапии гестоза используют все перечисленные ниже препараты, кроме:**  
А. Средне- и низкомолекулярных декстранов;  
В. Препаратов, улучшающих микроциркуляцию и реологические свойства крови;  
С. Антикоагулянтов прямого действия;  
Д. Спазмолитиков;  
Е. Токолитиков.

**174. Отсутствие эффекта от проводимой терапии гестоза проявляется:**  
А. Снижением диуреза;  
В. Стойкой артериальной гипертензией;  
С. Прогрессирующей протеинурией;  
Д. Нарушениями центральной и мозговой материнской гемодинамики;  
Е. Все перечисленное выше.

**175. В современных условиях терапия тяжелых форм гестоза включает все принципы Строганова, кроме:**  
А. Создания лечебно-охранительного режима;  
В. Восстановления жизненных функций организма;  
С. Быстрого и бережного родоразрешения;  
Д. Кровопускания.

**176. Тяжелыми осложнениями гестоза являются:**  
А. Преждевременная отслойка плаценты;  
В. Отслойка сетчатки;  
С. Антенатальная гибель плода;  
Д. Мозговая кома;  
Е. Кровоизлияния в головной мозг;  
F. Почечная недостаточность;  
G. Все перечисленное выше.

**177. Факторы, способствующие развитию анемии во время беременности:**  
А. Профессиональные вредности;  
В. Интервал между родами менее 3 лет;  
С. Гиперполименорея;  
Д. Многоплодие;  
Е. Все перечисленное выше.

**178. Во время беременности железо, поступающее с пищей:**  
А. Потребляется плодом;  
В. Используется при формировании плаценты;  
С. Откладывается в мышце матки;  
Д. Используется для выработки дополнительного гемоглобина;  
Е. Все перечисленное выше.

**179. Достоверный диагноз железодефицитной анемии во время беременности устанавливают на основании:**  
А. Жалоб беременной;  
В. Результатов лабораторных исследований;  
С. Появления сердечно-сосудистых нарушений;  
Д. Наличия трофических нарушений;  
Е. Нарушения внутриутробного роста плода.

**180. Железодефицнтная анемия во время беременности связана с:**  
А. Увеличением потребности организма в железе;  
В. Недостатком витаминов и железа в продуктах питания;  
С. Небольшими интервалами между родами;  
Д. Хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта;  
Е. Все перечисленное выше.

**181. Железодефицитная анемия у беременных приводит к следующим осложнениям:**  
А. Невынашивание;  
В. Гестоз;  
С. Слабость родовой деятельности;  
Д. Хроническая гипоксия плода;  
Е. Гипогалактия;  
F. Все перечисленное выше.

**182. В лечении железодефицитной анемии нецелесообразно использовать.**  
А. Гемостимулкн;  
В. Ферамид;  
С. Аскорбинат железа;  
Д. Витамин В12;  
Е. Ферроколь.

**183. Назовите наиболее частое осложнение беременности при сахарном диабете:**  
А. Многоводие;  
В. Гестоз;  
С. Досрочное прерывание беременности;  
Д. Пороки развития плода;  
Е. Крупные размеры плода.

**184. Возможность сохранения беременности при миопии зависит от всех перечисленных ниже факторов, кроме:**  
А. Состояния глазного дна;  
В. Степени близорукости;  
С. Доброкачественного или злокачественного течения близорукости;  
Д. Динамики изменения зрения в процессе наблюдения за беременной;  
Е. Возраста женщины.

**185. Для оценки состояния почек у беременных используют все, кроме:**  
А. Общий анализ мочи;  
В. Анализ мочи по Нечипоренко;  
С. Рентгенологическое исследование мочевыводящих путей;  
Д. Посев мочи;  
Е. Проба Реберга.

**186. Для постановки диагноза пиелонефрита у беременных проводятся все исследования, кроме:**  
А. Общий анализ мочи, крови;  
В. Анализ мочи по Нечипоренко;  
С. Посев мочи на определение вида возбудителя и его чувствительности к антибиотику;  
Д. Ангиография;  
Е. УЗИ почек и мочевыводящих путей.

**187. Функциональное состояние почек при хроническом пиелонефрите определяется по результатам:**  
А. Пробы Зимницкого;  
В. Количества мочевины в крови;  
С. Количества креатинина в крови;  
Д. Все перечисленное выше;  
Е. Ничего из перечисленного выше.

**188. Угрозу прерывания беременности следует дифференцировать от:**  
А. Мочекаменной болезни;  
В. Пиелонефрита;  
С. Аппендицита;  
Д. Панкреатита;  
Е. Холецистита;  
F. Все перечисленное выше.

**189. Беременность у женщин с гломерулонефритом противопоказана при:**  
А. Гйпертонической форме;  
В. Смешанной;  
С. Нефротической форме без почечной недостаточности;  
Д. Нефротической форме с почечной недостаточностью;  
Е. Беременность противопоказана при любой форме гломерулонефрита.

**190. К снижению содержания железа в организме беременных приводят:**  
А. Ранний токсикоз;  
В. Угроза невынашивания;  
С. Частые беременности и роды;  
Д. Многоплодная беременность;  
Е. Гесгоз.

**191. С какого срока беременности значительно возрастает потребность материнского организма в железе:**  
А. До 12-й недели;  
В. С 16-й по 20-ю неделю;  
С. С 12-й по 16-ю неделю;  
Д. С 20-й по 24-ю неделю;  
Е. С 24-й по 32-ю неделю.

**192. В группу риска развития гесгационного сахарного диабета можно отнести всех перечисленных ниже пациенток, кроме:**  
А. Беременных с глюкозурией;  
В. Имеющих в анамнезе роды крупным плодом;  
С. Беременных с гестозом;  
Д. Женщин с избыточной массой тела;  
Е. Пациенток, родители или близкие родственники которых больны сахарным диабетом.

**193. Показанием к кесареву сечению при сахарном диабете является:**  
А. Гигантский плод или тазовое предлежание;  
В. Лабильный диабет со склонностью к кетоацидозу;  
С. Прогрессирующая гипоксия плода;  
Д. Тяжелый гесгоз;  
Е. Все перечисленное выше.

**194. Основным условием вынашивания беременности при сахарном диабете является:**  
А. Полная компенсация сахарного диабета до и во время беременности;  
В. Соблюдение диеты, способствующей нормализации углеводного обмена;  
С. Тщательный контроль за состоянием плода;  
Д. Контроль за содержанием сахара в крови;  
Е. Все перечисленное выше верно.

**195. Желтуха, развивающаяся во время беременности, может быть связана с:**  
А. Тяжелой формой раннего и позднего токсикоза;  
В. Холестатическим гепатозом;  
С. Желчнокаменной болезнью;  
Д. Вирусным гепатитом;  
Е. Перечисленной выше патологией.

**196. Основным клиническим симптомом холестатического гепатоза А. является:**  
А. Потеря аппетита;  
В. Желтуха;  
С. Кожный зуд;  
Д. Диспепсические расстройства;  
Е. Боли в правом подреберье.

**197. Беременность при заболеваниях печени противопоказана или должна быть прервана при всех перечисленных ниже заболеваниях, кроме:**  
А. Портального цирроза;  
В. Холестатического гепатоза беременных;  
С. Острой жировой дистрофии печени;  
Д. Желчнокаменной болезни и частых приступов печеночной колики;  
Е. Печеночной недостаточности при гестозе.

**198. Методом выбора родоразрешения после апендэктомии при доношенной беременности является:**  
А. Кесарево сечение;  
В. Кесарево сечение с последующей надвлагалищной ампутацией матки;  
С. Кесарево сечение с последующей экстирпацией матки без придатков;  
Д. Кесарево сечение с последующей экстирпацией матки с маточными трубами;  
Е. Ведение родов через естественные родовые пути.

**199. Лечение гипертонической болезни у беременных проводят с использованием всех препаратов, кроме:**  
А. Антагонистов кальция;  
В. Спазмолитиков;  
С. Бета-адреноблокаторов;  
Д. Ганглиоблокаторов;  
Е. ингибиторов АПФ;  
F. Диуретиков.

**200. Затруднение венозного оттока из нижних конечностей у беременных обусловлено:**  
А. Сдавлением маткой подвздошных сосудов;  
В. Увеличением оттока крови из половых органов;  
С. Снижением тонуса венозной стенки;  
Д. Повышением внутрибрюшного давления;  
Е. Все перечисленное выше.

**201. Беременность противопоказана при:**  
А. Комбинированной недостаточности аортального и митрального клапанов;  
В. Бактериальном эндокардите, осложненном недостаточностью кровообращения;  
С. Многоклапанных протезах сердца;  
Д. Врожденных пороках «синего типа»;  
Е. Коарктации аорты;  
F. При всем перечисленном выше.

**202. Родоразрешение у беременных с прогрессирующей миопией высокой степени должно быть проведено:**  
А. Через естественные родовые пути с рассечением промежности;  
В. Через естественные родовые пути с ведением П периода родов в положении на боку;  
С. Через естественные родовые пути с наложением полостных акушерских щипцов;  
Д. Путем операции кесарева сечения;  
Е. Все перечисленное выше.

**203. Для диабетической фетопатии характерно:**  
А. Макросомия;  
В. Увеличение частоты пороков развития;  
С. Функциональная незрелость органов и систем;  
Д. Отклонение нормального течения периода новорожденное™;  
Е. Все перечисленное выше.

**204. Оптимальным методом диагностики атипичных н малосимптомных форм острого аппендицита в первой половине беременности является:**  
А. Лабораторное обследование (клинический и биохимический анализ крови);  
В. Пальпация живота;  
С. УЗ-исследование;  
Д. Лапароскопия;  
Е. Диагностическая лапаротомия.

**205. Тест на толерантность к глюкозе необходимо проводить беременным, у которых:**  
А. Оба родителя больны сахарным диабетом;  
В. Рождение детей с пороками развития;  
С. Рождение одного ребенка с массой более 4500г;  
Д. Повторное рождение детей массой более 4000г;  
Е. Выявлены признаки хронической гипоксии плода.

**206. Для выявления латентного дефицита железа необходимо определять:**  
А. Уровень ферритина в сыворотке крови;  
В. Насыщение трансферрина;  
С. Сывороточное железо;  
Д. Гематокрит;  
Е. Средний объем эритроцитов.

**207. Вирусы, оказывающие тератогенное воздействие при инфицировании в ранние сроки беременности:**  
А. Вирус краснухи;  
В. Цитомегаловирус;  
С. Вирус простого герпеса;  
Д. Вирус гепатита А;  
Е. Все перечисленное выше.

**208. К эхографическим маркерам внутриутробного инфицирования относят:**  
А. Увеличение толщины плаценты;  
В. Наличие гиперэхогенной взвеси в околоплодных водах;  
С. Наличие гиперэхогенных включений в плаценте;  
Д. Кальцинаты паренхиматозных органов плода;  
Е. Маловодие;  
F. Все перечисленное выше.

**209. Укажите клинические проявления внутриутробной Коксаки— вирусной инфекции при инфицировании в I триместре беременности:**  
А. Пороки развития желудочно-кишечного тракта;  
В. Пороки развития мочеполового тракта;  
С. Пороки развития ЦНС;  
Д. Дефекты роста зубов;  
Е. Все перечисленное выше.

**210. Укажите возможные пути антенатального инфицирования плода:**  
А. Трансплацентарный;  
В. Восходящий;  
С. Трансдецидуальный (трансмуральный);  
Д. Нисходящий;  
Е. Гематогенный;  
F. Все перечисленное выше.

**211. Клинические проявления внутриутробной инфекции зависят от:**  
А. Срока беременности, при котором произошло инфицирование;  
В. Вирулентности возбудителей;  
С. Пути инфицирования;  
Д. Вида возбудителя;  
Е. Уровня иммунологической реактивности организма;  
F. Всех перечисленных выше факторов.

**212. К классическим проявлением цитомегаловирусной болезни новорожденных относятся:**  
А. Гепатоспленомегалия;  
В. Тромбоцитопения;  
С. Пневмония;  
Д. Внутриутробная задержка роста;  
Е. Все перечисленное выше.

**213. Тератогенное действие при инфицировании в ранние сроки беременности оказывают:**  
А. Вирус краснухи;  
В. Цитомегаловирус;  
С. Вирус простого герпеса П типа;  
Д. Вирус ветряной оспы и опоясывающего лишая;  
Е. Все перечисленное выше.

**214. К прямым методам диагностики внутриутробной инфекции относятся все перечисленные ниже, кроме:**  
А. Исследования аспирата хориона;  
В. Исследования околоплодных вод;  
С. Исследования крови плода;  
Д. Исследования аспирата из глотки в момент рождения ребенка;  
Е. Идентификация возбудителя в отделяемом из шейхи матки и влагалища беременной.

**215. При искусственном аборте с целью обезболивания применяют чащевсего:**  
А. Ингаляционные анестетики;  
В. Внутривенное введение анестетика;  
С. Спинномозговая анестезия;  
Д. Эндотрахеальный наркоз;  
Е. Все перечисленное выше.

**216. При какой форме ДВС-синдрома показана гепаринотерапия?**  
А. Легкой;  
В. Локальной;  
С. Обратимой;  
Д. Хронической;  
Е. Компенсированной.

**217. Фетоплацентарной системой синтезируются следующие гормоны:**  
А. Хорионический гонадотропин;  
В. Эстриол;  
С. Плацентарный лактоген;  
Д. Прогестерон;  
Е. Все перечисленные выше.

**218. При каком сроке беременности регистрируется максимальная концентрация хорионического гонадотропина в крови:**  
А. 5-6 неделя;  
В. 8-10 неделя;  
С. 14-16 неделя;  
Д. 35-37 неделя;  
Е. Концентрация хорионического гонадотропина постоянна на протяжении всей беременности.

**219. Задачами первого скринингового ультразвукового исследования являются:**  
А. Уточнение срока беременности;  
В. Выявление многоплодной беременности;  
С. Определение грубых пороков развития плода;  
Д. Определение локализации хориона;  
Е. Все перечисленное выше.

**220. Основной целью проведения антенатальной кардиотокографии является:**  
А. Диагностика нарушении сердечного ритма плода;  
В. Выявление и определение степени тяжести гипоксии плода по частоте сердечных сокращений;  
С. Определение сократительной активности миометрия;  
Д. Оценка биофизического профиля плода;  
Е. Определение пороков развития сердца плода.

**221. Укажите основные параметры, оцениваемые при анализе кардиотокограмм:**  
А. Базальный ритм частоты сердечных сокращений;  
В. Вариабельность базального ритма;  
С. Наличие и частота акцелераций;  
Д. Наличие и характер децелераций;  
Е. Все перечисленное выше.

**222. При оценке КТГ плода имеют значение следующие данные:**  
А. Базальная частота сердечных сокращений;  
В. Наличие и частота акцелераций;  
С. Наличие децелераций;  
Д. Амплитуда мгновенных осцилляций;  
Е. Все перечисленное выше.

**223. Для проведения каких исследований производят амниоцентез:**  
А. Биохимического;  
В. Гормонального;  
С. Цитологического;  
Д. Генетического;  
Е. Все перечисленное выше верно.

**224. Осложнениями амниоцентеза может быть все перечисленное ниже, кроме:**  
А. Преждевременных родов;  
В. Ранения сосудов плода и пуповины;  
С. Хориоамнионита;  
Д. Формирования врожденных пороков развития плода;  
Е. Преждевременного излитие околоплодных вод.

**225. Кордоцентез - это:**  
А. Взятие пробы крови из маточных артерий беременной;  
В. Взятие пробы крови из вены пуповины плода;  
С. Получение околоплодных вод трансвагинальным доступом;  
Д. Получение аспирата ворсин хориона;  
Е. Ничего из перечисленного выше.

**226. Курение при беременности является:**  
А. Фактором риска развития хронической внутриутробной гипоксии плода;  
В. Фактором риска рождения ребенка с пониженной массой тела;  
С. Фактором риска развития врожденных пороков у плода;  
Д. Фактором риска развития внутриутробного инфицирования;  
Е. По критериям ВОЗ не является фактором риска развития перинатальной патологии.

**227. Классическими проявлениями фетального алкогольного синдрома являются:**  
А. Синдром задержки роста плода;  
В. Врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта;  
С. Задержка умственного и психомоторного развития;  
Д. Гемолитическая болезнь плода;  
Е. Макросомия.

**228. Назовите виды возможного повреждающего действия лекарственных веществ на развитие плода:**  
А. Гонадопатии;  
В. Бластопатии;  
С. Фетопатии;  
Д. Эмбриопатии;  
Е. Все перечисленное выше.

**229. Во второй половине беременности можно применять все перечисленные ниже антибактериальные препараты, кроме:**  
А. Эритромицина;  
В. Левомицетина;  
С. Фурагина;  
Д. Оксациллина;  
Е. Цефазолина.

**230. Алкогольный синдром плода включает в себя все перечисленное ниже, кроме:**  
А. Дефектов развития центральной нервной системы;  
В. Внутриутробной задержки роста плода;  
С. Тенденции к формированию крупного плода;  
Д. Дисморфоза лицевого черепа;  
Е. Множественных аномалий развития плода (сердца, почек, конечностей и т.д.).

**231. Диагностика маточной беременности при трансвагинальном сканировании возможна с:**  
А. 3-й недели;  
В. 5-й недели;  
С. 5-й недели;  
Д. 6-й недели;  
Е. 7-й недели.

**232. К методам диагностики врожденных аномалий развития плода относят все перечисленные ниже, кроме:**  
А. Кордоцентеза;  
В. Биопсии хориона и кожи плода;  
С. Определения эстриола в сыворотке крови и моче беременной;  
Д. Ультразвукового сканирования;  
Е. Амниоцентеза.

**233. Осложнениями амниоцентеза может быть все перечисленное ниже, кроме:**  
А. Преждевременных родов;  
В. Ранения сосудов плода и пуповины;  
С. Хориоамнионита;  
Д. Формирования врожденных пороков развития плода;  
Е. Преждевременного излитие околоплодных вод

**234. Основная причина перинатальной смертности:**  
А. Врожденные пороки развития плода;  
В. Острая и хроническая гипоксия плода;  
С. Внутриутробное инфицирование;  
Д. Родовая травма;  
Е. Гипотрофия плода;  
F. Хромосомные аномалии.

**235. Наиболее опасной инфекцией для плода в I триместре является:**  
А. Грипп;  
В. Цитомегаловирусная инфекция;  
С. Краснуха;  
Д. Генитальный герпес.  
Е. Уреаплазмоз

**236. В диагностике хромосомных аномалий наиболее информативны:**  
А. Ультразвуковое исследование;  
В. Скрининг на альфа-фето протеин и бета-ХГЧ;  
С. Амниоцентез и кариотапирование;  
Д. Кардиотокография;  
Е. Допплерометрия.

**237. Показанием к допплеромегрическому исследованию кровотока в маточных артериях и артерии пуповины является:**  
А. Угрожающий выкидыш в первом триместре беременности;  
В. Подозрение на хроническую гипоксию плода;  
С. Наличие гестоза;  
Д. Фетоплацентарной; недостаточность; Е. Синдром задержки развития плода.

**238. Кардиотокографическое исследование наиболее информативно в следующие сроки беременности:**  
А. 24—26 недель;  
В. 27-32 недели;  
С. 33-36 недель;  
Д. 37-41 недели.

**239. О тяжелом внутриутробном страдании плода по данным КТГсвидетельствует следующая амплитуда мгновенных осцилляций:**  
А. 0—5;  
В. 5-10;  
С. 10-25 в минуту;  
Д. Все перечисленное выше;  
Е. Ничего из перечисленного выше.

**240. При проведении окситоциновоп» теста наличие ранних децелераций, как правило, свидетельствует о:**  
А. Хорошем состоянда плода;  
В. Начальных признаках страдания плода;  
С. Выраженных признаках страдания плода;  
Д. Гибели плода;  
Е. Ничего из перечисленного выхпе.

**241. Базальной частотой сердечных сокращений (ЧСС) плода называется:**  
А. ЧСС, сохраняющаяся неизменной в течение 10 мин и более;  
В. ЧСС при повышении внутриматочного давления в схватку;  
С. Средняя величина между осцилляциями, сохраняющаяся неизменной за 10 мин и более;  
Д. Максимальная частота сердечных сокращений плода;  
Е. Ничего из перечисленного выше.

**242. Ранние децелерации -это урежеиие сердечных сокращений плода:**  
А. С началом схваток  
В. Через 30-60 сек после начала схватки;  
С. Через 120 сек после схватки;  
Д. В паузу между схватками;  
Е. Ничего из перечисленного выше.

**243. Количественное определение содержания хорионическогогонадотропина используется:**  
А. Для диагностики беременности в малом сроке;  
В. Для диагностики внематочной беременности;  
С. Для диагностики пузырного заноса;  
Д. Для оценки развития беременности в 1 триместре;  
Е. Все перечисленное выше.

**244. Основной причиной острой плацентарной недостаточности является:**  
А. Угрожающие преждевременные роды;  
В. Профессиональные вредности;  
С. Генитальный инфантилизм;  
Д. Отслойка плаценты;  
Е. Все перечисленное выше верно.

**245. К факторам риска формирования хронической плацентарной недостаточности относят:**  
А. Юный возраст беременной (15-17 лет);  
В. Курение и алкоголизм матери;  
С. Хронические специфические и неспецифические инфекции;  
Д. Привычное невынашивание беременности;  
Е. Все перечисленные выше факторы.

**246. К развитию хронической фетоплацентаркой недостаточности приводят:**  
А. Гесгоз;  
В. Заболевания сердечно-сосудистой системы у беременной;  
С. Заболевания почек у беременной;  
Д. Перенашивание беременности;  
Е. Все перечисленное выше.

