



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

АКУШЕРСТВО

сборник тестовых заданий для промежуточного контроля знаний
обучающихся 4 курса по дисциплине «Акушерство и гинекология» для
специальности 31.05.02 Педиатрия (очная форма обучения)

Красноярск
2020

УДК 618.2(07)
ББК 57.16
А44

Составители : канд. мед. наук, доц. Д. А. Маисеенко;
канд. мед. наук, доц. Е. В. Шапошникова

Акушерство : сборник тестовых заданий для промежуточного
А44 контроля знаний обучающихся 4 курса по дисциплине «Акушерство и
гинекология» для специальности 31.05.02 Педиатрия (очная форма
обучения) / сост. Д. А. Маисеенко, Е. В. Шапошникова. – Красноярск :
тип. КрасГМУ, 2020. – 95 с.

Сборник тестовых заданий для промежуточного контроля знаний
обучающихся. Составлен в соответствии с ФГОС ВО 2015 г. по
специальности 31.05.02 Педиатрия (очная форма обучения), рабочей
программой дисциплины (2018 г.).

Утверждено к печати ЦКМС КрасГМУ (протокол № «8» от
16.06.2020 г.)

© ФГБОУ ВО КрасГМУ
им. проф. В.Ф. Войно Ясенецкого
Минздрава России, 2020

ВВЕДЕНИЕ

1. ВВЕДЕНИЕ.....	4
2. ПЕРЕЧЕНЬ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ.....	5
3. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ.....	93

1. ВВЕДЕНИЕ.

В данном сборнике изложены тестовые задания по основным разделам физиологического и патологического акушерства. Тестовые задания полностью соответствуют требованиям ФГОС ВО (2015) высшего образования по специальности 31.05.02 Педиатрия; адаптированы к образовательным технологиям с учетом специфики обучения по специальности 31.05.02 Педиатрия.

Тестовые задания предназначены для промежуточного контроля знаний, а также для самоконтроля подготовки студентов к занятиям и зачету с оценкой по акушерству.

В связи с трехступенчатой системой оценки знаний студентов по изучаемой дисциплине предусмотрено проведение текущего (на практических занятиях) и тестового контроля по предлагаемым вопросам в рамках зачета с оценкой.

Критерии оценки результатов

заключительного тестового контроля знаний:

Количество вопросов на студента – **100 шт.**

«отлично» - 91-100% верных ответов

«хорошо» - 81-90% верных ответов

«удовлетворительно» - 71-80% верных ответов

«неудовлетворительно» - 70% и менее верных ответов

2. ПЕРЕЧЕНЬ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

Выберите один правильный ответ

1. ПОКАЗАТЕЛЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ РАССЧИТЫВАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ

- 1) $(\text{число женщин, умерших в родах}) / (\text{число родов}) * 100\ 000$
- 2) $(\text{число женщин, умерших от осложнений беременности со срока 22 недель}) / (\text{число родившихся живыми и мертвыми}) * 1000$
- 3) $(\text{число умерших беременных независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности}) / (\text{число родившихся живыми}) * 100\ 000$
- 4) $(\text{число умерших беременных, независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности}) / (\text{число родившихся живыми}) * 100\ 000$
- 5) $(\text{число умерших беременных, независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности}) / (\text{число родившихся живыми и мертвыми}) * 100\ 000$

2. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РАННЕГО ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

- 1) 1 час.
- 2) 2 час.
- 3) 24 час.
- 4) 12 час.
- 5) 6-8 недель

3. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) появлением первой менструации
- 2) длительностью лактации
- 3) общим состоянием родильницы
- 4) прекращением выделений из матки
- 5) инволюцией матки

4. ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ НАРУЖНОЙ КОНЪЮГАТЫ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) тазомер
- 2) проводят влагалищное исследование
- 3) УЗИ
- 4) сантиметровую ленту
- 5) ничего не используют, высчитывают по формуле

5. К РОДОВЫМ ПУТЯМ ОТНОСЯТ

- 1) костный таз, мягкие ткани (ш/матки, влагалище, тазовое дно), наружные половые органы
- 2) костный таз, влагалище, наружные половые органы

