**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..