**247. С целью диагностики внутриутробной задержки роста плода, определения ее формы и степени тяжести используют следующие фетометрические параметры:**  
А. Бипариетальный размер головки плода;  
В. Длина бедра плода;  
С. Диаметр (окружность) живота;  
Д. Отношение длины бедра к окружности живота плода;  
Е. Все перечисленные выше

**248. К изменениям, характеризующим нарушения центральной гемодинамики при прогрессировании плацентарной недостаточности, следует отнести:**  
А. Дилатацию полостей сердца плода;  
В. Снижение скорости кровотока через все клапаны сердца;  
С. Феномен защиты головного мозга;  
Д. Появление функциональной недостаточности правого предсердно-желудочкового (трехстворчатого) клапана;  
Е. Все перечисленное выше.

**249. Для терапии плацентарной недостаточности применяют:**  
А. Сосудорасширяющие и спазмолитические препараты;  
В. Средства, влияющие на реокоагуляционные свойства крови;  
С. Инфузионную терапию плазмозаменителями;  
Д. Токолитич еские препараты;  
Е. Все перечисленное выше.

**250. К нарушению плацентарного кровотока могут привести:**  
А. Недостаточная инвазия трофобласта в децидуальную оболочку и нарушение формирования спиральных артерий;  
В. Уменьшение притока крови в межворсинчатое пространство;  
С. Затруднение венозного оттока при длительных сокращениях матки;  
Д. Изменения реологических и коагуляционных свойств крови матери;  
Е. Все перечисленное выше.

**251. Система обследования женщин с плацентарной недостаточностью предполагает:**  
А. Проведение ультразвуковой фетометрии, планетографии, определение количества околоплодных вод;  
В. Допплерометрическую оценку кровотока в сосудах системы мать-плацента-плод;  
С. Проведение кардиотокографии;  
Д. Применение клинических методов;  
Е. Все перечисленное выше.

**252. Акушерская тактика при декомпенсированной плацентарной недостаточности:**  
А. Амбулаторное назначение трентала, актовегина;  
В. Повторное ультразвуковое и кардиотокографическое обследование через 10—14 дней;  
С. Повторное ультразвуковое и кардиотокографическое обследование через 5-7 дней;  
Д. Внутривенное введение раствора глюкозы и кокарбо ксилазы;  
Е. Срочное родоразрешение путем операции кесарево сечение.

**253. В какие сроки беременности следует проводить профилактику ФПН у беременных группы высокого риска:**  
А. 8-12 недель;  
В. 16-19 недель;  
С. 24-28 недель;  
Д. 29-32 недель;  
Е. 33-36 недель.

**254. В какие сроки беременности следует проводить допплерометрическую оценку параметров кровотока в системе мать-плацента-плод с целью определения высокого риска развития ФПН:**  
А. 8-12 недель;  
В. 12-14 недель;  
С. 16-18 недель;  
Д. 19-23 недель;  
Е. 24-28 недель.

**255. К проявлениям хронической плацентарной недостаточности относятся все, кроме:**  
А. Хроническая гипоксия плода;  
В. Многоводие;  
С. Внутриутробная задержка роста плода;  
Д. Маловодие;  
Е. Преждевременное созревание плаценты.

**256. Основными клиническими проявлениями хронической плацентарной недостаточности являются:**  
А. Внутриутробная задержка роста плода;  
В. Хроническая гипоксия плода;  
С. Сочетание ЗВРП и хронической гипоксии плода;  
Д. Острая гипоксия плода;  
Е. Все перечисленное выше.

**257. Синтез эстрогенов в организме беременной осуществляется в:**  
А. Надпочечниках;  
В. Яичниках;  
С. Плаценте;  
Д. Жировой ткани;  
Е. Все перечисленное выше верно.

**258. Во время беременности синтез прогестерона и его предшественников происходит во всех органах, кроме:**  
А. Надпочечников плода;  
В. Яичников;  
С. Плаценты;  
Д. Эпифиза плода;  
Е. Надпочечников женщины.

**259. Какой тест функциональной диагностики не используют для оценки степени эстрогенных влияний:**  
А. Измерение длины натяжения шеечной слизи;  
В. Определение кариопикнотического индекса;  
С. Базальную температуру;  
Д. Визуальную оценку количества шеечной слизи (симптом «зрачка»);  
Е. Исследование кристаллизации шеечной слизи (симптом «папоротника»).

**260. В акушерстве тесты функциональной диагностики могут быть использованы для:**  
А. Оценки готовности организма беременной к родам;  
В. Диагностики перенашивания беременности;  
С. Оценки состояния плода;  
Д. Диагностики угрозы прерывания беременности в ранние сроки;  
Е. Все перечисленное выше.

**261. Под влиянием эстрогенов происходит все перечисленное ниже, кроме:**  
А. Повышения базальной температуры;  
В. Пролиферативных изменений эндометрия;  
С. Накопления слизи в канале шейки матки;  
Д. Роста выводных протоков молочных желез;  
Е. Сенсибилизации матки к окситотическим веществам.

**262. Под действием эстрогенов происходят все перечисленные ниже процессы, кроме:**  
А. Ороговения эпителия влагалища и мочеполового тракта;  
В. Пролиферации выводных протоков молочных желез;  
С. Повышения выведения аскорбиновой кислоты с мочой;  
Д. Пролиферации паренхимы молочных желез;  
Е. Продукции шеечной слизи.

**263. Какие клетки во влагалищном мазке преобладают во время беременности:**  
А. Поверхностные ороговевающие;  
В. Промежуточные;  
С. Базальные;  
Д. Парабазапьные;  
Е. Неороговевающие клетки поверхностного эпителия.

**264. Температурный тест позволяет:**  
А. Выявить однофазный менструальный цикл;  
В. Определить продолжительность фаз цикла;  
С. Установить характер нарушения менструального цикла;  
Д. Определить время овуляции;  
Е. Все перечисленное выше

**265. Характерные особенности базальной температуры при двухфазном менструальном цикле:**  
А. Снижение в первую фазу менструального цикла;  
В. Снижение накануне овуляции;  
С. Снижение за 1-3 дня до менструации;  
Д. Повышение во вторую фазу цикла;  
Е. Все перечисленное выше.

**266. Для оценки функции желтого тела диагностическое выскабливание эндометрия следует производить на:**  
А. 15—18—й день цикла;  
В. 18-25—й день цикла;  
С. 25—27-й день цикла;  
Д. 11—14—й день цикла;  
Е. Независимо от фазы менструального цикла.

**267. Основная задача специализированных кабинетов по ведению женщин с привычным невынашиванием беременности:**  
А. Выявление женщин, подлежащих диспансерному наблюдению;  
В. Проведение обследования вне беременности;  
С. Определение степени риска невынашивания беременности и разработка лечебно-профилактических мероприятий;  
Д. Своевременная госпитализация беременной в стационар;  
Е. Все перечисленное выше.

**268. Анатомические особенности матки можно определить по результатам:**  
А. Ультразвукового исследования;  
В. Гистероскопии;  
С. Гистеросальпингографии;  
Д. Лапароскопии;  
Е. Все перечисленное выше.

**269. Оценка функционального состояния гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы может быть дана на основании результатов:**  
А. Измерения базальной температуры;  
В. Оценки кольпо цитограмм;  
С. Определения уровня гормонов и их метаболитов;  
Д. Биопсии эндометрия;  
Е. Все перечисленное выше.

**270. При привычном невынашивании в I триместре беременности необходимо провести:**  
А. Генетическое обследование супружеской пары;  
В. Обследование женщины на вирусные инфекции;  
С. Клиническое обследование;  
Д. Коррекцию гормональных нарушений;  
Е. Все перечисленное выше.

**271. Проведение комплекса реабилитационных мероприятий у женщин с привычным невынашиванием беременности необходимо начинать:**  
А. По истечении 3 месяцев после самопроизвольного выкидыша;  
В. По истечении 6 месяцев;  
С. По истечении 1 месяцев;  
Д. Сразу после самопроизвольного выкидыша;  
Е. При планировании следующей беременности.

**272. Своевременные роды - это:**  
А. Роды при сроке беременности от 38 до 42 недель с рождением доношенного зрелого новорожденного;  
В. Роды при сроке беременности 35-37 недель;  
С. Роды при сроке беременности 38-40 недель с рождением доношенного новорожденного;  
Д. Роды при сроке более 40 недель беременности с рождением ребенка с признаками перезрелости.

**273. Переношенная беременность-это:**  
А. Беременность, продолжающаяся более 40 недель;  
В. Беременность, продолжающаяся более 41 неделю;  
С. Беременность, заканчивающаяся рождением ребенка с признаками перезрелости (синдромом Беллентайна—Рунге);  
Д. Беременность, заканчивающаяся рождением доношенного новорожденного;  
Е. Беременность, продолжающаяся боле 42 недель.

**274. Пролонгированная беременность-это:**  
А. Беременность, продолжающаяся более 38-40 недель;  
В. Беременность, продолжающаяся более 41 неделю;  
С. Беременность, заканчивающаяся рождением ребенка с синдромом Беллентайна - Рунге;  
Д. Беременность, продолжающаяся более 40 недель изаканчивающаяся рождением доношенного новорожденного;  
Е. Беременность, продолжающаяся более 42 недель.

**275. Признаки перезрелости новорожденного (синдром Беллентайна — Рунге) включают все, кроме:**  
А. Сниженный тургор кожи;  
В. Сухость и мацерация кожных покровов;  
С. Рудиментарный зуб;  
Д. Плотные кости черепа;  
Е. Узкие швы и роднички.

**276. Для переношенного плода характерны все перечисленные ниже симптомы, кроме:**  
А. Отсутствия сыровидной смазки;  
В. Плотных костей черепа;  
С. Обильного лануго;  
Д. «Банных» стоп и ладоней;  
Е. Узких швов и родничков.

**277. Во втором периоде запоздалых родов возможны все перечисленные ниже осложнения, кроме:**  
А. Вторичной слабости родовой деятельности;  
В. Клинически узкого таза;  
С. Острой гипоксии плода;  
Д. Травмы мягких тканей родовых путей;  
Е. Раннего излитие околоплодных вод.

**278. При переношенной беременности в родах необходимо:**  
А. Проводить кардиомониторный контроль за состоянием плода;  
В. Проводить функциональную оценку таза;  
С. Проводить профилактику кровотечения;  
Д. Оценивать динамику родовой деятельности;  
Е. Проводить повторную родостимуляцию окситоцином при слабости родовой деятельности.

**279. При переношенной беременности операцию кесарево сечение следует производить:**  
А. При отсутствии биологической готовности беременной к родам и наличии признаков гипоксии плода при КТТ;  
В. При удовлетворительном состоянии плода и хорошей биологической готовности беременной к родам;  
С. При нормальном количестве околоплодных вод и неизмененном плодовом кровотоке;  
Д. При хорошей биологической готовности к родам, крупном плоде и признаках централизации плодового кровотока

**280. Признаки переношенности у новорожденного объединены в синдром:**  
А. Синдром Ротора;  
В. Триаду Цангемейстера;  
С. Синдром Мендельсона;  
Д. Синдром Беллентайна-Рунге.

**281. Патогенетические механизмы страдания плода при перенашивании беременности включают все, кроме:**  
А. Снижение поступления кислорода и питательных веществ через плаценту;  
В. Гипоксия зрелого головного мозга плода;  
С. Включение механизма централизации кровообращения плода;  
Д. Разрушение эритроцитов плода антителами матери при нарушении барьерной функции плаценты;  
Е. Спазм ренальных сосудов и снижение продукции мочи.

**282. К фактором риска переношенной беременности следует относить:**  
А. Первые предстоящие роды у беременной старше 30 лет,  
В. Указание на запоздалые роды в анамнезе;  
С. Наличие ИППП и хронических воспалительных заболеваний органов малого таза;  
Д. Выявление III степени зрелости плаценты при УЗ-исследовании;  
Е. Все перечисленное выше.

**283. Дифференциальная диагностика пролонгированной ипереношенной беременности включает все, кроме:**  
А. Определение массы плода;  
В. Амниоскопию;  
С. Оценку количества околоплодных вод;  
Д. Выявление централизации кровообращения придопплерометрическом исследовании плодового кровотока;  
Е. Выявление признаков гипоксии плода при КТГ-исследовании.

**284. Тактика врача в случае появления децелераций по данным антенатальной карднотокограммы при сроке беременности 41 неделя и наличии "незрелой" шейки матки:**  
А. Амниотомия и ведение родов под кардиомониторным контролем;  
В. Лечение гипоксии плода внутривенным введением курантила с последующим динамическим кардиотокографическим контролем;  
С. Родоразрешение путем кесарева сечения;  
Д. Любое из перечисленных выше действий;  
Е. Ничего из перечисленного выше

**285. Действия врача при нарастании тяжести хронической гипоксии плода в первом периоде запоздалых родов:**  
А. Продолжение ведения родов под кардиомониторным наблюдением за состоянием плода;  
В. Лечение гипоксии плода, продолжение консервативного ведения родов;  
С. Наложение акушерских щипцов;  
Д. Кесарево сечение в экстренном порядке;  
Е. Стимуляция родовой деятельности окситоцином.

**286. Для подготовки шейки матки к родам следует использовать**  
А. Простагландины Е2;  
В. Простагландины F2a;  
С. ГВГК-фон;  
Д. Токолитики;  
Е. Окситоцин.

**287. Укажите возможные перинатальные осложнения при переношенной беременности, кроме:**  
А. Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС;  
В. Аспирация светлых околоплодных вод;  
С. Аспирация мекокиальных околоплодных вод;  
Д. Синдром дыхательных расстройств I типа;  
Е. Интранатальная гибель плода.

**288. Показаниями к экстренной операции кесарево сечение при переношенной беременности является:**  
А. Признаки тяжелой гипоксии плода при КТГ-исследовании;  
В. Централизация кровообращения с нарушением венозного кровотока плода;  
С. Централизация плодового кровотока с нормальными показателями КТГ;  
Д. Прогрессирование хронической внутриутробной гипоксии плода;  
Е. Неготовность родовых путей к родам при сроке беременности 41 неделя.

**289. Неблагоприятные перинатальные исходы при переношенной беременности:**  
А. Антенатальная гибель плода;  
В. Аспирация мекониальных вод;  
С. Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС;  
Д. Интранатальная гибель плода;  
Е. Асфиксия тяжелой степени

**290. Характерные осложнения I периода родов при переношенной беременности:**  
А. Слабость родовой деятельности;  
В. Дискоординация родовой деятельности;  
С. Прогрессирование хронической внутриутробной гипоксии плода;  
Д. Мекониальная аспирация;  
Е. Клинически узкий таз;  
F. Все перечисленное выше.

**291. Для оценки готовности шейки матки к родам используются следующие признаки:**  
А. Длина шейки матки, консистенция, проходимость цервикального канала, расположение шейки в малом тазу;  
В. Форма наружного зева, симптом «зрачка», отношение шейки матки к проводной оси таза;  
С. Форма наружного зева, наличие схваток-предвестников;  
Д. Проходимость цервикального канала, состояние внутреннего зева, наличие слизистой пробки;  
Е. Расположение шейки матки в малом тазу, проходимость цервикального канала, дородовое излитие вод.

**292. Для подготовки шейки матки к родам используют методы:**  
А. Создают глюкозо-витамино-гормонально-кальциевый фон;  
В. Вводят спазмолитики;  
С. Используют простагландиновые гели;  
Д. Производят амниотомию;  
Е. Используют однократный токолиз.

**293. Слабость родовой деятельности приводит к следующим осложнениям, кроме:**  
А. Гипоксии плода;  
В. Нарушения отделения плаценты;  
С. Кровотечения в раннем послеродовом периоде;  
Д. Преждевременной отслойке плаценты;  
Е. Послеродовые гнойно-септические осложнения.

**294. При выраженной вторичной слабости родовой деятельности роды могут закончиться:**  
А. Операцией кесарева сечения;  
В. Операцией наложения акушерских щипцов;  
С. Вакуум-экстракцией плода;  
Д. Экстракцией плода за тазовый конец;  
Е. Все перечисленное выше

**295. Третий момент механизма родов при тазовом предлежании:**  
А. Опускание ягодиц;  
В. Сжатие ягодиц;  
С. Внутренний поворот ягодиц;  
Д. Врезывание тазового конца;  
Е. Прорезывание ягодиц.

**296. Четвертый момент механизма родов при тазовом предлежании:**  
А. Внутренний поворот ягодиц спинкой кпереди;  
В. Опускание ягодиц на тазовое дно;  
С. Врезывание и прорезывание ягодиц;  
Д. Опускание ягодиц в полость малого таза;  
Е. Внутренний поворот ягодиц спинкой кзади.

**297. Где находится плечевой пояс плода при нахождении ягодиц на тазовом дне:**  
А. Над входом в малый таз;  
В. Во входе в малый таз;  
С. В широкой части полости малого таза;  
Д. В узкой части полости малого таза;  
Е. В плоскости выхода малого таза

**298. Осложнениями во втором периоде родов при тазовом предлежании плода являются:**  
А. Вторичная слабость родовой деятельности;  
В. Острая гипоксия плода;  
С. Разгибание головки плода;  
Д. Запрокидывание ручек плода;  
Е. Образование заднего вида;  
F. Все перечисленное выше.

**299. Для профилактики осложнений родов в тазовом предлежании во втором периоде родов предусмотрено все, кроме:**  
А. Рассечения промежности;  
В. Введения спазмолитиков;  
С. Производства операции экстракции плода за тазовый конец;  
Д. Внутривенного капельного введения окситоцина;  
Е. Оказания пособия по Цовьянову.

**300. При чистоягодичном предлежании плода во время прорезывания ягодиц:**  
А. Оказывают классическое ручное пособие;  
В. Оказывают ручное пособие по НА Цовьянову;  
С. Используют метод ведения родов по Н. А. Цовьянову;  
Д. Производят экстракцию плода за тазовый конец.

**301. Показанием к кесареву сечению при тазовом предлежании является все перечисленные ниже клинические ситуации, кроме:**  
А. Возраста первородящей более 30 лет,  
В. Анатомически узкого таза;  
С. Смешанного ягодичного предлежания;  
Д. Пороков развития плода;  
Е. Ножного предлежания;  
F. Мужской пол плода.

**302. К тазовым предлежаниям относят:**  
А. Чистоягодичное предлежание;  
В. Смешанное ягодичное предлежание;  
С. Полное ножное предлежание;  
Д. Неполное ножное предлежание;  
Е. Все перечисленное выше.

**303. Показаниями к операции экстракции плода за тазовый конец являются все, кроме:**  
А. Острая гипоксия плода;  
В. Тяжелое состояние роженицы, требующее экстренного родоразрешения;  
С. Операция классического акушерского поворота;  
Д. Угрожающий разрыв матки.

**304. Осложнения при тазовом предлежании во втором периоде родов:**  
А. Запрокидывание ручек;  
В. Образование заднего вида;  
С. Разгибание головки;  
Д. Травмы промежности;  
Е. Выпадение петель пуповины;  
F. Все перечисленное выше.

**305. Выходными щипцами называются такие щипцы, которые накладывают на головку плода, находящуюся:**  
А. В плоскости входа в малый таз;  
В. В узкой части малого таза;  
С. В широкой части малого таза;  
Д. На тазовом дне.

**306. Полостными щипцами называются такие щипцы, которые накладывают на головку плода, находящуюся:**  
А. Во входе в малый таз;  
В. В узкой части малого таза;  
С. На тазовом дне;  
Д. В широкой части малого таза.

**307. Наложение акушерских щипцов противопоказано при:**  
А. Мертвом плоде;  
В. Анатомически и клинически узком тазе;  
С. Неполном раскрытии маточного зева;  
Д. Угрожающем разрыве матки;  
Е. Во всех перечисленных выше клинических ситуациях.

**308. Тактика врача после выполнения классического акушерского поворота плода на ножку:**  
А. Ведут роды по методу НА. Цовьякова;  
В. Выполняют кесарево сечение;  
С. Производят плодоразрушающую операцию;  
Д. Выполняют экстракцию плода за тазовый конец;  
Е. Оказывают классическое ручное пособие.

**309. Показаниями к операции наложения акушерских щипцов при соответствующих условиях являются:**  
А. Острая гипоксия плода;  
В. Хроническая гипоксия плода;  
С. Нефропатия тяжелой степени;  
Д. Упорная вторичная слабость родовой деятельности;  
Е. Сокращение второго периода родов при тяжелой соматической патологии.

**310. Необходимые условия для операции наложения акушерских щипцов:**  
А. Отсутствие плодного пузыря;  
В. Полное открытие маточного зева;  
С. Нахождение головки в полости таза или на тазовом дне;  
Д. Соответствие размеров головки плода и таза женщины;  
Е. Все выше перечисленные.

**311. Методы обезболивания, применяемые при выполнении операции наложения акушерских щипцов:**  
А. Перидуральная анестезия;  
В. Внутривенный наркоз;  
С. Эндотрахеальный наркоз;  
Д. Пудендальная анестезия;  
Е. Без обезболивания.

**312. При нахождении головки плода в узкой части малого таза тракции осуществляются:**  
А. На носки сидящего врача;  
В. На колени сидящего врача;  
С. На лицо акушера;  
Д. На себя.

**313. При выслушивании сердцебиения плода в родах ЧСС плода 90 ударов в минуту и не восстанавливается после потуги. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка плода в узкой части малого таза. Что необходимо предпринять в данной ситуации?**  
А. Выполнить операцию кесарева сечения в экстренном порядке;  
В. Наложение акушерских щипцов;  
С. Продолжить консервативное ведение родов;  
Д. Выполнить плодоразрушающую операцию;  
Е. Произвести операцию вакуум-экстракции плода;  
F. Произвести рассечение промежности.

**314. Показаниями к операции экстракции плода за тазовый конец при соответствующих условиях являются:**  
А. Нефропатия тяжелой степени;  
В. Острая гипоксия плода;  
С. Кровотечение;  
Д. Миопия высокой степени;  
Е. Сахарный диабет матери.

**315. Условиями для операции экстракции плода за тазовый конец являются:**  
А. Открытие маточного зева 7-8 см;  
В. Отсутствие плодного пузыря;  
С. Крупные размеры плода;  
Д. Нормальные размеры таза;  
Е. Опорожненный мочевой пузырь;  
F. Полное открытие маточного зева;  
G. Целый плодный пузырь.