- 3) костный таз, матка, влагалище
- 4) костный таз, матка, наружные половые органы
- 5) матка и ш/матки

6. НАРУЖНЫЕ РАЗМЕРЫ ЖЕНСКОГО ТАЗА В НОРМЕ

- 1) 24-27-30-19
- 2) 30-33-37-25
- 3) 25-28-31-20
- 4) 20-23-25-18
- 5) 22-26-30-18

7. ФОРМА МАЛОГО РОДНИЧКА НА ГОЛОВКЕ ПЛОДА

- 1) квадратная
- 2) ромбовидная
- 3) треугольная
- 4) округлая
- 5) точечная

8. ВЕРТИКАЛЬНЫЙ РАЗМЕР ГОЛОВКИ

- 1) расстояние от подъязычной кости до затылка
- 2) расстояние от большого родничка до малого
- 3) расстояние от подъязычной кости до середины большого родничка
- 4) расстояние от подъязычной кости до переднего угла большого родничка
- 5) расстояние от подъязычной кости до подзатылочной ямки

9. ВЕЛИЧИНА БОЛЬШОГО ПОПЕРЕЧНОГО РАЗМЕРА ГОЛОВКИ

- 1) 9,5 см
- 2) 9 см
- 3) 11 см
- 4) 12 см
- 5) 7,5 см

10. ВЕЛИЧИНА СРЕДНЕГО КОСОГО РАЗМЕРА ГОЛОВКИ

- 1) 9,5 см
- 2) 9 см
- 3) 10,5 см
- 4) 10 см
- 5) 12,5 см

11. РАЗМЕР МАЛОГО КОСОГО РАЗМЕРА ГОЛОВКИ

- 1) 9,5 см
- 2) 9 см
- 3) 10,5 см
- 4) 8,5 см
- 5) 12,5 см

12. ФОРМА ПОЯСНИЧНОГО РОМБА В НОРМЕ

- 1) кубическая
- 2) неправильный четырехугольник
- 3) треугольная
- 4) квадратная
- 5) четырехугольник вытянутый вертикально

13. ПРЯМОЙ РАЗМЕР ПЛОСКОСТИ ВЫХОДА МАЛОГО ТАЗА

- 1) расстояние от середины симфиза до середины крестца
- 2) расстояние от середины симфиза до мыса
- 3) расстояние от нижнего края симфиза до верхушки копчика
- 4) между седалищными буграми
- 5) расстояние от нижнего края симфиза до второго крестцового позвонка

14. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПЛОСКОСТИ МАЛОГО ТАЗА

- 1) плоскость входа, широкой части, узкой части, плоскость выхода
- 2) плоскость входа, плоскость выхода
- 3) плоскость входа, узкой части, плоскость выхода
- 4) плоскость входа, плоскость большого таза, плоскость малого таза, плоскость выхода
- 5) полость таза, плоскость широкой части, плоскость узкой части, плоскость выхода

15. ПРОВОДНАЯ ОСЬ ТАЗА

- 1) линия, соединяющая середины прямых размеров всех плоскостей таза
- 2) линия, соединяющая центры косых размеров таза
- 3) линия, соединяющая середины всех размеров таза
- 4) линия, соединяющая нижний край симфиза и середину мыса
- 5) линия, соединяющая центры поперечных размеров таза

16. СИНКЛИТИЧЕСКОЕ ВСТАВЛЕНИЕ ГОЛОВКИ

- 1) когда малый родничок на одинаковом расстоянии от лона и мыса
- 2) когда стреловидный шов на одинаковом расстоянии от лона и мыса
- 3) когда малый родничок ниже большого
- 4) когда большой родничок расположен по оси таза
- 5) когда стреловидный шов отклонен к лону

17. ВЫСОТА СТОЯНИЯ ДНА МАТКИ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ПЛОДА