**316. Возможные осложнения со стороны матери и плода при выполнении операции наложения акушерских щипов:**  
А. Глубокие боковые разрывы стенок влагалища;  
В. Разрывы промежности;  
С. Кровоизлияния в мозг плода;  
Д. Разрыв лонного сочленения.

**317. Возможные осложнения со стороны матери и плода при выполнении операции наложения акушерских щипцов:**  
А. Повреждение костей черепа;  
В. Парез лицевого нерва;  
С. Разрыв мозжечкового намета;  
Д. Перелом плечевой кости;  
Е. Кровоизлияние в мозг

**318. Перед операцией наложения акушерских щипцов необходимо выполнить следующее:**  
А. Влагалищное исследование;  
В. УЗИ плода;  
С. Эпизиотомию;  
Д. Обезболивание;  
Е. Допплерографическое исследование маточного кровотока;  
F. Катетеризацию мочевого пузыря.

**319. Возможные повреждения у матери и плода при выполнении операции экстракции плода за тазовый конец:**  
А. Разрывы шейки матки;  
В. Перелом бедренной кости;  
С. Кровоизлияние в мозг плода;  
Д. Перелом костей верхней конечности;  
Е. Разрывы лонного сочленения;  
F. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

**320. Операция наложения акушерских щипцов противопоказана в следующих ситуациях:**  
А. Мертвый плод;  
В. Угроза разрыва матки;  
С. Гидроцефалия плода;  
Д. Анатомически узкий таз;  
Е. Острая гипоксия плода

**321. Показаниями к операции наложения акушерских щипцов при соответствующих условиях являются:**  
А. Хроническая гипоксия плода;  
В. Сидром задержки роста плода III степени;  
С. Острая гипоксия плода;  
Д. Интранатальная гибель плода;  
Е. Все вышеперечисленное.

**322. Положение стреловидного шва и головки плода при операции наложения полостных акушерских щипцов:**  
А. Стреловидный шов в прямом размере;  
В. Стреловидный шов в косом размере;  
С. Стреловидный шов в поперечном размере;  
Д. Головка плода в узкой части полости малого таза;  
Е. Головка плода на тазовом дне.

**323. При угрожающем разрыве матки противопоказаны все операции, кроме:**  
А. Наложения акушерских щипцов;  
В. Краниотомии;  
С. Кесарева сечения;  
Д. Классического акушерского поворота;  
Е. Экстракции плода за тазовый конец.

**324. Какая методика кесарева сечения является наиболее распространенной:**  
А. Влагалищное кесарево сечение;  
В. Экстра перитонеальное кесарево сечение;  
С. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте;  
Д. Корпоральное кесарево сечение;  
Е. Кесарево сечение по Штарку.

**325. При лапаротомии по Пфанненштилю разрез кожи производят:**  
А. Прямолинейно на 2,5 см ниже передневерхних остей подвздошных костей;  
В. Дугообразно по линии надлобковой кожной складки;  
С. Продольно по средней линии живота;  
Д. На уровне передневерхних подвздошных остей.

**326. При лапаротомии по Джоэл-Кохену разрез кожи производят:**  
А. Продольно по средней линии живота;  
В. В правой подвздошной области;  
С. Прямолинейно на 2,5 см ниже передневерхних остей подвздошных костей;  
Д. Дугообразно по линии надлобковой кожной складки;  
Е. Все перечисленное выше неверно.

**327. Перед плановой операцией кесарева сечения производят:**  
А. Клинический анализ крови и мочи;  
В. Биохимическое исследование крови, системы гемостаза;  
С. ЭКГ, консультация терапевта;  
Д. Обследование на RW, ВИЧ, определение группы крови, резус-фактора;  
Е. Все перечисленное выше.

**328. Средний объем кровопотери во время операции кесарево сечения:**  
А. 200-300 мл;  
В. 300-400 мл;  
С. 800-1000 мл;  
Д. 600-700 мл;  
Е. 1100-1500 мл.

**329. Активное ведение родильниц после операции кесарево сечения является профилактикой:**  
А. Тромбоэмболии;  
В. Пневмонии;  
С. Нарушений мочеиспускания;  
Д. Пареза кишечника;  
Е. Субинволюции матки;  
F. Все перечисленное верно.

**330. После операции кесарево сечения проводят:**  
А. Обезболивающую терапию;  
В. Инфузионно-трансфузионную терапию;  
С. Утеротоническую терапию;  
Д. Стимуляцию деятельности кишечника;  
Е. Все перечисленное выше.

**331. Швы на передней брюшной стенке после операции кесарево сечения снимают на:**  
А. 2-4 сутки;  
В. 3-5 сутки;  
С. 6-8 сутки;  
Д. 8-10 сутки;  
Е. 10-12 сутки.

**332. Антибиотккопрофилактика при операции кесарева сечения проводится при:**  
А. Наличии очагов хронической инфекции;  
В. Беременности, осложненной гестозом, анемией;  
С. Ill,IV степени чистоты влагалища;  
Д. Длительном безводном промежутке (свыше 6 часов);  
Е. Все перечисленное выше.

**333. Наиболее грозным осложнением у женщин с рубцом на матке является:**  
А. ФПН;  
В. Угроза прерывания беременности;  
С. Разрыв матки;  
Д. Дородовое излитие околоплодных вод;  
Е. Анемия.

**334. Синдром Мендельсона это:**  
А. Синдром аорто-кавальной компрессии;  
В. Эмболия околоплодными водами;  
С. Гипотония матки;  
Д. Аспирационный синдром;  
Е. Все перечисленное верно.

**335. Операция кесарева сечения может быть выполнена:**  
А. Под спинномозговой анестезией;  
В. Под комбинированным эндотрахеальным наркозом;  
С. В условиях эпидуральной анестезии;  
Д. Под местной инфильтрационной анестезией;  
Е. Любое из перечисленных выше анестезиологических пособий.

**336. К преимуществам кесарева сечения в нижнем маточном сегменте матки следует отнести:**  
А. Соответствие направления разреза на матке направлению основных волокон миометрия;  
В. Разрез в «малососудистой» зоне;  
С. Малая кровопотеря;  
Д. Ничего из перечисленного выше;  
Е. Все перечисленное выше.

**337. Течение беременности при наличии рубца на матке может осложняться:**  
А. Угрозой прерывания беременности;  
В. Фетоплацентарной недостаточностью;  
С. Аномалиями прикрепления плаценты;  
Д. Угрожающим разрывом матки;  
Е. Все перечисленное выше верно.

**338. Осложнениями, приводящими к смерти родильниц, перенесших кесарево сечение, являются:**  
А. Кровотечения;  
В. Перитонит;  
С. Эмболия околоплодными водами;  
Д. Тромбоэмболия;  
Е. Все перечисленное выше

**339. К абсолютным показаниям к операции кесарева сечение относятся:**  
А. Предлежание плаценты;  
В. Тяжелые формы гестоза, эклампсия;  
С. Сужение таза Ш, IV степени;  
Д. Неправильные положения плода;  
Е. Все перечисленное выше.

**340. Течение беременности при наличии рубца на матке может осложняться:**  
А. Угрозой прерывания беременности;  
В. Фетоплацентарной недостаточностью;  
С. Аномалиями прикрепления плаценты;  
Д. Угрожающим разрывом матки;  
Е. Все перечисленное выше верно.

**341. Осложнениями, приводящими к смерти родильниц, перенесших кесарево сечение, являются:**  
А. Кровотечения;  
В. Перитонит,  
С. Эмболия околоплодными водами;  
Д. Тромбоэмболия;  
Е. Все перечисленное выше.

**342. К абсолютным показаниям к операции кесарева сечение относятся:**  
А. Предлежание плаценты;  
В. Тяжелые формы гестоза, эклампсия;  
С. Сужение таза Ш, IV степени;  
Д. Неправильные положения плода;  
Е. Все перечисленное выше.

**343. Условиями для выполнения плановой операции кесарева сечения являются:**  
А. Живой жизнеспособный плод;  
В. Отсутствие острого инфекционного процесса;  
С. Наличие оснащенной операционной и квалифицированного хирурга;  
Д. Согласие женщины на операцию (при отсутствии жизненных показаний);  
Е. Все перечисленное выше.

**344. Плановое родоразрешение путем операции кесарево сечения женщин с рубцом на матке производится при сроке беременности:**  
А. 35-36 недель;  
В. 36-37 недель;  
С. 37-38 недель;  
Д. 38-39 недель;  
Е. 39-40 недель.

**345. Противопоказанием к операции кесарево сечения при отсутствии жизненных показаний к ее выполнению со стороны матери являются:**  
А. воспалительные заболевания любой локализации;  
В. внутриутробная гибель плода;  
С. выявленные пороки развития плода, несовместимые с жизнью;  
Д. все перечисленное выше;  
Е. ничего из перечисленного выше.

**346. При возникновении пареза кишечника после операции кесарева сечения производят:**  
А. инфузионно-трансфузионную терапию;  
В. введение 3% раствора хлористого калия;  
С. гипертоническую клизму;  
Д. вакуум—аспирацию содержимого полости матки;  
Е. Медикаментозную стимуляцию кишечника.

**347. Факторами риска несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения являются:**  
А. Выполнение кесарева сечения при преждевременных родах;  
В. Осложненное течение послеоперационного периода;  
С. Корпоральное кесарево сечение;  
Д. Интервал между операциями кесарева сечения менее 2 лег,  
Е. Все перечисленное выше.

**348. Укажите сроки закрытия наружного зева шейки матки после самопроизвольных родов:**  
А. К концу 3 недели;  
В. Через 6-8 недель;  
С. К концу 1 недели;  
Д. Через 5-6 дней;  
Е. К концу 1 суток после родов.

**349. Внутренний зев шейки матки после физиологических родов окончательно формируется:**  
А. К концу 1 недели после родов;  
В. Через 10-12 часов;  
С. К концу 3 суток;  
Д. Через 3 недели;  
Е. Через 6—8 недель.

**350. Регенерация эндометрия в области плацентарной площадки после родов происходит:**  
А. К 7-10 суткам;  
В. Через 2-3 недели;  
С. К концу 6-8 недели;  
Д. Через 3 месяца;  
Е. Через 6 месяцев.

**351. Причинами появления трещин на сосках молочных желез является все, кроме:**  
А. Позднее прикладывание ребенка к груди;  
В. Неправильная техника кормления;  
С. Свободный режим вскармливания;  
Д. Грубое сцеживание молока;  
Е. Нарушение гигиены.

**352. Противопоказанием к грудному вскармливанию ребенка является все, кроме:**  
А. Лактостаз;  
В. Рубцовые изменения молочных желез;  
С. Гнойный мастит в анамнезе;  
Д. Тяжелые эксграгенитальные заболевания матери;  
Е. Тяжелое состояние ребенка.

**353. Контроль за инволюцией матки после родов можно осуществлять:**  
А. Путем измерения сантиметровой лентой высоты стояния дна матки над лоном;  
В. С помощью ультразвукового исследования;  
С. При влагалищном исследовании;  
Д. С помощью всех перечисленных выше методов;  
Е. Не может быть использован ни один из перечисленных выше методов.

**354. Субинволюция матки после родов обусловлена:**  
А. Развитием воспалительного процесса;  
В. Отсутствием грудного вскармливания;  
С. Задержкой частей плаценты в матке;  
Д. Слабостью сократительной деятельности матки;  
Е. Все перечисленное выше.

**355. С целью профилактики нагноения и расхождения швов на промежности при разрыве I и II степени следует использовать:**  
А. Перманганат калия (5% раствор) местно;  
В. Лазерное облучение области швов;  
С. Меры по предупреждению дефекации до 4-5 суток;  
Д. Ультрафиолетовое облучение области швов;  
Е. Все перечисленное выше.

**356. Совместное содержание матери и ребенка в послеродовом отделении способствует:**  
А. Снижению частоты гнойно-септических заболеваний;  
В. Правильному становлению лактации;  
С. Формированию психоэмоциональной связи матери и ее ребенка;  
Д. Всему перечисленному выше;  
Е. Ничему из перечисленного выше.

**357. Для уменьшения лактостаза используют:**  
А. Ограничение приема жидкости;  
В. Введение но-шпы и окситоцина;  
С. Сцеживание;  
Д. Физические методы воздействия (компрессы, ультразвук, коротковолновое УФ облучение);  
Е. Все перечисленное выше.

**358. Для профилактики и лечения трещин сосков используют все перечисленные ниже средства и методы, кроме:**  
А. Мазевых аппликаций;  
В. Физических методов воздействия;  
С. Воздушных ванн;  
Д. Гормональных препаратов;  
Е. Антисептиков (бриллиантовый зеленый).

**359. На какие сутки после физиологических родов осуществляется выписка из стационара?**  
А. 4-6;  
В. 2-3;  
С. 7-8;  
Д. 10-11;  
Е. 12-13 сутки.

**360. Раннее прикладывание ребенка к груди нецелесообразно:**  
А. После преждевременных родов;  
В. После оперативного родоразрешения;  
С. При травме новорожденного;  
Д. При гемолитической болезни плода;  
Е. Во всех перечисленных выше клинических ситуациях.

**361. При субинволюции матки в послеродовом периоде используют все перечисленные ниже препараты и методы, кроме:**  
А. Препаратов спорыньи;  
В. Наружного массажа матки;  
С. Питуитрина или оксигоцина;  
Д. Маммофизина;  
Е. Льда на низ живота.

**362. Лохии содержат все перечисленные ниже компоненты, кроме:**  
А. Остатков некротизированной децидуальной оболочки;  
В. Слизи;  
С. Лейкоцитов;  
Д. Тромбов и обрывков сосудов;  
Е. Клеточных элементов базального слоя эндометрия.

**363. В каком случае повышается риск нарушения инволюции послеродовой матки:**  
А. После родов, осложнившихся первичной или вторичной слабостью родовой деятельности;  
В. После кесарева сечения;  
С. После преждевременных родов;  
Д. В случае ручного обследования послеродовой матки;  
Е. При двойне или крупном плоде.

**364. Для подавления лактации используют:**  
А. Бромэргокриптик;  
В. Препараты камфоры;  
С. Эстрогены;  
Д. Все перечисленное выше.

**365. В какое время после физиологических родов наиболее целесообразно приложить ребенка к груди:**  
А. В III периоде родов;  
В. В течение первого часа после родов;  
С. Через 12 ч после родов;  
Д. В течение первых суток;  
Е. На третьи сутки после родов.

**366. Становлению лактации способствует все перечисленные ниже факторы, кроме:**  
А. Падения уровня эстрогенов и прогестерона в крови;  
В. Раннего прикладывания ребенка к груди;  
С. Повышения уровня пролактина в крови;  
Д. Выполнения лечебной физкультуры;  
Е. Особенностей течения родового акта.

**367. Гипогалактия может быть обусловлена всеми перечисленными ниже факторами, кроме:**  
А. Переутомления и стресса в родах;  
В. Патологической кровопотери в родах;  
С. Осложненного течения беременности и родов;  
Д. Величины молочных желез;  
Е. Неправильной техникой сцеживания и кормления ребенка.

**368. К пограничным состояниям новорожденного относят все перечисленные ниже, кроме:**  
А. Транзиторного уменьшения первоначальной массы тела;  
В. Транзиторной гипертензии;  
С. Физиологической эритемы;  
Д. Гормонального криза;  
Е. Физиологической желтухи.

**369. Укажите факторы, способствующие быстрейшему восстановлению первоначальной массы тела новорожденного, после ее транзиторного уменьшения:**  
А. Раннее прикладывание к груди;  
В. Оптимальный тепловой режим;  
С. Режим «свободного питания»;  
Д. Лечение гипогалактии;  
Е. Все перечисленное выше.

**370. Максимальное уменьшение первоначальной массы новорожденного наблюдается:**  
А. Через 1-2 дня после рождения;  
В. На 3-4-й день жизни;  
С. На 5-й день жизни;  
Д. На 7-й день жизни;  
Е. По окончании раннего неонатального периода.

**371. Гипербилирубинемия у новорожденных наиболее выражена при:**  
А. Синдроме «плацентарной трансфузии»;  
В. «Фето-фетальной» трансфузии;  
С. «Материнско-фетальной» трансфузии;  
Д. Все перечисленное выше верно;  
Е. Ничего из перечисленного выше.

**372. Развитие желтухи у новорожденных в первые дни жизни связано с повышением концентрации:**  
А. Прямого билирубина;  
В. Непрямого билирубина;  
С. АсАТ;  
Д. АлАТ;  
Е. Щелочной фосфатазы.

**373. Гормональный криз у новорожденных проявляется:**  
А. Сразу после рождения;  
В. В течение первых 12 ч;  
С. В течение 24 ч;  
Д. На 2-й день жизни;  
Е. На 3-4—й или 5—6-й день жизни.

**374. Гормональный криз новорожденных сопровождается всеми перечисленными ниже симптомами, кроме:**  
А. Кровотечения из влагалища у девочек;  
В. Нагрубания молочных желез;  
С. Ядерной желтухи;  
Д. Появления угревой сыпи;  
Е. Десквамативного вульвовагинита.

**375. Кахие факторы участвуют в механизме первого вдоха новорожденного:**  
А. Температурные;  
В. Тактильные;  
С. Проприоцепл ивные;  
Д. Все перечисленные выше;  
Е. Ни один из перечисленных выше.

**376. Для своевременного вдоха новорожденного необходимо наличие всех перечисленных ниже факторов, кроме:**  
А. Адекватной чувствительности нервной системы к внешним раздражителям;  
В. Достаточной зрелости легочной ткани;  
С. Сопряженных с началом дыхания изменений гемодинамики;  
Д. Полицитемии;  
Е. Зрелости механизмов, регулирующих дыхательную функцию.

**377. К факторам риска возникновения гнойно-септических осложнений кесарева сечения следует отнести:**  
А. Инфекцию мочевыводящих путей;  
В. Преждевременное излитие околоплодных вод;  
С. Большую кровопотерю во время операции;  
Д. Бактериальный вагиноз;  
Е. Все перечисленные выше факторы.

**378. Особенности течения послеродовой инфекции в современных условиях:**  
А. Пол нэтнологичность;  
В. Часто вызывается условно-патогенной флорой;  
С. Стертость клинической картины;  
Д. Высокая резистентность к антибактериальной терапии;  
Е. Все перечисленное выше.

**379. По классификации С.В. Сазонова — А.В. Бартельса II этап распространения послеродовой инфекции - это:**  
А. Инфекция, ограниченная областью раны;  
В. Инфекция с тенденцией к генерализации;  
С. Генерализованная инфекция;  
Д. Инфекция локализована в пределах малого таза.

**380. Какие микроорганизмы наиболее часто вызывают послеродовый эндометрит:**  
А. Энтеробактерии, неспорообразующие анаэробы;  
В. Стафилококки;  
С. Стрептококки, спорообразующие анаэробы;  
Д. Вирусы;  
Е. Микоплазмы.

**381. Назовите основного возбудителя послеродового мастита:**  
А. Эпидермальный стафилококк;  
В. Золотистый стафилококк;  
С. Стрептококки группы В;  
Д. Анаэробные кокки;  
Е. Протей.

**382. Лечение мастита предполагает проведение всех перечисленных ниже мероприятий, кроме:**  
А. Назначения антибактериальных средств;  
В. Физиотерапии;  
С. Оперативного вмешательства;  
Д. Тугого бинтования молочных желез;  
Е. Дезинтоксикационной терапии.

**383. Перитонит после кесарева сечения может быть следствием:**  
А. Инфицирования брюшной полости во время операции;  
В. Несостоятельности шва на матке на фоне эндометрита;  
С. Нарушения барьерной функции кишечника при его парезе;  
Д. Всего перечисленного выше;  
Е. Ничего из перечисленного выше

**384. Возможные осложнения операции кесарева сечения:**  
А. Тромбоз глубоких вен  
В. Тромбоэмболия легочной артерии  
С. Внетазовый тромбофлебит  
Д. Метротромбофлебит  
Е. Тромбофлебит вен таза  
F. Все перечисленное выше

**385. Инфекционно-токсический шок чаще всего развивается под воздействием:**  
А. Эндотоксина грамотрицательных бактерий;  
В. Грамположительных бактерий;  
С. Вирусов;  
Д. Простейших;  
Е. Экзотоксина грамположительных кокков.

**386. Наиболее частым гнойно-септическим осложнением, развивающимся в послеродовом периоде, является:**  
А. Масют;  
В. Эндометрит,  
С. Раневая инфекция;  
Д. Пиелонефрит,  
Е. Тромбофлебит.

**387. В группу риска развития инфекционных осложнений, возникающих после родов, относятся все родильницы, кроме тех у кого:**  
А. Имеются очаги хронических инфекций;  
В. Произошло преждевременное излитие околоплодных вод;  
С. Имеется бактериальный вагиноз;  
Д. Масса тела новорожденного более 4000 г;  
Е. Произошли преждевременные роды.

**388. Наиболее часто встречающаяся форма послеродового эндометрита:**  
А. Эндометрит, связанный с задержкой в матке остатков децидуальной оболочки и лохий:  
В. «Чистый» базальный;  
С. Вызванный специфическими возбудителями;  
Д. Развившийся после хориоамнионита;  
Е. Возникший после ручного обследования полости матки.

**389. К факторам риска послеродового тромбофлебита относятся:**  
А. Варикозная болезнь и тромбофлебит в анамнезе;  
В. Возраст родильницы старше 35 лет;  
С. Послеродовый эндометрит;  
Д. Антифосфолипидный синдром;  
Е. Гипертоническая болезнь;  
F. Все перечисленное выше.

**390. Септический тромбофлебит вен таза характеризуется:**  
А. Гипертермией и ознобами;  
В. Лейкоцитозом со сдвигом формулы влево;  
С. Болезненностью при пальпации внутренних боковых поверхностей таза;  
Д. Повышенными уровнями протромбинового индекса и времени рекальцификации;  
Е. Все перечисленное выше.

**391. Диагноз септического тромбофлебита вен таза устанавливается на основании данных:**  
А. Клинической картины заболевания;  
В. Цветного допплеровского исследования;  
С. Контрастной флебографии;  
Д. Магнитно-резонансной томографии;  
Е. Мультиспиральной компьютерной томографии;  
F. Все перечисленное выше.

**392. При лечении септического тромбофлебита вен таза используют:**  
А. Терапию низкомолекулярными гепаринами;  
В. Антиагреганты;  
С. Ангиопротекторы и непрямые антикоагулянты;  
Д. Антибиотики;  
Е. Все перечисленное выше.

**393. Факторами, способствующими развитию гнойно-септических заболеваний в послеродовом периоде являются:**  
А. Многоводие;  
В. Генитальная инфекция;  
С. Травмы родовых путей;  
Д. Послеродовое кровотечение;  
Е. Многократные влагалищные исследования;  
F. Все перечисленное выше.

**394. По характеру течения воспалительного процесса мастит различают:**  
А. Серозный;  
В. Инфильтративный;  
С. Гнойный;  
Д. Интрамаммарный.

**395. По локализации очага воспаления мастит может быть:**  
А. Подкожный;  
В. Субареолярный;  
С. Интрамаммарный;  
Д. Ретромаммарный;  
Е. Тотальный;  
F. Аксиллярный.

**396. Для диагностики мастита используются методы:**  
А. Ультразвуковой;  
В. Пункция инфильтрата;  
С. Бактериологическое исследование молока;  
Д. Гормональный (определение уровня про л акта на);  
Е. Рентгенологический (маммография);  
F. Все перечисленное выше.

**397. Консервативная терапия мастита проводится при:**  
А. Серозном;  
В. Инфильтрата вном;  
С. Гнойном;  
Д. Гангренозном;  
Е. Флегмонозном;  
F. Инфнльтративночгнойном.

**398. Консервативное лечение инфильтративного мастита состоит из:**  
А. Антибиотакотерапик;  
В. Ретромаммарных новокаиновых блокад с антибиотиками широкого спектра действия;  
С. Десенсибилизирующей терапии;  
Д. Иммунной терапии;  
Е. Витаминотерапии;  
F. Все перечисленное выше.

**399. Хирургическое лечение гнойного мастита включает:**  
А. Вскрытие абсцесса;  
В. Некрэктомию;  
С. Использование дренажно-проточной системы;  
Д. Секторальную резекцию молочной железы;  
Е. Мастэктомию.

**400. Наиболее характерным клиническим симптомом предлежания плаценты является:**  
А. Хроническая внутриутробная гипоксия плода;  
В. Снижение уровня гемоглобина и количество эритроцитов в крови;  
С. Повторные кровянистые выделения из половых путей;  
Д. Артериальная гипотензия;  
Е. Угроза прерывания беременности.

**401. Наиболее информативным методом диагностики предлежания плаценты является:**  
А. Наружное акушерское исследование;  
В. Влагалищное исследование;  
С. УЗ-исследование;  
Д. Оценка сердечной деятельности плода;  
Е. Исследование системы гемостаза.

**402. При каком сроке беременности в основном заканчивается миграция плаценты:**  
А. 16-18 недель;  
В. 20-25 недель;  
С. 32-35 недель;  
Д. 38 недель;  
Е. 40 недель.

**403. При подозрении на предлежание плаценты влагалищное исследование можно проводить:**  
А. В женской консультации;  
В. В приемном отделении родильного дома;  
С. В родильном отделении и только при развернутой операционной;  
Д. В любых условиях;  
Е. Не производят из-за опасности возникновения профузного кровотечения.

**404. При предлежании плаценты кровотечение впервые возникает наиболее часто при сроке беременности:**  
А. 8-12 недель;  
В. 16-20 недель;  
С. 22-24 недель;  
Д. 26-32 недель;  
Е. 36-40 недель.

**405. Для клинической картины преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты характерны:**  
А. Боли в животе;  
В. Геморрагический шок;  
С. Изменение сердцебиения плода;  
Д. Повышение тонуса матки;  
Е. Все перечисленное выше.

**406. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты возможна:**  
А. Во время беременности;  
В. В прелиминарном периоде;  
С. В первом периоде родов;  
Д. Во втором периоде родов;  
Е. Все перечисленное выше.

**407. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты осложняется:**  
А. Возникновением матки Кювелера;  
В. Анте- или интранатальной гибелью плода;  
С. Развитием ДВС-синдрома;  
Д. Геморрагическим шоком;  
Е. Всем перечисленным выше.

**408. Клинические признаки выраженной формы преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты:**  
А. Геморрагический синдром;  
В. Болевой синдром;  
С. Острая гипоксия плода;  
Д. ДВС-синдром;  
Е. Все перечисленное выше.

**409. При развитии матки Кювелера возможно:**  
А. Образование ретроплацентарной гематомы;  
В. Имбибиция кровью мышечного слоя;  
С. Нарушение сократительной функции матки;  
Д. Формирование ДВС-синдрома;  
Е. Все перечисленное выше.

**410. При возникновении в раннем послеродовом периоде коагулопатического кровотечения, связанного с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, необходимо:**  
А. Ввести утеротонические средства;  
В. Провести ручное обследование стенок полости матки и наружновнутренний массаж матки на кулаке;  
С. Наложить клеммы на шейку матки по Н.С. Бакшееву;  
Д. Выполнить экстирпацию матки без придатков;  
Е. Использовать комплекс методов рефлекторного воздействия наматку.

**411. Объем "физиологической" кровопотери в родах:**  
А. 100-150 мл;  
В. 200-300 мл;  
С. 300-400 мл;  
Д. 400-500 мл;  
Е. Менее 100 мл.

**412. В группу риска развития гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде относятся все родильницы, кроме:**  
А. Больных с миомой матки;  
В. Тех, у кого роды осложнились слабостью родовой деятельности;  
С. Родивших ребенка с массой тела более 4000 г;  
Д. Многорожавших женщин;  
Е. Первородящих женщин с физиологическим течением родов.

**413. Профилактика кровотечения в родах предусматривает проведение всех перечисленных ниже мероприятий, кроме:**  
А. Выделения группы риска;  
В. Бережного ведения родов;  
С. Обезболивания во втором периоде родов с помощью ингаляционных анестетиков;  
Д. Внутривенного введения метилэргометрина при прорезывании головки;  
Е. Начать внутривенное капельное введение утеротоников в конце второго периода родов.

**414. Что является первым методом остановки кровотечения в раннем послеродовом периоде:**  
А. Прижатие аорты;  
В. Введение сокращающих средств;  
С. Наложение клемм на шейку матки по Н.С. Бакшееву;  
Д. Ручное обследование стенок послеродовой матки;  
Е. Осмотр мягких тканей родовых путей.

**415. Показанием к ручному обследованию послеродовой матки являются все перечисленные ниже клинические ситуации, кроме:**  
А. Разрыва шейки матки I и П степени;  
В. Продолжающейся кровопотери, превышающей физиологическую;  
С. Наличия рубца на матке;  
Д. Сомнения в целости плаценты;  
Е. Подозрения на разрыв матки.

**416. При гипотоническом кровотечении в раннем послеродовом периоде клеммы по Н.С. Бакшееву накладывают в случае:**  
А. Отсутствия эффекта от наружного массажа матки и кровопотере более 400 мл;  
В. Неэффективности ручного обследования стенок послеродовой матки и ее наружновнутреннего массажа;  
С. Неэффективности повторного ручного обследования матки;  
Д. Отсутствия эффекта от введения тампона с эфиром в задний свод влагалища;  
Е. Разрыва шейки матки.

**417. Тактика врача при возникновении кровотечения в третьем периоде родов при отсутствии признаков отделения плаценты:**  
А. Ввести средства, вызывающие сокращение матки;  
В. Применить метод Креде-Лазаревича;  
С. Применить прием Абуладзе;  
Д. Произвести ручное отделение плаценты и выделение последа;  
Е. Ввести спазмолитические средства.

**418. Наиболее частой причиной позднего послеродового кровотечения является:**  
А. Нарушение сократительной способности мышцы матки;  
В. Нарушения в системе гемостаза;  
С. Задержка в матке остатков плацентарной ткани;  
Д. Трофобластическая болезнь;  
Е. Ничего из выше перечисленного.

**419. Принципы борьбы с геморрагическим шоком в акушерстве:**  
А. Местный гемостаз;  
В. Предотвращение нарушений системы гемостаза;  
С. Восстановление ОЦК и микроциркуляции;  
Д. Профилактика дыхательной недостаточности;  
Е. Все перечисленное выше.

**420. Коагулопатическое кровотечение в раннем послеродовом периоде может быть обусловлено:**  
А. Массивной кровонотерей и геморрагическим шоком;  
В. Наличием исходной патологии системы гемостаза;  
С. Преждевременной отслойкой плаценты в родах;  
Д. Длительной задержкой мертвого плода в полости матки;  
Е. Все перечисленное выше.

**421. При приращении плаценты ворсины располагаются в пределах:**  
А. Функционального слоя эндометрия;  
В. Миометрия;  
С. Базального слоя эндометрия;  
Д. Периметрия;  
Е. Параметрия.

**422. Наружно-внутренний массаж матки показан при:**  
А. Разрыве шейки матки П ст.;  
В. Истинном приращении плаценты;  
С. Гипотонии матки;  
Д. Разрыве матки;  
Е. Нарушениях системы гемостаза.

**423. Операцию ручного отделения плаценты и выделения последа производят при:**  
А. Плотном прикреплении плаценты;  
В. Гипотонии матки;  
С. Разрыве матки;  
Д. Миоме матки;  
Е. Задержке частей последа.

**424. Контрольное ручное обследование полости послеродовой матки производят при:**  
А. Гипотонии матки;  
В. Подозрении на разрыв матки;  
С. Плотном прикреплении плаценты;  
Д. Истинном приращении плаценты;  
Е. Миоме матки.

**425. При введении руки в полость матки в третьем периоде родов или раннем послеродовом периоде необходимо:**  
А. Обработать наружные половые органы растворами антисептиков;  
В. Опорожнить мочевой пузырь;  
С. Подключить внутривенную капельную систему;  
Д. Провести общее обезболивание;  
Е. Выполнить все перечисленные выше манипуляции.

**426. Мониторинг при массивном кровотечении должен включать:**  
А. Контроль АД, ЭКГ, пульсоксиметрию.  
В. Оценку почасового диуреза.  
С. Измерение ЦВД.  
Д. Контроль за содержанием эритроцитов, тромбоцитов, гемоглобина, электролитов, мочевины; газовым составом крови.  
Е. Все перечисленное выше.

**427. Аутодонорство это:**  
А. Введение крови, собранной при кесаревом сечении;  
В. Использование заблаговременно сданной крови;  
С. Предоперационная гемодилюция свежезамороженной плазмой;  
Д. Забор крови для ее использования другими пациентками;  
Е. Сдача крови родственниками.

**428. Причиной разрыва матки в родах может быть:**  
А. Перерастяжение матки крупным плодом  
В. Клинически узкий таз  
С. Неправильное вставление головки  
Д. Несостоятельность рубца на матке  
Е. Слабость родовой деятельности

**429. Для клинической картины начинающегося разрыва матки в родах характерно:**  
А. Боли в области нижнего сегмента матки  
В. Гипоксия плода  
С. Кровянистые выделения из родовых путей  
Д. Слабость родовой деятельности  
Е. Бурная родовая деятельность

**430. Причиной раннего самопроизвольного выкидыша (в I триместре беременности) могут быть все перечисленные ниже заболевания, кроме:**  
А. Гипоплазии матки;  
В. Инфекции;  
С. Истмихо-цервикальной недостаточности;  
Д. Хромосомных аномалий эмбриона;  
Е. Ги пераядрогении надпочечникового генеза.

**431. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты наиболее часто происходит при:**  
А. Гестозе;  
В. Воспалительных изменениях эндометрия;  
С. Инфекционно-аллергическом васкулите;  
Д. Иммунологическом конфликте между матерью и плодом;  
Е. Много плодной беременности.

**432. Основным фактором, определяющим развитие острой формы ДВС-синдрома при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, является:**  
А. Маточно-плацентарная апоплексия;  
В. Морфофункциональные изменения плаценты;  
С. Повреждения эндотелия сосудов;  
Д. Поступление тромбопластических тканевых субстанций в кровеносную систему матери;  
Е. Все перечисленное выше.

**433. Состояние внутриутробного плода при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты зависит от:**  
А. Площади отслоившейся части плаценты;  
В. Вида отслойки;  
С. Быстроты отслойки;  
Д. Морфофункционального состояния плаценты;  
Е. Все перечисленное выше.

**434. При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты в родах могут быть предприняты перечисленные ниже меры:**  
А. Кесарево сечение;  
В. Стимуляция родовой деятельности;  
С. Экстракция плода за тазовый конец;  
Д. Плодоразрушающие операции;  
Е. Наложение акушерских щипцов.

**435. Укажите факторы, предрасполагающие к преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты:**  
А. Сахарный диабет,  
В. Много- и маловодие;  
С. Перенашивание беременности;  
Д. Искусственное и самопроизвольное прерывание беременности в анамнезе;  
Е. Все перечисленное выше.

**436. Диагноз предлежания плаценты может быть установлен на основании результатов:**  
А. Ультразвукового сканирования;  
В. Амниоскопии;  
С. Везико- и сцинтиграфии;  
Д. Тепловидения;  
Е. Все перечисленное выше

**437. Особенности миграции плаценты:**  
А. Протекает бессимптомно;  
В. Возможна в различные сроки беременности;  
С. Сопровождается кровянистыми выделениями из половых путей и незначительными болями в животе;  
Д. Существенно не влияет на состояние плода;  
Е. Все перечисленное выше

**438. Наиболее частой причиной кровотечения в третьем периоде родов являются:**  
А. Нарушения в системе гемостаза;  
В. Частичное плотное прикрепление плаценты;  
С. Полное плотное прикрепление плаценты;  
Д. Дефект последа,

**439. При массивном кровотечении в третьем периоде родов или послеродовом периоде начинают инфузию плазмозаменителей:**  
А. Внутривенно капельно (до 50 мл/мин) после остановки кровотечения;  
В. Внутривенно струйно (100-150 мл/мин) после остановки кровотечения;  
С. Внутривенно струйно (100-150 мл/мин) одновременно с мероприятиями по остановке кровотечения;  
Д. внутривенно капельно (до 50 мл/мин) одновременно с мероприятиями по остановке кровотечения;  
Е. В данной клинической ситуации инфузионную терапию не проводят.

**440. Первоочередной задачей иифузионно-трансфузионной терапии при массивной кровопотере и геморрагическом шоке в родах является:**  
А. Коррекция водно-электролитного баланса;  
В. Возмещение объема эритроцитов;  
С. Восполнение ОЦК и восстановление микроциркуляции;  
Д. Коррекция белкового баланса;  
Е. Повышение свертываемости крови.

**441. Правый косой размер:** (Код: В)  
1. левый подвздошно-лонный бугорок;  
2. левое крестцово-подвздошное сочленение;  
3. правое крестцово-подвздошное сочленение;  
4. правый подвздошно-лонный бугорок.

**442. Левый косой размер:** (Код: С)  
1. левый подвздошно-лонный бугорок;  
2. левое крестцово-подвздошное сочленение;  
3. правое крестцово-подвздошное сочленение;  
4. правый подвздошно-лонный бугорок.

**443. Плоскость выхода малого таз ограничена:** (Код: А)  
1. нижним краем лобкового симфиза;  
2. верхушкой копчика;  
3. седалищными буграми;  
4. седалищными остями.

**444. Предлежащая часть плода может быть определена с помощью:** (Код: Д)  
1. первого приема пальпации плода в матке;  
2. четвертого приема пальпации плода в матке;  
3. второго приема пальпации плода в матке;  
4. третьего приема пальпации плода в матке.

**445. Уровень стояния дна матки и часть плода, расположенную в дне матки, определяют с помощью:** (Код: Д)  
1. четвертого приема пальпации плода в матке;  
2. третьего приема пальпации плода в матке;  
3. второго приема пальпации плода в матке;  
4. первого приема пальпации плода в матке.

**446. Истинная конъюгата может быть определена по:** (Код: Е)  
1. наружной конъюгате;  
2. диагональной конъюгате;  
3. вертикальному размеру ромба Михаэлиса;  
4. размеру Франка.

**447. Положение и позицию плода определяют с помощью:** (Код: Д)  
1. первого приема пальпации плода в матке;  
2. третьего приема пальпации плода в матке;  
3. четвертого приема пальпации плода в матке;  
4. второго приема пальпации плода в матке.

**448. Отношение предлежащей части плода к плоскостям малого таза определяют с помощью:** (Код: Д)  
1. первого приема пальпации плода в матке;  
2. третьего приема пальпации плода в матке;  
3. второго приема пальпации плода в матке;  
4. четвертого приема пальпации плода в матке.

**449. Плоскость широкой части полости малого таза ограничена:** (Код: В)  
1. сочленением 2-3 крестцовых позвонков;  
2. мысом;  
3. серединой лобкового симфиза;  
4. верхним краем лобкового симфиза.

**450. Диагональная конъюгата может быть определена:** (Код: Д)  
1. по наружной конъюгате;  
2. по высоте лобкового симфиза;  
3. по боковой конъюгате;  
4. при влагалищном исследовании.

**451. Границами истинной конъюгаты являются:** (Код: В)  
1. мыс;  
2. крестцово-копчиковое сочленение;  
3. верхневнутренний край лобкового симфиза;  
4. середина лобкового симфиза.

**452. Истинная конъюгата может быть определена по:** (Код: Д)  
1. прямому размеру выхода малого таза;  
2. высоте лобкового симфиза;  
3. горизонтальному размеру ромба Михаэлиса;  
4. размеру Франка.

**453. Ранняя диагностика беременности предполагает:** (Код: Е)  
1. измерение базальной температуры;  
2. определение уровня b-субъединицы ХГ в крови;  
3. УЗ-исследование;  
4. динамическое наблюдение за размерами матки.

**454. Данные влагалищного исследования, свидетельствующие о беременности малого срока:** (Код: Е)  
1. легкая смещаемость шейки матки;  
2. асимметрия матки;  
3. размягчение перешейка матки;  
4. изменение консистенции матки при исследовании.

**455. Диагностика маточной беременности малого срока основывается на:** (Код: Е)  
1. данных ультразвукового исследования;  
2. данных измерения базальной температуры;  
3. данных определения уровня хорионического гонадотропина в крови и/или моче;  
4. обнаружении палы шторных признаков беременности.

**456. О начале родов свидетельствует:** (Код: В)  
1. наличие регулярных схваток;  
2. формирование плодного пузыря;  
3. сглаживание и раскрытие шейки матки;  
4. излитие околоплодных вод.

**457. Для схваток-предвестников характерны следующие признаки:** (Код: Е)  
1. нерегулярность;  
2. незначительная болезненность;  
3. не нарушают режим отдыха беременной;  
4. приводят к «созреванию» шейки матки.

**458. К предвестникам родов относят:** (Код: Е)  
1. опускание дна матки;  
2. выпячивание пупка;  
3. схватки предвестники;  
4. отхождение слизистой пробки.

**459. Профилактика кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде проводится при:** (Код: Е)  
1. абортах в анамнезе;  
2. многоводии;  
3. многоплодной беременности;  
4. слабости родовой деятельности.

**460. Особенности нормального прелиминарного периода:** (Код: А)  
1. нерегулярные, безболезненные схватки в течение не более 6 ч, переходящие в регулярную родовую деятельность;  
2. режим сна и бодрствования не нарушается;  
3. «созревание» шейки матки;  
4. преждевременный разрыв плодного пузыря.

**461. Степень «готовности» шейки матки к родам определяется:** (Код: Е)  
1. консистенцией шейки матки;  
2. длиной шейки матки;  
3. расширением канала шейки матки;  
4. центрированием шейки матки по оси таза.

**462. Влагалищное исследование в родах проводят:** (Код: А)  
1. при поступлении роженицы в стационар;  
2. при излитии околоплодных вод;  
3. при возникновении осложнений со стороны матери и плодя;  
4. каждые 3-4 часа в период раскрытия.

**463. Цель влагалищного исследования в родах:** (Код: Е)  
1. определение состояния шейки матки;  
2. определение опознавательных точек на предлежащей части плода;  
3. определение целостности плодного пузыря;  
4. определение продвижения предлежащей часта.

**464. В 1-м периоде родов акушер должен следить за:** (Код: Е)  
1. сердцебиением плода;  
2. гемодинамическим и показателями роженицы;  
3. интенсивностью схваток;  
4. интервалом между схватками.

**465. Действие окситоцнна в родах основано на:** (Код: Е)  
1. усилении мембранного потенциала и повышении возбудимости мышечной клетки;  
2. увеличении скорости связывания ацетилхолина рецепторами миометрия и освобождении его из связанного состояния;  
3. действии на альфа(-адренорецепторы;  
4. уменьшении угнетения холинэстеразы.

**466. Применение перидуральной анестезии в родах показано при:** (Код: В)  
1. нефропатии;  
2. первичной слабости родовой деятельности;  
3. дискоординации родовой деятельности;  
4. вторичной слабости родовой деятельности.

**467. Акушерское пособие в родах включает:** (Код: А)  
1. предупреждение преждевременного разгибания головки;  
2. заем мягких тканей промежности;  
3. выведение теменных бугров вне потуги;  
4. рассечение промежности.

**468. Регулярная родовая деятельность характеризуется:** (Код: В)  
1. наличием регулярных схваток, нарастающих по силе и частоте;  
2. появлением сукровичных выделений из половых путей;  
3. сглаживанием шейки матки;  
4. разрывом плодного пузыря.