- 1) на уровне пупка
- 2) на 2 п/пальца выше пупка
- 3) на 2 п/пальца ниже пупка
- 4) на середине расстояния между лоном и пупком
- 5) на 2 п/пальца выше лона

18. ДЛЯ СКРЫТЫХ ОТЕКОВ У БЕРЕМЕННЫХ ХАРАКТЕРНО

- 1) нарушение функции сердечно-сосудистой системы
- 2) нарушение функции печени

- 3) повышение АД, учащение
- 4) патологическая прибавка массы тела
- 5) прибавка массы тела

19. ВЕСЬ ПРИСТУП ЭКЛАМПСИИ ПРОДОЛЖАЕТСЯ

- 1) 20 сек.
- 2) 1-2 мин.
- 3) 5 мин.
- 4) 30-45 сек.
- 5) 1 сек.

20. ДЛЯ УМЕРЕННОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) нарушение сознание, альгодизурия
- 2) полиурия, пастозность голеней
- 3) частота пульса 100-110 ударов в минуту
- 4) значительная тошнота, выраженная саливация, систолическое АД 100-110 мм рт.ст. (при исходной нормотонии)
- 5) АД 140/90-159/109 мм рт.ст.

21. ВЫЧИСЛЕНИЕ РАЗМЕРА ИСТИННОЙ КОНЬЮГАТЫ ИЗ НАРУЖНОЙ КОНЬЮГАТЫ

- 1) вычесть 9 см от величины наружной конъюгаты
- 2) вычесть 11 см от величины наружной конъюгаты
- 3) вычесть 1,5-2 см из величины наружной конъюгаты
- 4) вычесть 11 см от величины наружной конъюгаты
- 5) к величине наружной конъюгаты прибавить 1,5 см

22. ЦЕЛЬ ИЗМЕРЕНИЯ ИНДЕКСА СОЛОВЬЕВА

- 1) для определения длины плода
- 2) для определения массы плода
- 3) для определения толщины костей таза
- 4) для определения величины головки
- 5) для определения срока беременности

23. ЦЕЛЬ ПРОВЕДЕНИЯ IV ПРИЕМА ЛЕОПОЛЬДА (НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

- 1) определить позицию, вид позиции плода
- 2) определить характер предлежащей части
- 3) определить характер предлежащей части плода и ее отношение к плоскости входа в малый таз
- 4) определить вид позиции и ВДМ
- 5) определить характер предлежащей части и характер стояния стреловидного шва

24. ЦЕЛЬ ПРОВЕДЕНИЯ II ПРИЕМА ЛЕОПОЛЬДА (НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

- 1) определить позицию и ее вид позиции
- 2) определить характер подлежащей части
- 3) определить характер подлежащей части плода и ее отношение к плоскости входа в малый таз
- 4) характер подлежащей части и характер стояния стреловидного шва
- 5) определить вид позиции характер подлежащей части и характер стояния стреловидного шва

25. ЦЕЛЬ ПРОВЕДЕНИЯ III ПРИЕМА ЛЕОПОЛЬДА (НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

- 1) определение позиции и ее вид позиции
- 2) определение характера подлежащей части плода
- 3) определение характера подлежащей части и ее отношение к плоскости выхода из малого таза
- 4) характер подлежащей части и характер стояния стреловидного шва
- 5) определить вид позиции, характер подлежащей части и характер стояния стреловидного шва

26. О ГИПОКСИИ ПЛОДА, ПО ДАННЫМ КТГ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ СЛЕДУЮЩАЯ АМПЛИТУДА МГНОВЕННЫХ ОСЦИЛЛЯЦИЙ

- 1) 0-5 в минуту
- 2) 5-10 в минуту
- 3) 10-25 в минуту
- 4) 25-30 в минуту
- 5) 30-35 в минуту

27. БАЗАЛЬНОЙ ЧАСТОТОЙ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПЛОДА НАЗЫВАЕТСЯ:

- 1) ЧСС, сохраняющаяся неизменной в течение 10 мин и более
- 2) ЧСС при повышении внутриматочного давления в схватку
- 3) число мгновенных колебаний (осцилляций) за 10 мин исследования
- 4) ЧСС плода при беременности
- 5) ЧСС плода в конце I и II периодов родов