**469. Эффективность родовой деятельности зависит от:** (Код: А)  
1. силы и сокращения миометрия;  
2. наличия функционирующего плодного пузыря;  
3. водителя ритма, расположенного в одном из трубных углов матки;  
4. позиции плода.

**470. О начале второго периода родов свидетельствует:** (Код: Д)  
1. появление потуг;  
2. расположение головки плода во входе в малый таз;  
3. пролабирование плодного пузыря;  
4. полное раскрытие шейки матки.

**471. Показанием к рассечению промежности при прорезывании головки является:** (Код: А)  
1. угроза разрыва промежности;  
2. острая внутриутробная гипоксия плода;  
3. преждевременные роды;  
4. запоздалые роды.

**472. Вариант механизма родов определяют по:** (Код: А)  
1. расположению проводной точки;  
2. расположению родничков;  
3. расположению сагиттального шва;  
4. степени конфигурации головки.

**473. Движения головки плода в полости малого таза при нормальном механизме родов:** (Код: С)  
1. разгибание;  
2. внутренний поворот,  
3. наружный поворот;  
4. опускание головки.

**474. Какие опознавательные точки можно определить на головке при лобном вставлении:** (Код: С)  
1. малый родничок;  
2. передний угол большого родничка;  
3. подбородок;  
4. корень носа (верхняя челюсть).

**475. Какие виды предлежания относятся к разгибательным:** (Код: А)  
1. лобное;  
2. лицевое;  
3. переднеголовное;  
4. задний вид затылочного предлежания.

**476. Какие опознавательные точки можно определить на головке плода при лицевом вставлении:** (Код: В)  
1. лобный шов;  
2. малый родничок;  
3. подбородок;  
4. большой родничок.

**477. Неправильные вставления головки плода:** (Код: А)  
1. лобное;  
2. лицевое с тенденцией к заднему виду;  
3. высокое прямое стояние стреловидного шва;  
4. лицевое с тенденцией к переднему виду.

**478. При диагностике заднего вида лицевого предлежания в родах следует:** (Код: Д)  
1. вести роды с функциональной оценкой таза;  
2. произвести операцию кесарева сечения при появлении признаков клинически узкого таза;  
3. произвести плодоразрушающую операцию;  
4. произвести операцию кесарева сечения в экстренном порядке.

**479. Какие опознавательные точки определяются на головке плода при лобном вставлении:** (Код: А)  
1. передний угол большого родничка;  
2. лоб;  
3. корень носа (верхняя челюсть);  
4. подбородок.

**480. Какие показатели определяют особенности механизма родов:** (Код: Е)  
1. движения головки плода;  
2. расположение швов и родничков головки плода;  
3. расположение проводной точки;  
4. особенности конфигурации головки плода.

**481. При каком вставлении головки плода роды через естественные родовые пути невозможны?** (Код: В)  
1. лобное вставление;  
2. задний вид затылочного предлежания;  
3. задний вид лицевого предлежания;  
4. передний вид лицевого предлежания.

**482. Головка на тазовом дне:** (Код: Е)  
1. при наружном исследовании головка не пальпируется;  
2. седалищные ости не доступны пальпации;  
3. внутренняя поверхность лобкового симфиза выполнена головкой;  
4. сагиттальный шов расположен в прямом размере.

**483. Головка в широкой части полости малого таза:** (Код: А)  
1. над входом в таз прощупывается небольшая часть головки;  
2. свободно прощупывают SI V и SV;  
3. верхняя половина крестца и лобкового симфиза заняты головкой;  
4. седалищные ости недоступны пальпации.

**484. Головка в узкой части полости малого таза:** (Код: А)  
1. седалищные ости заняты головкой;  
2. с помощью наружных приемов головка не определяется;  
3. внутренняя поверхность лобкового симфиза недоступна пальпации;  
4. мыс достигается согнутым пальцем.

**485. При появлении признаков отделения плаценты послед должен быть выделен:** (Код: Д)  
1. через 5-10 мин;  
2. через 30 мин;  
3. через 2 ч;  
4. немедленно.

**486. При появлении кровянистых выделений из половых путей в последовом периоде, прежде всего, требуется:** (Код: Д)  
1. немедленное выделение последа;  
2. введение утеротонических средств;  
3. применение методов рефлекторного воздействия на миометрий;  
4. определение признаков отделения плаценты.

**487. При переднем и заднем виде затылочного предлежания стреловидный шов на тазовом дне устанавливается:** (Код: В)  
1. в прямом размере малым родничком кпереди;  
2. в косом;  
3. в прямом размере малым родничком кзади;  
4. в поперечном.

**488. Точки вращения при переднеголовном предлежании:** (Код: В)  
1. переносье;  
2. граница волосистой части лба;  
3. затылочный бугор;  
4. подъязычная кость.

**489. Первородящая женщина находится в первом периоде родов. Родовая деятельность активная, схватки резко болезненные. Открытие маточного зева 5-бсм. Как возможно обезболить роды?** (Код: А)  
1. применить спазмолитики;  
2. ввести промедол;  
3. использовать вдыхание закисно-кислородной смеси;  
4. применить ГОМК.

**490. Эстрогены во время родов:** (Код: Е)  
1. увеличивают кровоток в миометрии;  
2. увеличивают интенсивность окислительно-восстановительных процессов и синтез сократительных белков в миометрии;  
3. увеличивают проницаемость клеточных мембран для ионов К. Са, Na;

**491. Применение перидуральной анестезии в родах показано при:** (Код: В)  
1. нефропатии;  
2. первичной слабости родовой деятельности;  
3. дискоординации родовой деятельности;  
4. вторичной слабости родовой деятельности.

**492. Ранняя амниотомия показана при:** (Код: С)  
1. преждевременных родах;  
2. многоводии;  
3. поперечном положении плода;  
4. аномалиях родовой деятельности.

**493. Профилактику кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах осуществляют путем:** (Код: В)  
1. внутривенного введения раствора метилэргометрина в момент прорезывания головки;  
2. внутривенного введения раствора маммофизина;  
3. внутривенного капельного введения 5 ЕД окситоцина в 5% растворе глюкозы;  
4. введением S ЕД окситоцина подкожно.

**494. Физиологическая кровопотеря в последовом периоде обусловлена:** (Код: Д)  
1. изменением свертывающей системы крови при беременности;  
2. особенностями сократительной функции матки после родов;  
3. гиперэстрогенией;  
4. гемохориальным типом плацентации.

**495. Показатели работы родильного стационара:** (Код: Е)  
1. перинатальная смертность;  
2. материнская смертность;  
3. инфекционно-септические заболевания;  
4. родовой травматизм.

**496. Первичная реанимация новорожденного включает:** (Код: А)  
1. санация дыхательных путей;  
2. интубация трахеи, ИВЛ;  
3. непрямой массаж сердца;  
4. инфузионная терапия.

**497. Родильнице предоставляется дополнительный оплачиваемый послеродовый отпуск при:** (Код: В)  
1. тяжелой экстрагенитальной патологии;  
2. родах в тазовом предлежании;  
3. гестозе;  
4. интранаталъной гибели плода.

**498. Беременные с железодефицитной анемией относятся к группе риска по развитию следующих осложнений:** (Код: Е)  
1. аномалий родовой деятельности;  
2. послеродовых гнойно-септических заболеваний;  
3. кровотечений в III и раннем послеродовом периоде;  
4. ги по галактик.

**499. Осложнения при пиелонефрите во время беременности:** (Код: Е)  
1. анемия;  
2. внутриутробное инфицирование плода;  
3. синдром внутриутробной задержки роста плода;  
4. развитие сочетанной формы гестоза.

**500. Назовите факторы, предрасполагающие к развитию гесгационногопиелонефрита:** (Код: Е)  
1. анатомические и функциональные особенности женских мочеполовых органов;  
2. нарушение уродинамики верхних мочевых путей;  
3. воспалительные заболевания половых путей,  
4. экстрагенитальные инфекционные заболевания во время беременности и в анамнезе.

**501. В какие сроки беременности чаще всего наблюдается обострение хронического пиелонефрита:** (Код: С)  
1. 1-16 недель;  
2. 16-20 недель;  
3. 20-28 недель;  
4. 28-34 недель.

**502. Что может послужить причиной самопроизвольного прерывания беременности при остром пиелонефрите:** (Код: Е)  
1. инфицирование околоплодных вод;  
2. бактериальная интоксикация;  
3. высокая температура тела;  
4. тератогенное воздействие бактериальных токсинов на плод.

**503. Какие из перечисленных осложнений беременности часто развиваются при хроническом пиелонефрите:** (Код: А)  
1. гестоз;  
2. анемия;  
3. внутриутробное инфицирование плода;  
4. острая гипоксия плода.

**504. Условно-патогенными микроорганизмами, вызывающими пиелонефрит у беременных, являются:** (Код: Е)  
1. кишечная палочка;  
2. энтеробактерии;  
3. стафилококки;  
4. фибы рода кандица.

**505. Факторами, способствующими обострению пиелонефрита у беременных, являются:** (Код: В)  
1. изменение гормонального статуса;  
2. ослабление связочного аппарата почек;  
3. изменение анатомо-топографических взаимоотношений;  
4. повышение тонуса матки.

**506. Для лечения острого пиелонефрита у беременных используют:** (Код: А)  
1. полусинтетические пенициллины;  
2. нитрофураны;  
3. цефалоспорины;  
4. тетрациклины.

**507. Осложнения, развивающиеся во время беременности при гипертонической болезни:** (Код: А)  
1. раннее развитие сочетанных форм гестоза;  
2. преждевременное прерывание беременности;  
3. фетоплацентарная недостаточность;  
4. перенашивание.

**508. Осложнениями артериальной гипертонии во время беременности являются:** (Код: Е)  
1. гестоз;  
2. плацентарная недостаточность;  
3. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;  
4. развитие ДВС-синдрома.

**509. Основными требованиями, предъявляемыми к лекарственным препаратам, применяемым для лечения железодефицитных состояний у беременных, являются:** (Код: Е)  
1. высокое содержание ионов железа в одной таблетке;  
2. хорошая биодоступность железа;  
3. удобный режим дозирования;  
4. минимальное количество побочных эффектов.

**510. Операция кесарева сечения у беременных с заболеваниями органов зрения показана при:** (Код: Е)  
1. прогрессирующей миопии;  
2. миопии высокой степени;  
3. после лазерной коагуляции сетчатки;  
4. неврите зрительного нерва.

**511. В патогенезе острого аппендицита у беременных играют роль:** (Код: Е)  
1. повышение порога чувствительности хеморецепторов кишечника к биологически активным веществам;  
2. повышение уровня прогестерона;  
3. патологические перегибы и смещения аппендикса;  
4. сдавление кишечника беременной маткой.

**512. Показаниями к операции кесарева сечения при сахарном диабете являются следующие осложнения:** (Код: Е)  
1. прогрессирующая ангиопатия сетчатки;  
2. гигантские размеры плода;  
3. тяжелый гесгоз;  
4. переношенная беременность.

**513. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику острого аппендицита во II и III триместрах беременности:** (Код: Е)  
1. острый пиелонефрит;  
2. острый холецистит;  
3. угроза прерывания беременности;  
4. нижнедолевая правосторонняя пневмония.

**514. В целях дифференциальной диагностики при клинической картине аппендицита в 1 триместре беременности следует исключить следующие заболевания:** (Код: А)  
1. перекрут ножки опухоли яичника,  
2. угроза прерывания маточной беременности  
3. эктопическая беременность.

**515. Развитие вирусного гепатита в период беременности может сопровождаться:** (Код: Е)  
1. досрочным прерыванием беременности;  
2. гипотоническим кровотечением в раннем послеродовом периоде;  
3. развитием тяжелой формы гестоза;  
4. развитием фетоплацентарной недостаточности.

**516. При возникновении каких заболеваний органа зрения беременность должна быть прервана:** (Код: А)  
1. отслойке сетчатки;  
2. кровоизлиянии в сетчатку и потере зрения;  
3. прогрессирующей близорукости;  
4. близорукости средней степени.

**517. Больным сахарным диабегом беременность противопоказана при:** (Код: А)  
1. сочетании сахарного диабета с ангио- и ретинопатией;  
2. инсулинрезистентной форме диабета;  
3. заболевании обоих супругов;  
4. латентной форме диабета.

**518. Что характерно для клинического течения хронического пиелонефрита при беременности:** (Код: А)  
1. непостоянство симптомов;  
2. раннее развитие гестоза;  
3. повторное обострение заболевания;  
4. высокий лейкоцитоз со сдвигом влево.

**519. При выборе метода лекарственной терапии пиелонефрита беременных необходимо учитывать:** (Код: Е)  
1. срок беременности;  
2. вид возбудителя и его чувствительность к антибактериальным препаратам;  
3. тяжесть заболевания;  
4. концентрационную способность почек.

**520. Развитию аппендицита во II половине беременности способствует:** (Код: Е)  
1. уменьшение объема брюшной полости вследствие увеличения матки;  
2. смещение вверх слепой кишки и аппендикса;  
3. нарушение микроциркуляции в кишечнике;  
4. наличие гипомоторной дискинезии кишечника.

**521. Наиболее информативными признаками при установлении диагноза острого аппендицита у беременных являются:** (Код: А)  
1. локальная болезненность;  
2. симптомы раздражения брюшины;  
3. нейтрофильный лейкоцитоз;  
4. напряжение мышц передней брюшной стенки.

**522. Для профилактики тромботических и тромбоэмболических осложнений у беременных с варикозной болезнью проводят:** (Код: Е)  
1. эластическое бинтование ног;  
2. антикоагулянтная терапия;  
3. дезагрегационная терапия;  
4. ранняя физическая активность в послеродовом периоде.

**523. Для прогнозирования исходов беременности у женщин с приобретенными пороками сердца необходимо учитывать:** (Код: Е)  
1. форму и стадию развития порока;  
2. стадию компенсации кровообращения;  
3. степень легочной гипертензии;  
4. активность ревматического процесса.

**524. У женщин с приобретенными пороками сердца беременность противопоказана при:** (Код: Е)  
1. сердечной недостаточности независимо от формы порока;  
2. активном ревматическом процессе;  
3. митральном стенозе II-III стадии;  
4. рестенозе после хирургического лечения.

**525. При врожденных пороках сердца беременность может быть пролонгирована при:** (Код: А)  
1. состоянии после операции по поводу открытого артериального протока;  
2. низко расположенном дефекте межжелудочковой перегородки;  
3. небольшом изолированном дефекте межпредсердной перегородки;  
4. низко расположенном дефекте межжелудочковой перегородки.

**526. Острый аппендицит во II половине беременности следует дифференцировать с:** (Код: Е)  
1. угрозой прерывания беременности;  
2. угрозой разрыва матки по рубиу;  
3. преэклампсией;  
4. преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты.

**527. На ранних сроках беременности клинику острого аппендицита необходимо дифференцировать с:** (Код: Е)  
1. внематочной беременностью;  
2. угрожающим ранним выкидышем;  
3. перекрутом ножки опухоли яичника;  
4. разрывом стенки кисты яичника.

**528. Наиболее благоприятным оперативным доступом при производстве аппендзктомии в III триместре беременности является:** (Код: Д)  
1. разрез по Волковичу-Дьяконову;  
2. лапароскопический доступ;  
3. минилапа ротомия;  
4. нижнесрединная лапаротомия.

**529. Показанием к операции кесарева сечения в первые дни после аппендэктомии у беременных является:** (Код: С)  
1. преждевременной излитие околоплодных вод;  
2. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;  
3. хроническая гипоксия плода;  
4. преэклампсия.

**530. Госпитализация беременных с приобретенными ревматическими пороками сердца показана:** (Код: А)  
1. в первом триместре беременности;  
2. в конце второго триместра;  
3. за 2-3 недели до срока родов;  
4. госпитализация проводится только при обострении ревматического процесса или при декомпенсации кровообращения.

**531. Профилактика осложнений у беременных, оперированных по поводу острого аппендицита во второй половине беременности включает:** (Код: А)  
1. седативную терапию;  
2. антибиотикотерапию;  
3. токолитическую терапию;  
4. гормональную терапию.

**532. Какие заболевания входят в группу TORCH—инфекций?** (Код: Е)  
1. цитомегаловирусная инфекция;  
2. герпесвирусная инфекция;  
3. токсоплазмоз;  
4. корь.

**533. Клиническими проявлениями внутриутробного инфицирования в первые 3 месяца беременности являются:** (Код: В)  
1. истинные пороки развития;  
2. дизэмбриогенетические стигмы;  
3. угроза раннего выкидыша;  
4. внутриутробная задержка роста плода

**534. К факторам риска развития внутриутробного инфицирования плода относятся:** (Код: Е)  
1. хронический сальпингоофорит,  
2. хронический тонзиллит;  
3. бессимптомная бактериурия;  
4. хронические неспецифические заболевания легких.

**535. К эхографическим маркерам внутриутробного инфицирования относятся:** (Код: Е)  
1. СЗРП;  
2. многоводие;  
3. маповодие;  
4. расширение чашечно-лоханочной системы плода.

**536. Характерные врожденные пороки развития плода при поражении вирусом краснухи:** (Код: А)  
1. глухота;  
2. порок сердца;  
3. микрофтальмия;  
4. полидактилия.

**537. Методы диагностики цитомегаловирусной инфекции:** (Код: Е)  
1. культуральный;  
2. ДНК-зондирование;  
3. ПЦР-исследование;  
4. серологические методы.

**538. Характерными признаками цитомегаловирусной инфекции при гистологическом исследовании последов являются:** (Код: Д)  
1. очаговые ишемические инфаркты;  
2. кровоизлияния в межворсинчатом пространстве;  
3. признаки гипоплазии плаценты;  
4. цитомегалические клетки типа «совиный глаз».

**539. Детям, родившимся от матерей с острой и реактивированной хронической цитомегаловирусной инфекцией:** (Код: С)  
1. необходимо грудное вскармливание;  
2. запрещено грудное вскармливание;  
3. нет необходимости в лабораторном и диспансерном наблюдении;  
4. необходимо лабораторное и диспансерное наблюдение в течение первого года жизни.

**540. Поздними проявлениями врожденной ЦМВИ являются:** (Код: С)  
1. потеря слуха;  
2. задержка умственного и физического развития;  
3. атрофия зрительного нерва;  
4. дефекты роста зубов.

**541. Клиническими проявления внутриутробной Коксаки-вирусной инфекции при инфицировании во второй половине беременности являются:** (Код: Е)  
1. кожные высыпания;  
2. пневмония;  
3. лихорадка;  
4. отит.

**542. Клиническими проявлениями парвовирусной инфекции являются:** (Код: Е)  
1. кожная сыпь;  
2. артралгия;  
3. транзиторная апластическая анемия;  
4. боли в горле.

**543. Парвовирус обладает тропизмом к:** (Код: Д)  
1. лейкоцитам;  
2. эритроцитам;  
3. тромбоцитам;  
4. предшественникам эритроцитов.

**544. Типичные клинические проявления внутриутробной хламидийной инфекции у новорожденного:** (Код: А)  
1. пневмония;  
2. конъюнктивит;  
3. вульвовагинит;  
4. фаринпгг.

**545. Препараты, применяющиеся для лечения хламидийной инфекции во время беременности:** (Код: А)  
1. джозамицин;  
2. эритромицин;  
3. кларитромицин;  
4. тетрациклин.

**546. Клиническими проявлениями внутриутробного лисгериоза являются:** (Код: А)  
1. аспирационная пневмония;  
2. нарушения мозгового кровообращения;  
3. папулезная сыпь;  
4. отит.

**547. Выберите прямые методы диагностики внутриутробной инфекции:** (Код: А)  
1. исследование крови плода;  
2. исследование аспирата хориона;  
3. исследование околоплодных вод;  
4. идентификация возбудителя в отделяемом шейки матки.

**548. Во второй половине беременности можно применять следующие препараты:** (Код: В)  
1. кларитромицин;  
2. гентамицин:  
3. фурапш;  
4. левомицетин.

**549. К клиническим проявлениям внутриутробной герпетической инфекции относится:** (Код: Е)  
1. микроцефалия;  
2. катаракта;  
3. микрофтальмия;  
4. сепсис.

**550. Показания к кардиотоко графическому исследованию:** (Код: С)  
1. отягощенный акушерский анамнез;  
2. переношенная беременность;  
3. многоплодная беременность;  
4. изменение плодового кровотока по данным допплерометрии.

**551. Для оценки состояния плода при анализе кардиотокограммы учитывают:** (Код: Е)  
1. базальный ритм;  
2. вариабельность базального ритма;  
3. наличие и число акцелераций;  
4. наличие децелераций.

**552. Ранняя диагностика беременности предполагает:** (Код: Е)  
1. измерение базальной температуры;  
2. определение уровня b-субъединицы ХГ в крови;  
3. УЗ-исследование;  
4. динамическое наблюдение за размерами матки.

**553. Аускультация ЧСС сердца плода акушерским стетоскопом позволяет выявить:** (Код: В)  
1. острую внутриутробную гипоксию плода в антенатальном периоде;  
2. нарастание тяжести хронической внутриутробной гипоксии плода в интранатальном периоде;  
3. острую внутриутробную гипоксию плода в интранатальном периоде;  
4. хроническую гипоксию плода.

**554. Методы оценки состояния плода:** (Код: Е)  
1. кардиотокография;  
2. УЗ-фетометрия;  
3. допплерометрия маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока;  
4. гормональные исследования.

**555. Назовите косвенные ультразвуковые критерии оценки степени зрелости плода:** (Код: С)  
1. масса плода;  
2. размеры ядра Беклара 5-7 мм;  
3. длина бедренной кости плода;  
4. структурность плаценты III стадии.

**556. Какие осложнения можно диагностировать при ультразвуковом исследовании в 1 триместре беременности:** (Код: А)  
1. неразвивающаяся беременность;  
2. угрожающий ранний выкидыш;  
3. пузырный занос;  
4. внутриутробная задержка роста плода

**557. Эхографические признаки угрозы прерывания беременности в I триместре:** (Код: С)  
1. отсутствие сердечной деятельности эмбриона;  
2. локальное утолщение миометрия;  
3. отсутствие двигательной активности эмбриона;  
4. увеличение диаметра внутреннего зева более 2 см.

**558. Многоводие часто сочетается с:** (Код: Е)  
1. изоиммунизацией плода;  
2. пороками развития ЦНС плода;  
3. атрезией тонкой кишки плода;  
4. внутриутробным инфицированием.

**559. Маловодие часто сочетается с:** (Код: В)  
1. пороками развития мочевыделительной системы плода;  
2. макросомией;  
3. плацентарной недостаточностью;  
4. миомой матки у матери.

**560. К эхографическим маркерам хромосомных аномалий в I триместре беременности относятся:** (Код: Е)  
1. толщина воротникового пространства > 3 мм;  
2. кистозная гигрома шеи плода;  
3. несоответствие копчико-теменного размера эмбриона сроку беременности;  
4. уменьшение размера носовой части плода

**561. Целью ультразвукового исследования при многоплодной беременности является:** (Код: Е)  
1. определение количества плодов, их положения и предлежания;  
2. фетометрия;  
3. установление локализации и количества плацент,  
4. уточнение типа (хориальности).

**562. Для дихориапьной диамниотической двойни характерно:** (Код: С)  
1. одна плацента;  
2. две плаценты;  
3. плоды одинакового пола;  
4. амниотическая перегородка

**563. Для фето-фетального трансфузнонного синдрома характерно:** (Код: В)  
1. различие в массе близнецов более чем на 25%;  
2. различия в массе нет;  
3. различные количества околоплодных вод;  
4. наличие двух отдельных плацент.

**564. Врожденные пороки сердца плода часто сочетаются с:** (Код: А)  
1. пороками развития ЦНС;  
2. хромосомными аномалиями;  
3. неиммунной водянкой плода;  
4. иммунологическим конфликтом.

**565. Показаниями для допплеровского исследования маточно-плацентарного кровотока является:** (Код: Е)  
1. гестоз;  
2. переношенная беременность;  
3. внутриутробная задержка роста плода;  
4. хроническая гипоксия плода.

**566. Для II степени гемодинамических нарушений у плода характерно:** (Код: В)  
1. повышение сосудистой резистентности в маточных артериях;  
2. понижение сосудистой резистентности в артерии пуповины;  
3. повышение сосудистой резистентности в артерии пуповины;  
4. понижение сосудистой резистентности в маточных артериях.

**567. К патологическим показателям кардиотокограммы по классификации FIGO относят:** (Код: А)  
1. базальный ритм < 100 уд/мин;  
2. отсутствие акцелераций;  
3. длительные поздние децелерации;  
4. децелерации отсутствуют.

**568. Острая гипоксия плода:** (Код: Е)  
1. урежение сердцебиения плода ниже 110 уд/мин;  
2. аритмия;  
3. глухость сердечных тонов;  
4. учащение, сердцебиения плода до 170-180 уд/мин.

**569. УЗ-исследование при беременности позволяет определить:** (Код: А)  
1. срок беременности и массу плода;  
2. пороки развития плода;  
3. степень зрелости плода;  
4. наличие хронической гипоксии у плода

**570. Какие диагностические методы основаны на применении ультразвуковых колебаний:** (Код: В)  
1. кардиотоко граф ия;  
2. электрокардиография;  
3. допплерометрия;  
4. амниоскопия.

**571. Оптимальные сроки беременности для проведения ультразвуковых скрининговых исследований:** (Код: А)  
1. 12-14 недель;  
2. 20-24 недель;  
3. 32-34 недель;  
4. 38-40 недель.

**572. Изучение биофизического профиля плода предполагает:** (Код: Е)  
1. определение количества околоплодных вод;  
2. оценку дыхательных движений плода;  
3. установление стадии структурности плаценты;  
4. оценку результатов несгрессового теста.

**573. Стандартная фетомегрия предполагает:** (Код: А)  
1. определение бипариетального размера головки плода;  
2. измерение длины бедренной кости плода;  
3. определение окружности живота плода;  
4. измерение длины плечевой кости плода.

**574. Укажите нормальные показатели кровотока в маточных артериях после 20 недель беременности:** (Код: В)  
1. систолодиастолическое отношение менее 2,4;  
2. систоло диастолическое отношение более 3,0;  
3. отсутствие на кривой скорости кровотока прстодиастолической выемки;  
4. наличие протодиастолической выемки на кривой скорости кровотока.

**575. Перечислите противопоказания к амниоскопии:** (Код: А)  
1. угроза преждевременных родов;  
2. заболевания шейки матки;  
3. кольпит;  
4. многоводие.

**576. Основные критерии нормальной антенатальной кардиотокограммы:** (Код: В)  
1. базальный ритм 120-160 уд/мин;  
2. вариабельность базального ритма менее 5 уд/мин за 40 мин записи;  
3. наличие 2 акцелераций и более на протяжении 10 мин записи;  
4. выраженные вариабельные децелерации.

**577. При эхографическом исследовании можно определить:** (Код: Д)  
1. пороки развития и синдром задержки роста плода;  
2. гематометру после родов;  
3. локализацию плаценты, степень ее зрелости;  
4. генетически обусловленные заболевания крови.

**578. Назовите основные статистические показатели, отражающие работу родильного стационара:** (Код: Е)  
1. перинатальная смертность;  
2. материнская смертность;  
3. септическая заболеваемость;  
4. родовой травматизм.

**579. В каких случаях родильнице необходимо предоставить дополнительный оплачиваемый послеродовой отпуск:** (Код: В)  
1. при тяжелой экстрагенитальной патологии;  
2. в случае родов в тазовом предлежании;  
3. при гестозе;  
4. при интранатальной гибели плода.

**580. Назовите основные формы внутриутробной задержки роста плода:** (Код: В)  
1. симметричная;  
2. острая;  
3. асимметричная;  
4. хроническая.

**581. Развитию фетоплацентарной недостаточности во время беременности способствуют:** (Код: Е)  
1. гестоз;  
2. заболевания почек;  
3. гипертоническая болезнь;  
4. анемия беременных.

**582. Причины внутриутробной задержки роста плода:** (Код: А)  
1. гестоз;  
2. внутриутробная инфекция;  
3. длительная угроза прерывания беременности;  
4. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

**583. Факторами риска развития синдрома задержки роста плода могут быть:** (Код: Е)  
1. гипертоническая болезнь матери;  
2. гестоз;  
3. наличие рубца на матке;  
4. хромосомные аномалии плода.

**584. К признакам фетоплацентарной недостаточности, выявляемым при ультразвуковом исследовании относятся:** (Код: С)  
1. многоводие;  
2. маловодие;  
3. крупные размеры плода;  
4. преждевременное созревание плаценты.

**585. Каковы особенности патогенеза ФПН при гестозе:** (Код: С)  
1. поражение плацентарной ткани с развитием плацентита;  
2. нарушения инвазии трофобласта;  
3. частое сочетание с пороками развития плода;  
4. недостаточные гестационные изменения спиральных артерий и эндотелиальная дисфункция.

**586. Для симметричной формы задержки роста плода характерно:** (Код: А)  
1. равномерное уменьшение размеров плода (плод развит пропорционально);  
2. высокая частота врожденных пороков развития и хромосомных аномалий;  
3. развитие в ранние сроки беременности;  
4. развивается только в III триместре беременности.

**587. Какие значения систолодиастолического коэффициента свидетельствуют о нарушениях маточно-плацентарного и плодовоплацентарного кровотока:** (Код: В)  
1. в артерии пуповины 3,0 и выше;  
2. в артерии пуповины 3,0 и ниже;  
3. в маточных артериях 2,4 и выше;  
4. в маточных артериях 2,4 и ниже.

**588. К признакам гипоксии плода, согласно данным кардиотокографии, относят:** (Код: В)  
1. базальный ритм менее 100 или более 170 уд/мин;  
2. базальный ритм 120-160 уд/мин;  
3. наличие выраженных вариабельных децелераций;  
4. две и более акцелерации за 10 мин записи кардиотокограммы.

**589. Осложнениями внутриутробной задержки роста у новорожденных являются:** (Код: Е)  
1. гипогликемия, гипокальциемия;  
2. нарушение функции центральной нервной системы;  
3. нарушение терморегуляции;  
4. снижение иммунологической резистентности организма.

**590. Укажите диагностические критерии критического состояния плодово-плацентарного кровотока:** (Код: А)  
1. отсутствие диастолического компонента кровотока в артерии пуповины;  
2. ретроградный диастолический кровоток в артерии пуповины;  
3. нулевой или ретроградный диастолический компонент кровотока в аорте плода;  
4. появление протодиастолической выемки на кривой скорости кровотока в маточных артериях.

**591. Назовите признаки, свидетельствующие о неэффективности терапии плацентарной недостаточности:** (Код: Е)  
1. отсутствие прироста фетометрических показателей;  
2. увеличение тяжести хронической гипоксии плода, согласно данным кардиотокографии;  
3. увеличение систолодиастолического отношения в артерии пуповины и маточных артериях;  
4. появление нулевого или ретроградного диастолического кровотока в артерии пуповины.

**592. При ведении родов у рожениц с компенсированной плацентарной недостаточностью необходимо соблюдать следующие принципы:** (Код: А)  
1. активная терапия фетоплацентарной недостаточности в течение родов и профилактика гипоксии плода;  
2. мониторный контроль за состоянием плода в родах;  
3. обезболивание родов и широкое применение спазмолитических средств;  
4. стимуляция родовой деятельности при нарастании гипоксии плода.

**593. Какие типы кардиотокограмм при критическом состоянии плодовоплацентарного кровотока отражают тяжесть течения хронической внутриутробной гипоксии:** (Код: В)  
1. монотонная кардиотокограмма;  
2. вариабельность базального ритма до 5-10 уд/мин;  
3. кардиотокограмма с выраженными вариабельными и длительными децелерациями;  
4. наличие акцелераций.

**594. Назовите показания к досрочному родоразрешению путем кесарева сечения при фетоплацентарной недостаточности:** (Код: Е)  
1. выраженная задержка роста плода;  
2. прогрессирование хронической внутриутробной гипоксии плода;  
3. увеличение степени тяжести гемодинамических нарушений в системе мать—плацента-плод;  
4. отсутствие эффекта от комплексной терапии.

**595. Назовите показания к экстренному родоразрешению путем кесарева сечения при плацентарной недостаточности:** (Код: С)  
1. выраженная задержка роста плода;  
2. обнаружение нулевого или ретроградного диастолического кровотока в артерии пуповины;  
3. отсутствие прироста фетометрических показателей;  
4. ретроградный кровоток в венозном протоке плода.

**596. Перечислите эхографические признаки неразвивающейся беременности в I триместре:** (Код: А)  
1. отсутствие сердцебиения эмбриона (плода);  
2. отсутствие двигательной активности эмбриона (плода);  
3. неровные и нечеткие контуры плодного яйца;  
4. критическое состояние плодово-плацентарного кровотока.

**597. Маркерами нарушения состояния плода при оценке его биофизического профиля являются:** (Код: Е)  
1. нестрессовый тест,  
2. дыхательные движения плода;  
3. двигательная активность плода;  
4. тонус штода.

**598. Укажите ультразвуковые признаки угрожающего прерывания беременности в ранние сроки:** (Код: В)  
1. увеличение диаметра внутреннего зева матки;  
2. отслойка плодного яйца;  
3. локальное утолщение миометрия;  
4. увеличение размеров матки.

**599. Основными патогенетическими механизмами развития плацентарной недостаточности являются:** (Код: Е)  
1. клеточно-паренхиматозная;  
2. плацентарно-мембранная;  
3. гемодинамическая;  
4. ишемическо-гипоксическая.

**600. К факторам риска задержки роста внутриутробного плода относятся:** (Код: Е)  
1. резус-сенсибилизация;  
2. гестоз;  
3. многоплодная беременность;  
4. экстрагенитальная патология матери.

**601. Формы задержки роста внутриутробного плода:** (Код: В)  
1. симметричная;  
2. диссоциированная;  
3. асимметричная;  
4. хроническая.

**602. Осложнениями задержки роста внутриутробного плода у новорожденных являются:** (Код: А)  
1. гипогликемия;  
2. гипоксия;  
3. желтуха;  
4. омфалит.

**603. Дня лечения плацентарной недостаточности в амбулаторных условиях можно применять:** (Код: Е)  
1. диету, богатую белком и витаминами;  
2. увеличение времени пребывания в постели на левом боку (bed rest);  
3. токолитики;  
4. вазоактивные препараты (трентал, эуфиллин).

**604. Для симметричной формы внутриутробной задержки развития плода характерно:** (Код: В)  
1. пропорциональное отставание всех фетометрических показателей;  
2. неравномерное отставание фетометрических показателей;  
3. частое сочетание с пороками развития и хромосомными абберациями у плода;  
4. редкое сочетание с пороками развития и хромосомными абберациями у плода.

**605. Для ассиметричной формы внутриутробной задержки развития плода характерно:** (Код: В)  
1. неравномерное отставание фетометрических показателей за счет преимущественного уменьшения диаметра живота плода;  
2. раннее развитие (П триместр);  
3. позднее развитие (III триместр);  
4. сочетание с пороками развития плода.

**606. Новорожденные с врожденной гипотрофией нуждаются в:** (Код: Е)  
1. раннем начале энтерального и парентерального питания;  
2. тщательном обследовании на внутриутробную инфекцию;  
3. контроле за содержанием кальция в крови;  
4. ультразвуковом исследовании головного мозга и внутренних органов.

**607. При III степени гемодинамических нарушений в системе мать-плацента-плод показано:** (Код: В)  
1. стационарное наблюдение и лечение;  
2. амбулаторное наблюдение и лечение;  
3. при нарастании степени тяжести - досрочное родоразрешение;  
4. срочное родоразрешение.

**608. При фетоплацентарной недостаточности могут быть выявлены следующие нарушения гемодинамики в системе мать-плацента— плод:** (Код: А)  
1. повышение сосудистого сопротивления в маточных и спиральных артериях;  
2. повышение сосудистого сопротивления в артерии пуповины и ее терминальных ветвях;  
3. повышение сосудистого сопротивления в аорте плода;  
4. снижение сосудистого сопротивления в артерии пуповины и ее терминальных ветвях.

**609. Для компенсированной фетоплацентарной недостаточности характерно:** (Код: В)  
1. незначительное отставание плода в росте;  
2. признаки тяжелой гипоксии плода по данным КТГ;  
3. отсутствие признаков хронической внутриутробной гипоксии плода поданным КТГ;  
4. критическое состояние плодово-плацентарного кровообращения.

**610. Акушерская тактика при компенсированной фетоплацентарной недостаточности:** (Код: С)  
1. обязательная госпитализация независимо от причины;  
2. лечение экстрагенитального заболевания или осложнения беременности, являющегося причиной ФПН;  
3. экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения;  
4. медикаментозная коррекция нарушений гемодинамики в системе мать-плацента-плод.

**611. Показаниями к плановому родоразрешению путем операции кесарева сечения при фетоплацентарной недостаточности являются:** (Код: Е)  
1. умеренно выраженная гипоксия плода;  
2. гемодинамические нарушения в системе мать-плацента-плод II степени при наличии двусторонних изменений и дикротической выемки в маточных артериях;  
3. сочетание с другой акушерской патологией;  
4. синдром задержки роста плода в сочетании с гестозом или перенашиванием беременности.

**612. Для субкомпенсированной формы плацентарной недостаточности характерно:** (Код: А)  
1. синдром задержки роста плода П степени;  
2. умеренно выраженная гипоксия плода;  
3. гемодинамические нарушения I-II степени;  
4. критическое состояние плода.

**613. Какие изменения кровотока плода наблюдаются при декомпенсированной форме ФПН:** (Код: А)  
1. повышение сосудистой резистентности в аорте плода;  
2. понижение сосудистой резистентности в средней мозговой артерии плода;  
3. повышение % доли реверсного потока крови в нижней полой вене;  
4. понижение сосудистой резистентности в почечных артериях плода.

**614. Особенности патогенеза ФПН при невынашивании беременности:** (Код: А)  
1. сочетание с пороками развития и хромосомными аномалиями плода;  
2. недостаточная инвазия трофобласта, частое возникновение отслоек хориальной ткани;  
3. изменения со стороны провизорных органов плода (желточного мешка, амниона);  
4. быстро прогрессирующая гипоксия плода.

**615. Особенности патогенеза ФПН при внутриутробном инфицировании:** (Код: А)  
1. поражение плацентарной ткани с развитием плацентита;  
2. раннее появление признаков хронической внутриутробной гипоксии плода при нормальных показателях маточно-плацентарного кровотока;  
3. возникновение нарушений морфогенеза плода при воздействии возбудителя на его ткани и органы;  
4. генетические обусловленные нарушения морфогенеза плода.

**616. Современными принципами гормонального лечения при привычном невынашивании беременности являются:** (Код: А)  
1. строгое обоснование необходимости гормональной терапии;  
2. назначение минимально возможных терапевтических доз препаратов;  
3. применение стероидных гормонов по показаниям;  
4. применение гормонов до созревания плода.

**617. Какие тесты функциональной диагностики свидетельствуют о наличии двухфазного менструального цикла:** (Код: С)  
1. определение длины натяжения шеечной слизи;  
2. результаты базальной термометрии;  
3. цитологическое исследование отделяемого влагалища;  
4. данные гистологического исследования эндометрия.

**618. Какие клетки различают в эпителии влагалища:** (Код: Е)  
1. базальные;  
2. промежуточные;  
3. парабазальные;  
4. поверхностные.

**619. Под влиянием эстрогенов происходит:** (Код: Е)  
1. восстановление функционального слоя эндометрия;  
2. увеличение количества поверхностных клеток влагалищного эпителия;  
3. усиление митотической активности эпителиальных клеток;  
4. повышение секреторной активности клеток эпителия канала шейки матки.

**620. Под влиянием прогестерона во время беременности происходит:** (Код: А)  
1. снижение возбудимости матки;  
2. дальнейшее развитие молочных желез;  
3. уменьшение выраженности тканевых иммунологических реакций;  
4. повышение чувствительности матки к окситотическим веществам.

**621. На основании результатов измерения базальной температуры можно судить о:** (Код: Е)  
1. недостаточности желтого тела;  
2. поздней или ранней овуляции;  
3. об ановуляции;  
4. наступившей беременности.

**622. Влияние прогестерона на матку:** (Код: А)  
1. вызывает гипертрофию волокон миометрия;  
2. обусловливает секреторные преобразования в эндометрии;  
3. приводит к снижению тонуса матки;  
4. способствует раскрытию шейки матки.

**623. Повышение базальной температуры во второй фазе менструального цикла связано с:** (Код: В)  
1. повышением тонуса сосудодвигательных волокон кожи и уменьшением теплоотдачи;  
2. снижением кровоснабжения матки;  
3. воздействием прогестерона на центр терморегуляции;  
4. максимальным накоплением эстрогенных гормонов накануне

**624. Снижение базальной температуры накануне менструации обусловлено:** (Код: Д)  
1. персистенцией фолликула;  
2. атрезией фолликула;  
3. началом развития нового фолликула;  
4. дегенерацией желтого тела.

**625. Остановка менструального кровотечения связана с:** (Код: Е)  
1. увеличением уровня эстрогенов;  
2. повышением тонуса миометрия;  
3. регенерацией эндометрия;  
4. тромбозом сосудов.

**626. Наиболее частые причины прерывания беременности в I триместре:** (Код: Е)  
1. гипофункция яичников;  
2. инфекционно-воспалительные процессы в матке;  
3. гиперфункция коры надпочечников;  
4. гиперпролактинемия.

**627. Для лечения угрозы преждевременных родов применяются:** (Код: А)  
1. р~адреномиметики;  
2. спазмолитики;  
3. сернокислая магнезия;  
4. дексаметазон.

**628. Наиболее частые причины истмико-цервикальной недостаточности:** (Код: В)  
1. гипофункция яичников;  
2. многоплодная беременность;  
3. неоднократные искусственные аборты в анамнезе;  
4. тазовое предлежание плода.

**629. С какой целью вводятся глюкокортикоиды при преждевременных родах:** (Код: Д)  
1. снижение сократительной деятельности матки;  
2. стимуляция сократительной деятельности матки;  
3. предупреждение преждевременного излитие вод;  
4. профилактика дыхательной недостаточности новорожденного.

**630. Для своевременного развития родовой деятельности необходимо:** (Код: В)  
1. наличие сформировавшейся родовой доминанты;  
2. отсутствие акушерской и экстрагенитальной патологии;  
3. наличие биологической готовности организма к родам;  
4. ограничение подвижности плода в маггке.

**631. При решении вопроса об оптимальной тактике ведения родов при переношенной беременности учитывают:** (Код: Е)  
1. возраст беременной;  
2. особенности акушерско-гинекологического анамнеза;  
3. наличие сопутствующей акушерской патологии;  
4. предполагаемую массу плода.

**632. Наиболее частыми осложнениями первого периода родов при переношенной беременности являются:** (Код: А)  
1. несвоевременный разрыв плодного пузыря;  
2. первичная слабость родовой деятельности;  
3. прогрессирование хронической гипоксии плода;  
4. выпадение петель пуповины.

**633. Диагностическими признаками переношенной беременности на основании клинических данных могут являться:** (Код: Е)  
1. уменьшение окружности живота беременной;  
2. изменение двигательной активности плода;  
3. плотность костей черепа плода;  
4. изменение характера сердечных тонов плода

**634. Окончательная классификация родов как своевременных или запоздалых производится на основании:** (Код: С)  
1. уточненного срока беременности;  
2. данных осмотра последа;  
3. результатов проведения полного клинике-лабораторного обследования беременной;  
4. осмотра новорожденного.