28. АКЦЕЛЕРАЦИИ ПО КТГ - ЭТО

- 1) урежение ЧСС плода
- 2) отражение сердечной деятельности плода
- 3) учащение частоты сердечных сокращений плода (ЧСС)
- 4) отражение внутриутробной задержки роста плода
- 5) повышение частоты Ps и АД плода

29. ДЕЦЕЛЕРАЦИИ ПО КТГ - ЭТО

- 1) учащение сердечных сокращений плода
- 2) урежение сердечных сокращения плода
- 3) отражение бодрствования плода
- 4) отражение глубокого сна плода

5) повышение частоты Ps и АД плода

30. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ КРАСНУХОЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ТАКТИКА АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ, ЗАВИСИТ

- 1) от тяжести клинических проявлений у матери
- 2) от наличия сопутствующей патологии
- 3) от срока беременности
- 4) от наличия заболевания краснухой у пациентки в анамнезе
- 5) от состояния эмбриона/плода

31. ДОЗА РЕЗОНАТИВА В 625 МЕ ЯВЛЯЕТСЯ ДОСТАТОЧНОЙ

- 1) при проведении профилактики родильнице в первые 72 часа после родов Rh(-) ребенком
- 2) при проведении профилактики родильнице в первые 72 часа после родов Rh(+) ребенком
- 3) при абортах или выкидышах до 12 недель
- 4) при проведении профилактики родильнице в первые 48 часов после родов Rh(+) ребенком
- 5) при проведении профилактики родильнице после преждевременных родов

32. ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ ТОНОВ ПЛОДА В НОРМЕ

- 1) 110-120 ударов в минуту
- 2) 100-120 ударов в минуту
- 3) 110-160 ударов в минуту
- 4) 120-140 ударов в минуту
- 5) 130-170 ударов в минуту

33. ЧЛЕНОРАСПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА - ЭТО

- 1) отношение конечностей к головке и туловищу плода
- 2) отношение продольной оси плода к продольной оси матки
- 3) отношение спинки плода к боковым сторонам матки
- 4) отношение спинки плода к передней и задней стенкам матки
- 5) отношение крупной части плода ко входу в м/таз

34. ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА - ЭТО

- 1) отношение конечностей к головке и туловищу плода
- 2) отношение продольной оси плода к продольной оси матки
- 3) отношение спинки плода к боковым сторонам матки
- 4) отношение спинки плода к передней и задней стенкам матки
- 5) отношение крупной части плода ко входу в м/таз

35. ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА - ЭТО

- 1) отношение конечностей к головке и туловищу плода
- 2) отношение продольной оси плода к продольной оси матки
- 3) отношение спинки плода к боковым сторонам матки

- 4) отношение спинки плода к передней и задней стенкам матки
- 5) отношение крупной части плода ко входу в м/таз

36. ПОЗИЦИЯ ПЛОДА - ЭТО

- 1) отношение конечностей к головке и туловищу плода
- 2) отношение продольной оси плода к продольной оси матки
- 3) отношение спинки плода к боковым сторонам матки
- 4) отношение спинки плода к передней и задней стенкам матки
- 5) отношение крупной части плода ко входу в м/таз

37. ВИД ПОЗИЦИИ ПЛОДА - ЭТО

- 1) отношение конечностей к головке и туловищу плода
- 2) отношение продольной оси плода к продольной оси матки
- 3) отношение спинки плода к боковым сторонам матки
- 4) отношение спинки плода к передней и задней стенкам матки
- 5) отношение крупной части плода ко входу в м/таз

38. ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

- 1) через естественные родовые пути с самостоятельным развитием родовой деятельности
- 2) досрочное родоразрешение с амниотомией
- 3) через естественные родовые пути с укорочением периода изгнания
- 4) кесарево сечение
- 5) индуцированные роды через естественные родовые пути

39. ОСНОВНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПЛАНОВОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ

- 1) метилдопа, нифедипин, метопролол
- 2) метилдопа, сульфат магния, метопролол
- 3) фуросемид, нифедипин, метопролол
- 4) метилдопа, нифедипин, амлодипин
- 5) эгилок, нифедипин, метопролол

40. ПРИЗНАКОМ ЭКЛАМПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гипертензия
- 2) альбуминурия и отеки
- 3) повышенная возбудимость
- 4) судороги и кома
- 5) головная боль

41. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ HELLP- СИНДРОМЕ

- 1) ПОНРП, разрыв подкапсульной гематомы печени
- 2) тошнота, рвота, диспептические расстройства
- 3) боли в сердце, нехватка воздуха
- 4) отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки

5) сыпь на теле, боли в сердце, диспептические расстройства

42. НАЛОЖЕНИЕ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ ПРОТИВОПОКАЗАНО

- 1) при недоношенности
- 2) при эндометрите у матери
- 3) при безводном промежутке 12 часов
- 4) нахождении головки в плоскости выхода из малого таза
- 5) при хронической гипоксии плода

43. ФАКТОРЫ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К РАЗВИТИЮ ПРЕЭКЛАМПСИИ

- 1) грипп, парагрипп, covid-19
- 2) ЭГП (заболевания сердечно-сосудистой системы, эндокринные заболевания, заболевание почек)
- 3) хронические стрессы, неправильное питание
- 4) язвенная болезнь ДПК, хронический гастрит
- 5) гиподинамия

44. ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ ПЛОД, КАК ПРАВИЛО, СТРАДАЕТ ОТ

- 1) гипоксии
- 2) врожденных пороков сердца
- 3) анемии
- 4) аномалий развития ЦНС
- 5) асфиксии

45. ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ КАНАЛ НА 10-Е СУТКИ ПОСЛЕ РОДОВ

- 1) проходим для одного пальца
- 2) проходим для 2 пальцев
- 3) закрыт
- 4) проходим до области внутреннего зева
- 5) проходим только наружный зев

46. НА ВНУТРЕННЕЙ ПОВЕРХНОСТИ МАТКИ ПОСЛЕ РОДОВ НЕ ПРОИСХОДИТ

- 1) отторжения децидуальной ткани
- 2) эпителизации плацентарной площадки
- 3) регенерации эндометрия
- 4) пролиферации эндометрия
- 5) секреторной трансформации эндометрия

47. ВЫСОТА СТОЯНИЯ ДНА МАТКИ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ПОСЛЕ РОДОВ

- 1) на уровне пупка
- 2) на 2 пальца выше пупка
- 3) на 2 пальца ниже пупка
- 4) на середине расстояния между пупком лоном
- 5) на 1 палец выше лона

48. ХАРАКТЕР ЛОХИЙ НА ПЯТЫЕ СУТКИ ПОСЛЕ РОДОВ

- 1) кровянистые
- 2) серозно-кровянистые
- 3) кровянисто-сукровичные
- 4) слизистые
- 5) гнойные

49. ПОКАЗАТЕЛЬ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ

- 1) $(\text{число мертворожденных}) / (\text{число родов}) * 1000$
- 2) $(\text{число умерших интранатально}) / (\text{число родившихся мертвыми}) * 1000$
- 3) $(\text{число мертворожденных} + \text{число умерших впервые 168 ч после рождения}) / (\text{число родившихся живыми и мертвыми}) * 1000$
- 4) $(\text{число умерших впервые 7 суток после рождения}) / (\text{число родов}) * 1000$
- 5) $(\text{число мертворожденных} + \text{число умерших впервые 168 ч после рождения}) / (\text{число родившихся живыми и мертвыми}) * 100000$

50. СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ РОДИЛЬНОГО ДОМА КГБУЗ «КМКБ № 20 ИМ. И.С. БЕРЗОНА» Г. КРАСНОЯРСКА