**635. Возможные осложнения II периода родов при переношенной беременности:** (Код: А)  
1. развитие вторичной слабости родовой деятельности;  
2. появление признаков клинически узкого таза;  
3. нарастание хронической внутриутробной гипоксии плода;  
4. дистоция плечиков плода

**636. Обследование беременных при сроке более 41 недели должно включать:** (Код: Е)  
1. проведение кардиотокографического исследования;  
2. ультразвуковую фетометрию, плацентографию, оценку объема околоплодных вод;  
3. допплерометрическое исследование плодового кровотока;  
4. проведение окситоцинового теста.

**637. Признаки переношенной беременности по данным ультразвукового исследования:** (Код: А)  
1. наличие III степени зрелости плаценты с выраженными петрификатами;  
2. отсутствие прироста фетометрических показателей при динамическом наблюдении;  
3. маловодие;  
4. ядро Беклара более 5 мм.

**638. ВI периоде запоздалых родов обязательными являются:** (Код: А)  
1. кардиомониторное наблюдение за состоянием плода;  
2. оценка качества и количества околоплодных вод;  
3. профилактика и лечение хронической внутриутробной гипоксии плода;  
4. родостимуляция окситоцином.

**639. Осложнения неонатального периода после запоздалых родов:** (Код: А)  
1. патологическая потеря массы тела новорожденных;  
2. аспирационная пневмония новорожденных;  
3. неврологические нарушения новорожденных;  
4. конъюгационная желтуха новорожденных.

**640. О наличии синдрома Беллентайна—Рунге свидетельствуют следующие признаки:** (Код: Е)  
1. плотные кости черепа, узкие швы и роднички;  
2. уменьшение или отсутствие сыровидной смазки;  
3. мацерация кожи;  
4. прокрашивание меконием кожи, плаценты, пуповины и оболочек.

**641. Определение степени переношенности новорожденного по Clifford:** (Код: Е)  
1. цвет кожных покровов;  
2. качество околоплодных вод;  
3. тургор кожи;  
4. состояние плода.

**642. При проведении ультразвукового исследования у пациентки при сроке более 41 недели беременности, следует обратить внимание на косвенные признаки перенашивания:** (Код: Е)  
1. снижение количества околоплодных вод;  
2. наличие III степени зрелости плаценты;  
3. петрификаты плаценты;  
4. повышение эхогенности околоплодных вод.

**643. Критерии дифференциальной диагностики пролонгированной и переношенной беременности:** (Код: С)  
1. срок беременности;  
2. количество и качество околоплодных вод;  
3. состояние родовых путей;  
4. состояние плода.

**644. Выбор тактики ведения родов при переношенной беременности зависит от:** (Код: А)  
1. степени готовности родовых путей к родам;  
2. размеров таза беременной;  
3. состояния плода;  
4. паритета родов.

**645. С целью родовозбуждения при переношенной беременности применяют:** (Код: А)  
1. амниотомию;  
2. создание глюкозо-витаминочгормонально-кальциевого фона;  
3. внутривенное введение простагландина Е;  
4. внутривенное введение окситоцина.

**646. Возникновение стойкой брадккардии у плода при переношенной беременности (головка плода находится в узкой части полости малого таза) является показанием к:** (Код: Д)  
1. оксигенотерапии;  
2. кесареву сечению;  
3. инфузии курантила;  
4. наложению акушерских щипцов.

**647. Для переношенной беременности характерно:** (Код: А)  
1. инволютивные изменения в плаценте;  
2. снижение поступления кислорода к плоду через плаценту;  
3. гиперчувствительность головного мозга плода к гипоксии;  
4. асимметричная форма задержки роста плода.

**648. Обследование беременных со сроком гестации более 40 недель должно включать:** (Код: А)  
1. ультразвуковую фетометрию, плацентографию и оценку объема околоплодных вод;  
2. допплерометрическое исследование плодового кровотока;  
3. кардиотокографию;  
4. допплерометрию маточных артерий.

**649. Способы подготовки шейки матки к родам включают:** (Код: А)  
1. создание глюкозо—витамино—гормонально кальциевого фона;  
2. местное применение простагландинов;  
3. использование ламинарий;  
4. внутривенное введение окситоцина.

**650. Слабость родовой деятельности заключается в:** (Код: В)  
1. недостаточной силе схватки;  
2. увеличение продолжительности схватки;  
3. уменьшении продолжительности схватки;  
4. несвоевременном излитии околоплодных вод.

**651. Первичная слабость родовой деятельности:** (Код: С)  
1. наличие болезненных схваток;  
2. слабые, короткие схватки;  
3. недостаточное продвижение предлежащей части;  
4. недостаточная динамика раскрытия шейки матки.

**652. К методам профилактики аномалий родовой деятельности относятся:** (Код: Е)  
1. назначение ГВГК фона до родов лечение патологического;  
2. прелиминарного периода;  
3. своевременное производство амниотомии;  
4. адекватное обезболивание родов.

**653. Наиболее эффективным методом лечения чрезмерно сильной родовой деятельности является:** (Код: Д)  
1. ведение родов на боку;  
2. обезболивание родов с помощью наркотических анальгетиков;  
3. обезболивание родов с помощью закиси азота;  
4. введение токолитиков.

**654. Побочное действие окситоцина при в/венном введении проявляется:** (Код: Е)  
1. дискоординированными сокращениями матки;  
2. снижением выработки эндогенного окситоцина;  
3. подавлением сурфактантной системы плода при хронической гипоксии;  
4. гипертензивным и антидиуретическим действием при длительном применении.

**655. Для лечения слабости родовой деятельности применяется:** (Код: В)  
1. окситоцин;  
2. гинипрал;  
3. простагландины;  
4. все перечисленное выше.

**656. Лечение первичной слабости родовой деятельности предусматривает:** (Код: В)  
1. внутривенное капельное введение окситоцина;  
2. применение спазмолитических средств;  
3. внутривенное капельное введение простагландинов с окситоцином;  
4. создание ГВГК фона.

**657. Дородовая госпитализация беременной при тазовом предлежании необходима для:** (Код: А)  
1. оценки состояния плода;  
2. выбора метода родоразрешения;  
3. подготовки родовых путей к родам;  
4. проведения классического акушерского поворота.

**658. Укажите возможные осложнения при тазовом предлежании во II периоде родов:** (Код: Е)  
1. образование заднего вида;  
2. запрокидывание ручек;  
3. разгибание головки;  
4. выпадение ножки.

**659. Классическое ручное пособие при тазовом предлежании предусматривает:** (Код: С)  
1. перевод ножного предлежания в смешанное ягодичное;  
2. освобождение последующей головки;  
3. сохранение правильного членорасположения плода;  
4. освобождение плечевого пояса.

**660. К оказанию пособия по ELА. Цовьянову приступают:** (Код: Д)  
1. после рождения плода до нижних углов лопаток;  
2. с момента врезывания ягодиц;  
3. после рождения плода до пупка;  
4. после прорезывания ягодиц.

**661. Профилактика осложнений во втором периоде родов при тазовом предлежании предусматривает:** (Код: Е)  
1. применение спазмолитиков;  
2. введение утеротонических препаратов;  
3. нормализацию энергетических ресурсов матери и плода;  
4. своевременную эпизиотомию.

**662. Осложнения в I периоде родов при тазовом предлежании:** (Код: А)  
1. слабость родовой деятельности;  
2. несвоевременное излитие вод;  
3. выпадение пуповины;  
4. запрокидывание ручек плода.

**663. 35-летней первородящей женщине доношенной беременностью тазовым предлежанием плода рекомендуется:** (Код: С)  
1. проведение корригирующей гимнастики;  
2. дородовая госпитализация в стационар;  
3. роды через естественные родовые пути;  
4. плановое кесарево сечение.

**664. Показания к операции кесарево сечение в родах при тазовом предлежании плода:** (Код: Е)  
1. преждевременное излитие околоплодных вод;  
2. слабость родовой деятельности;  
3. острая гипоксия плода;  
4. выпадение петель пуповины.

**665. Показания к кесареву сечению при тазовом предлежании:** (Код: Е)  
1. соматические заболевания матери;  
2. осложненное течение беременности;  
3. отягощенный акушерско-гинекологический анамнез;  
4. ножное предлежание.

**666. Влагалищные родоразрешающие операции возможны при:** (Код: С)  
1. зрелой шейке матки;  
2. полном открытии шейки матки;  
3. сформированной шейке;  
4. достаточном открытии маточного зева.

**667. Акушерские щипцы противопоказаны при:** (Код: Е)  
1. мертвом плоде;  
2. узком тазе;  
3. неполном открытии шейки матки;  
4. угрожающем разрыве матки.

**668. Назовите показания к наложению акушерских щипцов:** (Код: В)  
1. вторичная слабость родовой деятельности;  
2. угрожающий разрыв промежности;  
3. острая гипоксия плода;  
4. хроническая гипоксия плода

**669. Акушерские щипцы применяют:** (Код: А)  
1. для исключения потужного периода;  
2. при выраженной вторичной слабости родовой деятельности;  
3. при острой внутриутробной гипоксии плода;  
4. при хронической внутриутробной гипоксии плода.

**670. При выполнении каких акушерских операций и пособий показано общее обезболивание:** (Код: Д)  
1. пособии по Н.А. Цовьянову;  
2. при использовании метода Н.А.Цовьянова;  
3. оказании классического ручного пособия;  
4. экстракции плода за тазовый конец.

**671. Правила наложения акушерских щипцов предусматривают:** (Код: А)  
1. введение ложек;  
2. расположение ложек на головке;  
3. строго определенное направление тракций;  
4. снятие щипцов.

**672. Наложение акушерских щипцов производят при расположении головки:** (Код: С)  
1. во входе в малый таз;  
2. в узкой части полости малого таза;  
3. большим сегментом во входе в малый таз;  
4. на дне малого таза.

**673. При наложении полостных акушерских щипцов тракции направлены:** (Код: А)  
1. кзади на колени;  
2. на себя;  
3. кверху;  
4. кзади на носки.

**674. Обязательными условиями выполнения краниотомии являются:** (Код: Е)  
1. отсутствие абсолютного сужения размеров таза;  
2. фиксированная головка плода;  
3. раскрытие маточного зева на 4-6 см и более;  
4. мертвый плод.

**675. Краниогомия состоит из следующих этапов:** (Код: А)  
1. перфорация головки;  
2. эксцеребрация;  
3. извлечение плода;  
4. декапилация.

**676. Эмбриотомию производят:** (Код: Д)  
1. без обезболивания;  
2. под эпидуральной анестезией;  
3. местным обезболиванием;  
4. под внутривенным наркозом.

**677. Назовите основные этапы выполнения классического акушерского поворота:** (Код: А)  
1. введение соответствующей руки в полость матки;  
2. отыскивание и захват ножки;  
3. собственно поворот,  
4. экстракция плода за тазовый конец.

**678. Какие осложнения в родах являются показанием к экстренному родоразрешению:** (Код: А)  
1. острая гипоксия плода;  
2. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;  
3. преэклампсия;  
4. слабость родовой деятельности.

**679. Перечислите показания к экстракции плода за тазовый конец:** (Код: В)  
1. острая гипоксия плода во втором периоде родов при тазовом предлежании;  
2. выпадение ножки плода;  
3. состояние после классического поворота плода;  
4. острая гипоксия плода в первом периоде родов.

**680. При наличии показаний к срочному родоразрешению экстракцию плода за тазовый конец можно произвести при расположении предлежащей части:** (Код: В)  
1. в полости малого таза;  
2. во входе в малый таз;  
3. на дне малого таза;  
4. над входом в малый таз.

**681. Противопоказания к наложению акушерских щипцов:** (Код: С)  
1. недостаточность сократительной деятельности матки;  
2. угроза разрыва матки;  
3. острая гипоксия плода;  
4. мертвый плод.

**682. При извлечении плода акушерскими щипцами, движения могут быть:** (Код: Д)  
1. качательными;  
2. вращательными;  
3. маятникообразными;  
4. влекущими.

**683. При операции наложения акушерских щипцов возможны следующие осложнения:** (Код: Е)  
1. травмы влагалища и промежности;  
2. разрыв нижнего сегмента матки;  
3. повреждение мочевого пузыря;  
4. разрывы шейки матки.

**684. Положение головки плода при наложении полостных акушерских щипцов:** (Код: В)  
1. сагиттальный шов в косом размере;  
2. сагиттальный шов в прямом размере;  
3. головка плода в полости малого таза;  
4. головка плода на дне малого таза

**685. Условия для выполнения эмбриотомии:** (Код: Е)  
1. раскрытие маточного зева на 6 см и более;  
2. отсутствие абсолютного сужения размеров таза;  
3. отсутствие плодного пузыря;  
4. фиксация пред лежащей части плода ко входу в малый таз.

**686. К эмбриотомии относят:** (Код: В)  
1. декапитацию;  
2. клейдотомию;  
3. спондилотомию;  
4. краниотомию.

**687. Показания к краниотомии при внутриутробной гибели плода** (Код: А)  
1. лобное вставление головки плода;  
2. гидроцефалия плода;  
3. задний вид лицевого предлежания  
4. передний вид затылочного предлежания;

**688. Сформулируйте противопоказания к выполнению классического акушерского поворота:** (Код: Е)  
1. запущенное поперечное положение плода;  
2. мертвый плод;  
3. угроза разрыва матки;  
4. крупный плод

**689. После производства классического акушерского поворота плода на ножку:** (Код: Д)  
1. осуществляют консервативное ведение родов через естественные родовые пути;  
2. роды ведут по методу Н.А. Цовьянова;  
3. оказывают классическое ручное пособие;  
4. производят экстракцию плода за тазовый конец.

**690. Назовите условия для выполнения классического акушерского поворота:** (Код: Е)  
1. полное раскрытие шейки матки;  
2. подвижность плода в полости матки;  
3. соответствие размеров плода и таза матери;  
4. живой плод.

**691. Какие особенности вставления головки плода являются показанием к кесареву сечению:** (Код: А)  
1. лобное вставление;  
2. высокое прямое стояние сагиттального шва;  
3. задний вид лицевого вставления;  
4. задний вид затылочного предлежания

**692. Какие операции возможны при запущенном поперечном положении плода:** (Код: А)  
1. декапитация;  
2. эвисцерация;  
3. спондил отом ия;  
4. эксцеребрация.

**693. Назовите условия для выполнения экстракции плода за тазовый конец:** (Код: А)  
1. полное раскрытие маточного зева;  
2. отсутствие плодного пузыря;  
3. расположение предлежащей части плода в полости или на дне малого таза;  
4. живой плод.

**694. Укажите основные этапы экстракции плода за тазовый конец:** (Код: А)  
1. извлечение до пупка;  
2. извлечение до нижних углов лопаток;  
3. освобождение головки и плечевого пояса;  
4. выведение ножки до подколенной ямки.

**695. Хирургическая техника операции кесарева сечения включает:** (Код: Е)  
1. лапаротомию;  
2. разрез матки и извлечение плода;  
3. восстановление целостности матки;  
4. восстановление целостности передней брюшной стенки.

**696. Какие осложнения возможны при выполнении кесарева сечения:** (Код: А)  
1. ранение мочевого пузыря;  
2. гипотоническое кровотечение;  
3. ранение сосудистого пучка;  
4. эклампсия.

**697. Для профилактики гипотоник матки после операции кесарева сечения применяют:** (Код: С)  
1. антианемическую терапию;  
2. холод на низ живота;  
3. антибактериальную терапию;  
4. утеротонические препараты.

**698. Кровотечение, начавшееся после извлечения плода, во время операции кесарева сечения может быть обусловлено:** (Код: В)  
1. повреждением сосудистого пучка;  
2. излитием околопл о цных вод;  
3. гипотоническим состоянием матки;  
4. падением внутрибрюшного давления.

**699. Ведение послеоперационного периода после кесарева сечения предполагает:** (Код: А)  
1. проведение инфузионно-трансфузионной терапии;  
2. профилактику пареза кишечника;  
3. утеротоническая терапия;  
4. подавление лактации.

**700. Наиболее часто встречающимися гнойно-септическими осложнениями после операции кесарева сечения являются:** (Код: С)  
1. сепсис;  
2. эндометрит,  
3. перитонит,  
4. нагноение и расхождение послеоперационного шва.

**701. О несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения могут свидетельствовать:** (Код: Е)  
1. болезненность при пальпации рубца;  
2. деформация рубца, спаянного с подлежащими тканями;  
3. боли в области рубца;  
4. осложненное течение послеоперационного периода после предыдущего кесарева сечения.

**702. При операции кесарево сечение в настоящее время наиболее часто применяются следующие виды анестезии, кроме:** (Код: Д)  
1. эндотрахеального наркоза;  
2. спинномозговой анестезии;  
3. перидуральной анестезии;  
4. местной инфильтрационной анестезии.

**703. Для оценки состояния рубца на матке после кесарева сечения используют:** (Код: В)  
1. клинические данные;  
2. гистеросальпинго график»;  
3. ультразвуковое исследование;  
4. гистероскопия.

**704. В каких клинических ситуациях при кесаревом сечении целесообразно расширение объема операции до экстирпации матки:** (Код: А)  
1. матка Юовелера;  
2. ранение маточных сосудов;  
3. истинное приращение плаценты, расположенной в нижнем сегменте матки;  
4. миома матки небольших размеров с межмышечным и подбрюшинным расположением узлов.

**705. Показаниями к экстренной операции кесарева сечения являются:** (Код: С)  
1. миопия высокой степени;  
2. кровотечение при преждевременной отслойке плаценты;  
3. Ш, IV степень сужения таза;  
4. преэкламсия.

**706. Показаниями к производству корпорального разреза на матке при операции кесарева сечения являются:** (Код: В)  
1. выраженный спаечный процесс в области нижнего маточного сегмента;  
2. гестоз тяжелой степени;  
3. варикозно расширенные вены в области нижнего сегмента матки;  
4. двурогая матка.

**707. С целью стимуляции деятельности кишечника после операции кесарево сечения всем родильницам вводят:** (Код: Д)  
1. оксигоцин;  
2. анальгин;  
3. сибазон;  
4. прозерин.

**708. Ультразвуковыми признаками несостоятельности рубца на матке после операции кесарева сечения являются:** (Код: А)  
1. толщина миометрия в области нижнего сегмента менее 3 мм;  
2. баллонообразная форма нижнего сегмента;  
3. локальные истончения в области нижнего сегмента;  
4. толщина миометрия в области нижнего сегмента 5,5 мм.

**709. Преимуществами модификации кесарева сечения по Штарку являются:** (Код: Е)  
1. уменьшение величины кровопотери;  
2. сокращение продолжительности операции;  
3. уменьшение частоты интра- и послеоперационных осложнений;  
4. сокращение послеоперационного койко-дня.

**710. Причинами возрастания частоты абдоминального родоразрешения являются:** (Код: А)  
1. увеличение количества первородящих старше 30 лет,  
2. необходимость улучшения перинатальных показаний;  
3. рубец на матке после предыдущего абдоминального родоразрешения;  
4. желание женщины.

**711. Показаниями к трансфузии свежезамороженной плазмы, гемотрансфузии во время операции кесарево сечения являются:** (Код: А)  
1. гипопротеинемия (менее 50 г/л);  
2. выраженная анемия (НЬ 80 г/л, Ht 0,25);  
3. ДВС-синдром;  
4. лейкоцитоз.

**712. К относительным показаниям к операции кесарева сечения относятся:** (Код: Е)  
1. возраст первородящей более 30 лет;  
2. переношенная беременность;  
3. компенсированные формы ФПН;  
4. тазовое предлежание плода.

**713. При отборе беременных с рубцом на матке для родоразрешения через естественные родовые пути руководствуются следующими критериями:** (Код: С)  
1. расположение плаценты в нижнем маточном сегменте;  
2. головное предлежание и средние размеры плода;  
3. бактериальный вагиноз;  
4. единственное кесарево сечение в анамнезе, произведенное по преходящим показаниям.

**714. Для оценки состояния рубца на матке после кесарева сечения используюпг:** (Код: А)  
1. клинические данные;  
2. эхографическое исследование;  
3. гистеросальпингографию;  
4. лапароскопию.

**715. Какие изменения в организме женщины свидетельствуют о перенесенных ранее родах?** (Код: А)  
1. цилиндрическая форма шейки матки;  
2. наружный зев в виде поперечной щели;  
3. девственная плева {hymen) представлена сосочками (саптсгйае myrtiformis);  
4. коническая форма шейки матки.

**716. Возникновению трещин сосков способствует:** (Код: Е)  
1. нарушение гигиены;  
2. неправильная техника кормления ребенка грудью;  
3. грубое сцеживание молока;  
4. позднее прикладывание ребенка к груда.

**717. Инволюция матки обусловлена:** (Код: Е)  
1. снижением кровоснабжения матки и уменьшением притока крови;  
2. нейро-гормональными изменениями;  
3. деградацией соединительной ткани;  
4. резорбцией гладкомышечных клеток.

**718. Гипогалактия обусловлена:** (Код: Е)  
1. стрессовыми ситуациями;  
2. неполноценным питанием;  
3. заболеваниями матери и осложнениями беременности и родов;  
4. неправильным сцеживанием и трещинами сосков.

**719. Система совместного пребывания матери и ребенка способствует:** (Код: Е)  
1. физиологическому становлению лактации;  
2. снижению частоты психовегетативных расстройств после родов;  
3. процессам инволюции половой системы;  
4. профилактике гнойно-септических заболеваний.

**720. Механизм становления лактации обусловлен:** (Код: В)  
1. падением уровня эстрогенов и прогестерона;  
2. увеличением концентрации плацентарного лактогена;  
3. повышением уровня пролактина;  
4. снижением уровня пролактина.

**721. Показания к подавлению лактации являются:** (Код: Е)  
1. тяжелые экстрагенитальные заболевания матери;  
2. рубцовые изменения молочных желез;  
3. тяжелое состояние новорожденного;  
4. гнойный мастит.

**722. Укажите особенности кровообращения у плода:** (Код: А)  
1. наличие плацентарного круга кровообращения;  
2. наличие анатомических шунтов;  
3. нефункционирующий малый круг кровообращения;  
4. низкое давление в легочной артерии.

**723. Использование шкалы Апгар позволяет:** (Код: В)  
1. оценить состояние новорожденного;  
2. определить прогноз дальнейшего развития ребенка;  
3. установить показания к проведению реанимационных мероприятий;  
4. определить зрелость новорожденного.

**724. Клиническую оценку состояния новорожденного по шкале Апгар после рождения проводят через:** (Код: В)  
1. 1 мин;  
2. 2 ч;  
3. 5 мин;  
4. 1ч.

**725. Нарушение теплового баланса у новорожденных связано с;** (Код: Е)  
1. нерациональным уходом;  
2. понижением или повышением температуры окружающей среды;  
3. катаболической направленностью белкового обмена;  
4. несовершенством процессов терморегуляции.

**726. Укажите особенности метаболической адаптации новорожденного:** (Код: Е)  
1. активирование гликогенолиза и липолиза;  
2. развитие метаболического ацидоза;  
3. гипербилирубинемия;  
4. катабол ическая направленность белкового обмена.

**727. Какие состояния препятствуют своевременному закрытию функциональных шунтов у новорожденного:** (Код: В)  
1. массивная мекониальная аспирация в родах;  
2. острая гипоксия плода в родах;  
3. болезнь гиалиновых мембран;  
4. гипотермия.

**728. Активирующее влияние на дыхательный центр новорожденного оказывают:** (Код: Е)  
1. гипоксемия и гиперкапния в родах;  
2. тактильные раздражения;  
3. метаболический ацидоз;  
4. контраст температуры окружающей среды после рождения плода.

**729. Гормональный криз новорожденного обусловлен:** (Код: В)  
1. значительным снижением уровня эстрогенов;  
2. большой массой тела;  
3. повышением уровня пролактина;  
4. внутриутробной гипоксией плода.

**730. Укажите факторы, способствующие уменьшению первоначальной массы новорожденного:** (Код: Е)  
1. недоношенность;  
2. родовая травма;  
3. врожденные пороки развития твердого и мягкого неба;  
4. функциональная незрелость системы терморегуляции.

**731. К изменениям кожного покрова новорожденного в постнатапьном периоде относят:** (Код: В)  
1. простую эритему,  
2. родовую опухоль;  
3. шелушение кожи;  
4. токсическую эритему.

**732. Проявлением гормонального криза у новорожденных может быть:** (Код: А)  
1. нагрубание молочных желез;  
2. кровянистые выделения из влагалища;  
3. выделение молозива;  
4. токсическая эритема.

**733. Гемодинамическая адаптация новорожденного зависит от:** (Код: Е)  
1. своевременного закрытия функциональных шунтов;  
2. особенностей метаболизма;  
3. развития легочного кровообращения;  
4. возникновения полицитемического синдрома

**734. Гипо- и гипертермия у новорожденных может быть связана с:** (Код: Е)  
1. незрелостью центра терморегуляции;  
2. неадекватными адаптивными возможностями ребенка;  
3. нерациональным уходом;  
4. методом родоразрешения.

**735. Внутрнматочаое введение лечебных мазей на гидрофильной основе показано:** (Код: Д)  
1. при лохиометре после опорожнения полости матки;  
2. при субинволюции матки;  
3. при эндометрите, развившемся ка фоне задержки фрагментов некротизированной децидуальной оболочки;  
4. при “чистом” базальном эндометрите.

**736. Клинические проявления нагноения швов передней брюшной стенки после кесарева сечения:** (Код: Е)  
1. инфильтрация и гиперемия краев раны;  
2. гипертермия;  
3. болезненность области шва;  
4. расхождение краев раны.

**737. Симптомы внфнльтративного лактационного мастита:** (Код: Е)  
1. интоксикация;  
2. гиперемия кожи;  
3. болезненный ограниченный инфильтрат в молочной железе;  
4. увеличение регионарных лимфоузлов.

**738. Назовите основных возбудителей гнойных воспалительных заболеваний в послеродовом периоде:** (Код: В)  
1. условно-патогенные аэробные микроорганизмы;  
2. спорообразующие анаэробы;  
3. факультативные анаэробы;  
4. вирусы.

**739. Послеродовый эндометрит проявляется:** (Код: Е)  
1. повышением температуры на 3-5-е сутки послеродового периода;  
2. болезненностью и субинволюцией матки;  
3. патологическими лохиями;  
4. замедлением формирования шейки матки.

**740. При послеродовом эндометрите наиболее часто выделяют:** (Код: Д)  
1. монокультуры аэробов;  
2. монокультуры анаэробов;  
3. ассоциации аэробов;  
4. аэробные и аэробно-анаэробные микробные ассоциации.

**741. Лабораторно-инструментальная диагностика послеродового эндометрита включает:** (Код: А)  
1. бактериологическое исследование аспирата из полости матки;  
2. развернутый анализ крови;  
3. ультразвуковое исследование матки;  
4. исследование системы гемостаза.

**742. Клинические проявления эндометрита:** (Код: Е)  
1. субинволюция матки;  
2. болезненность матки при пальпации;  
3. застойные мутные выделения из матки;  
4. интоксикация.

**743. Тактика при развитии перитонита после кесарева сечения:** (Код: Е)  
1. экстирпация матки с трубами;  
2. проведение дезинтоксикационной терапии;  
3. назначение антибактериальных средств;  
4. дренирование и динамическая санация брюшной полости.

**744. Лечение антибиотиками в послеродовом периоде проводят с учетом:** (Код: Е)  
1. чувствительности возбудителя;  
2. влияния на ребенка при [рудном вскармливании;  
3. токсичности для матери;  
4. достижения необходимой концентрации в очаге воспаления.

**745. Укажите объем хирургического вмешательства при акушерском перитоните (после кесарева сечения):** (Код: А)  
1. экстирпация матки с маточными трубами;  
2. дренирование латеральных каналов брюшной полости;  
3. дренирование брюшной полости через культю влагалища;  
4. экстирпация матки без придатков.

**746. Назовите наиболее характерные клинические проявления инфекционно-токсического шока:** (Код: Е)  
1. гипертермия более 38°С;  
2. артериальная гипотония;  
3. олигурия;  
4. одышка.

**747. Хирургическая тактика при нагноении послеоперационного шва:** (Код: С)  
1. наложение ранних вторичных швов;  
2. дренирование раны;  
3. наложение первичных отсроченных швов;  
4. снятие швов.

**748. Общими чертами различных форм «трофобластической болезни» являются:** (Код: Е)  
1. происхождение из клеток трофобласта;  
2. сходство по гистологической структуре;  
3. смешанность генетической природы;  
4. однородность путей метастазирования.

**749. Принципы терапии массивных акушерских кровотечений:** (Код: Е)  
1. хирургический гемостаз: экстирпация матки, перевязка внутренних подвздошных артерий;  
2. инфузионно-трансфузионная терапия;  
3. коррекция гемостаза;  
4. восстановление микроциркуляции.

**750. При кровотечении, возникающем вследствие предлежания плаценты, акушерская тактика зависит от:** (Код: А)  
1. типа предлежания плаценты;  
2. степени готовности родовых путей к родам;  
3. объема кровопотери;  
4. срока беременности.

**751. Тактика ведения III периода родов зависит от:** (Код: А)  
1. величины кровопотери;  
2. наличия признаков отделения плаценты;  
3. продолжительности последового периода;  
4. паритета родов.

**752. Осложнения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты:** (Код: А)  
1. матка Юовелера;  
2. интранатал ьная гибель плода;  
3. развитие ДВС-синдрома;  
4. хорионамнионит.

**753. Методами лечения трубной беременности являются:** (Код: Е)  
1. лапароскопия, сальпинготомия, удаление плодного яйца;  
2. чревосечение, сегментарная резекция истмического участка маточной трубы и наложение анастомоза конец в конец с использованием микрохирургической техники;  
3. введение цитостатиков в плодное яйцо под контролем лапароскопии или трансвагинальной эхографии;  
4. чревосечение, удаление маточной трубы.

**754. Для клинической картины начавшегося раннего самопроизвольного выкидыша характерно все перечисленное ниже, кроме:** (Код: Е)  
1. болей в нижних отделах живота;  
2. размягчения шейки матки;  
3. кровянистых выделений из половых путей;  
4. открытия шейки матки.

**755. Медицинскими показаниями к прерыванию беременности в первой половине являются все перечисленные ниже факторы, кроме:** (Код: Д)  
1. возраста меньше 18 и больше 40 лет;  
2. контакта с больным краснухой;  
3. наличия в семье 3 детей и более;  
4. ухудшения течения экстрагенитальных заболеваний при беременности.

**756. Мини-аборт—это искусственное прерывание беременности, которое должно производиться:** (Код: В)  
1. при задержке менструации до 3 недель;  
2. под контролем ультразвукового исследования (до и после вмешательства);  
3. только в лечебных учреждениях;  
4. с обязательным обезболиванием.

**757. Какие методы исследования могут быть использованы для диагностики преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты:** (Код: А)  
1. ультразвуковое исследование;  
2. наружное акушерское исследование;  
3. исследование сердечной деятельности плода;  
4. рентгенография органов брюшной полости.

**758. Тактика ведения третьего периода родов зависит от:** (Код: А)  
1. величины кровопотери;  
2. наличия признаков отделения плаценты;  
3. продолжительности последового периода;  
4. акушерско-гинекологического анамнеза.

**759. Для выделения последа при наличии признаков отделения последа используют:** (Код: Е)  
1. метод Абуладзе;  
2. метод Гентера  
3. метод Креде-Лазаревича;  
4. ручное выделение последа.

**760. Какие осложнения способствуют возникновению гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде:** (Код: А)  
1. аномалии родовой деятельности;  
2. многоплодие;  
3. крупный плод;  
4. раннее излитие околоплодных вод.

**761. Тактика ведения беременной с угрожающим абортом:** (Код: А)  
1. назначение спазмолитиков;  
2. строгий постельный режим;  
3. назначение седативных препаратов;  
4. инструментальное удаление остатков плодного яйца.

**762. Каковы наиболее частые причины синдрома потери беременности во втором триместре:** (Код: А)  
1. хромосомные аномалии;  
2. истмико-цер викальная недостаточность;  
3. антифосфолипидный синдром;  
4. пороки развития матки и миома матки.

**763. С какими заболеваниями следует дифференцировать прервавшуюся трубную беременность по типу трубного аборта:** (Код: С)  
1. самопроизвольный выкидыш;  
2. пузырный занос:  
3. дисфункциональное маточное кровотечение;  
4. острый сальпингит.

**764. Укажите факторы риска внематочной беременности:** (Код: Е)  
1. воспалительные заболевания придатков матки;  
2. использование внутриматочного контрацептивна;  
3. хирургические вмешательства на маточных трубах;  
4. возраст женщины 20-30 лет.

**765. К эктопической беременности может быть отнесена:** (Код: Е)  
1. яичниковая;  
2. шеечная;  
3. брюшная;  
4. трубная.

**766. Каковы лабораторно-инструментальные показатели, подтверждающие эктопическую локализацию плодного яйца:** (Код: Е)  
1. сниженный уровень хорионического гонадотропина;  
2. отсутствие плодного яйца в полости матки;  
3. наличие свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ;  
4. прогрессирующее возрастание уровня ХГ.

**767. Задержка частей последа в матке обусловлена:** (Код: А)  
1. патологическим прикреплением плаценты к стенке матки;  
2. нарушением сократительной способности матки;  
3. спазмом маточного зева;  
4. все перечисленное выше.

**768. Для прогрессирующей трубной беременности характерно:** (Код: Д)  
1. задержка менструации;  
2. резкая внезапная боль в нижних отделах живота;  
3. наличие объемного образования в области придатков матки;  
4. значительное увеличение размеров матки.

**769. Уточнение диагноза прогрессирующей трубной беременности возможно с помощью:** (Код: В)  
1. трансвагинальной эхографии;  
2. диагностической лапароскопии;  
3. определения b-субъединицы хорионического гонадотропина;  
4. пункции брюшной полости через задний свод влагалища

**770. Ультразвуковые признаки нарушенной эктопической беременности:** (Код: А)  
1. увеличение матки при отсутствии органических изменений и/или маточной беременности;  
2. утолщение М-эхо;  
3. обнаружение образований с неоднородным уровнем звукопроводимости и повышенной акустической плотностью (изолированных от яичника) в проекции придатков матки;  
4. «свободная» жидкость в брюшной полости.

**771. В приемное отделение больницы обратилась женщина 22 лет с жалобами на боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей. Последняя нормальная менструация 1,5 меc назад. Какой диагноз наиболее вероятен?** (Код: А)  
1. начавшийся самопроизвольный выкидыш;  
2. перекрут ножки опухоли яичника;  
3. внематочная беременность;  
4. внутренний эндометриоз.

**772. Для прервавшейся трубной беременности по типу трубного аборта характерно:** (Код: В)  
1. темные кровянистые выделения из половых путей;  
2. периодические боли внизу живота;  
3. задержка менструации;  
4. коллаптоидное состояние.

**773. Для клинической картины внематочной беременности, нарушенной по типу разрыва трубы, характерно:** (Код: А)  
1. внезапный приступ болей в одной из пахово-подвздошных областей;  
2. потеря сознания или обморочное состояние;  
3. иррадиация болей в плечо, в прямую кишку;  
4. периодические скудные кровянистые выделения из половых путей.

**774. Внематочную беременность, нарушенную по типу трубного аборта, следует дифференцировать от:** (Код: А)  
1. начавшегося выкидыша при маточной беременности малого срока;  
2. апоплексии яичника;  
3. сальпингоофорита с нарушением менструальной функции;  
4. острого аппендицита.

**775. Каковы показания для органосохраняющего оперативного лечения трубной беременности:** (Код: Е)  
1. незначительное внутрибрюшное кровотечение;  
2. нереализованная репродуктивная функция женщины;  
3. прогрессирующая трубная беременность;  
4. отсутствие спаечного процесса в брюшной полости и выраженных изменений маточных труб воспалительного генеза.

**776. Каковы методы органосохраняющего хирургического лечения трубной беременности:** (Код: В)  
1. сальпинготомия;  
2. искусственный трубный аборт;  
3. резекция маточной трубы с анастомозом <осонец в конец»;  
4. тубэктомия.

**777. Тактика ведения III периода родов зависит от:** (Код: А)  
1. величины кровопотери;  
2. наличия признаков отделения плаценты;  
3. продолжительности последового периода;  
4. паритета родов.

**778. Основными причинами возникновения кровотечения в раннем послеродовом периоде:** (Код: Е)  
1. разрыв мягких тканей родовых путей;  
2. гипотония матки;  
3. дефект последа;  
4. нарушения свертывающей системы крови.

**779. Задержка плацентарной ткани в матке может быть связана с:** (Код: Е)  
1. частичным плотным прикреплением или приращением плаценты;  
2. неправильным ведением третьего периода родов;  
3. нарушением сократительной способности матки;  
4. применением спазмолитических средств в родах.

**780. Роженица с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом находится в III периоде родов. Признаков отделения плаценты нет. Кровопотеря достигла 250 мл и продолжается. Тактика врача:** (Код: Д)  
1. выделить послед наружными приемами;  
2. продолжить наблюдение за роженицей;  
3. начать внутривенное введение окситоцина;  
4. произвести ручное отделение плаценты и выделение последа.

**781. Факторами риска гипотонических кровотечений в раннем послеродовом периоде являются:** (Код: Е)  
1. крупный плод;  
2. многоплодная беременность;  
3. многоводие;  
4. аномалии родовой деятельности.

**782. Задержка частей плаценты в матке может привести к:** (Код: Е)  
1. возникновению кровотечения в позднем послеродовом периоде;  
2. возникновению кровотечения в раннем послеродовом периоде;  
3. развитию эндометрита;  
4. замедленной инволюции матки.

**783. При частичном плотном прикреплении плаценты необходимо:** (Код: Д)  
1. произвести наружный массаж матки, выделить послед потягиванием за пуповину;  
2. применить выжимание последа по Креде-Лазаревичу;  
3. ввести повторно утеротонические средства;  
4. произвести ручное отделение плаценты и выделение последа.

**784. При частичном вращении плаценты необходимо:** (Код: Д)  
1. на фоне инфузионно-трансфузионной терапии произвести отделение плаценты;  
2. ввести утеротонические средства, наложить клеммы по Н.С. Бакшееву;  
3. пережать аорту, ввести тампон с эфиром в задний свод влагалища;  
4. в экстренном порядке произвести экстирпацию матки.

**785. Причины предлежания плаценты:** (Код: Д)  
1. воспалительные заболевания матки;  
2. частые внутриматочные вмешательства;  
3. снижение протеолитических свойств зиготы;  
4. гестоз.

**786. Какие осложнения возможны при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты:** (Код: А)  
1. матка Кю велера;  
2. геморрагический шок;  
3. развитие ДВС - синдрома;  
4. задержка развития плода.

**787. К развитию коагулопатического кровотечения в раннем послеродовом периоде приводят:** (Код: А)  
1. эмболия околоплодными водами;  
2. тяжелая степень гестоза;  
3. длительное нахождение мертвого плода в матке;  
4. длительное введение утеротонических препаратов.

**788. Для ДВС-синдрома характерно:** (Код: А)  
1. уменьшение концентрации фибриногена;  
2. уменьшение количества циркулирующих тромбоцитов;  
3. истощение антитромбина Ш;  
4. активация плазменных ферментных систем.

**789. Комплексная терапия при массивных акушерских кровотечениях включает:** (Код: Е)  
1. введение кристаллоидных и коллоидных растворов;  
2. раннее и быстрое введение свежезамороженной плазмы;  
3. использование ингибиторов протеаз;  
4. введение гепарина с целью прерывания внутрисосудистого свертывания крови.

**790. Принципы лечения геморрагическою шока:** (Код: Д)  
1. проведение местного гемостаза;  
2. инфузионно-трансфузионная терапия;  
3. профилактика ДВС-синдрома;  
4. все перечисленное выше.

**791. Причины развития ДВС-синдрома:** (Код: Е)  
1. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;  
2. гестоз;  
3. геморрагический шок;  
4. эмболия околоплодными водами.

**792. Диагноз гипотонического кровотечения устанавливают:** (Код: Е)  
1. при его возникновении в раннем послеродовом периоде;  
2. при кровопотере более 350-400 мл;  
3. при сниженном тонусе матки;  
4. в случае отсутствия эффекта от наружного массажа матки.

**793. После наложения клемм на шейку матки по Бакшееву при гипотоническом кровотечении необходимо произвести:** (Код: С)  
1. гистерэктомию независимо от эффективности манипуляции;  
2. гистерэктомию при продолжающемся кровотечении;  
3. наблюдение в течение 2 ч с учетом кровопотери;  
4. наблюдение в течение 2 ч при остановившемся кровотечении.

**794. При нарастающей гематоме влагалища показано:** (Код: С)  
1. консервативное лечение;  
2. вскрытие и опорожнение гематомы;  
3. внутривенное введение дицинона и ингибиторов фибринолиза;  
4. прошивание кровоточащего сосуда.

**795. Для угрожающего аборта характерно:** (Код: С)  
1. сильные схваткообразные боли внизу живота;  
2. тянущие боли внизу живота;  
3. обильные кровянистые выделения из половых путей;  
4. отсутствие изменений со стороны шейки матки.

**796. Для начавшегося аборта характерно:** (Код: А)  
1. кровянистые выделения из половых путей;  
2. тянущие боли внизу живота;  
3. укорочение шейки матки;  
4. тело матки плотное и меньше срока беременности.

**797. Для аборта в ходу характерно:** (Код: А)  
1. сильные схваткообразные боли внизу живота;  
2. обильные кровянистые выделения из половых путей;  
3. шейка матки укорочена, в цервикальном канапе элементы плодного яйца;  
4. тело матки больше срока беременности.

**798. Врачебная тактика при аборте в ходу:** (Код: С)  
1. применение токолитической терапии;  
2. госпитализация;  
3. антибактериальная терапия;

**799. Укажите факторы, способствующие возникновению аномалий расположения плаценты:** (Код: Е)  
1. пороки развития матки;  
2. воспалительные заболевания матки;  
3. повторные диагностические выскабливания;  
4. миома матки с подслизистым расположением узла.

**800. Наиболее частые причины предлежания плаценты:** (Код: Е)  
1. аномалии развития матки;  
2. воспалительные заболевания матки;  
3. генитальный инфантилизм;  
4. повторные диагностические выскабливания.

**801. Для кровотечений, возникающих при предлежании плаценты, характерно:** (Код: Е)  
1. внезапность;  
2. повторяемость;  
3. безболезненность;  
4. различная интенсивность.

**802. Какие оперативные вмешательства показаны при неполном предлежании плаценты при живом плоде:** (Код: В)  
1. амниотом ия;  
2. наложение кожно-головных щипцов;  
3. кесарево сечение;  
4. наложение акушерских щипцов.

**803. Акушерская тактика при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты зависит от:** (Код: Е)  
1. состояния родовых путей:  
2. предлежащей части плода и ее расположения в малом тазе;  
3. состояния беременной;  
4. состояния плода.

**804. Причиной развития ДВС-синдрома могут быть:** (Код: Е)  
1. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;  
2. эмболия околоплодными водами;  
3. гесгоз;  
4. геморрагический шок.

**805. Какова клиническая картина пузырного заноса:** (Код: Е)  
1. кровотечение из половых путей после задержки менструации;  
2. рвота;  
3. раннее развитие тяжелых форм гестоза;  
4. величина матки превышает срок беременности.

**806. Методы лечения простого пузырного заноса:** (Код: А)  
1. вакуум-аспирация;  
2. пальцевое удаление пузырного заноса;  
3. малое кесарево сечение;  
4. химиотерапия.

**807. Что является обязательным при диспансерном ведении женщин, перенесших пузырный занос:** (Код: Е)  
1. бимануальное исследование;  
2. тестирование b-субъединицы ХГ;  
3. выбор надежного метода контрацепции;  
4. рентгенография легких..