- 1) госпитализация беременных и рожениц с заболеванием ЦНС и крови
- 2) госпитализация беременных и рожениц с гепатитами В и С, сифилисом
- 3) госпитализация беременных и рожениц с Rh- конфликтной беременностью, ВИЧ- инфекция, СПИД
- 4) госпитализация беременных и рожениц с заболеваниями ССС и крови, эндокринной патологией
- 5) госпитализация беременных и рожениц с невынашиванием беременности

51. ОКСИТОЦИН СПОСОБСТВУЕТ ОТДЕЛЕНИЮ МОЛОКА ИЗ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПУТЕМ

- 1) сокращения миоэпителиальных клеток в молочных ходах
- 2) снижения содержания эстрогенов
- 3) увеличения секреции пролактина
- 4) увеличения секреции прогестерона
- 5) увеличения секреции пролактина и эстрогенов

52. К ПРЕПАРАТАМ, ТОРМОЗЯЩИМ ЛАКТАЦИЮ, ОТНОСЯТСЯ

- 1) спазмолитики (но-шпа)
- 2) парлодел
- 3) барбитураты
- 4) нитрофураны
- 5) таких препаратов не существует

53. ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ИНВОЛЮЦИИ ПОСЛЕРОДОВОЙ МАТКИ ИМЕЕТ

- 1) естественное вскармливание новорожденного, физиологическое функционирование кишечника и мочевого пузыря родильницы

- 2) гигиена родильницы, диета
- 3) только гигиена родильницы
- 4) естественное вскармливание новорожденного, физиологическое функционирование кишечника и мочевого пузыря родильницы, гигиена родильницы, диета
- 5) естественное вскармливание новорожденного и правильная диета

54. ХАРАКТЕР ЛОХИЙ ВПЕРВЫЕ СУТКИ ПОСЛЕ РОДОВ

- 1) светлые
- 2) слизистые
- 3) кровянистые
- 4) сукровичные
- 5) кровянисто-сукровичные

55. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ ЛОХИОМЕТРЫ

- 1) гипертермия
- 2) гипотермия
- 3) симптом Шредера
- 4) озноб
- 5) задержка лохий

56. ВЫПИСКА ИЗ РОДИЛЬНОГО ДОМА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- 1) на 4 – 5 сутки
- 2) на 6 – 7 сутки
- 3) под расписку на не зависимо на какие сутки
- 4) на любые сутки по требованию
- 5) на 8 – 10 сутки

57. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОЗДНЕГО ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

- 1) 30 минут
- 2) 24 часа
- 3) 2-4 часа
- 4) 10 - 12 недель
- 5) 6 - 8 недель

58. ВЫПИСКА ИЗ РОДИЛЬНОГО ДОМА ПРИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ РОДАХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- 1) на второй день
- 2) сразу после родов под расписку
- 3) на 3- 4 сутки после родов
- 4) на 7 сутки
- 5) на 10 сутки

59. ПОЛНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ СТРУКТУРЫ ЭНДОМЕТРИЯ ПОСЛЕ РОДОВ ПРОИСХОДИТ ЧЕРЕЗ

- 1) 10 - 15 дней
- 2) 2 - 3 недели
- 3) 4 - 5 недель
- 4) 9 - 10 недель
- 5) 6 - 8 недель

60. СОСТОЯНИЕ МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) флексорной гипертонией
- 2) мышечной гипотонией
- 3) гипорефлексией
- 4) гиперрефлексией
- 5) гипертонией, арефлексией

61. МЕКОНИЙ ПРИСУТСТВУЕТ У НОВОРОЖДЕННОГО

- 1) первые 1-2 дня
- 2) 3-4 дня
- 3) 2-3 дня
- 4) только 1 -е сутки
- 5) первые 2-4 часа

62. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) лактостаз
- 2) гипогалактия у матери
- 3) трещины сосков
- 4) гнойный мастит
- 5) Rh-отрицательная принадлежность крови у матери

63. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПЕРЕВОДА НОВОРОЖДЕННОГО В БОКСИРОВАННУЮ ПАЛАТУ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) постнатальная асфиксия
- 2) гнойничковые заболевания кожи
- 3) гемолитическая болезнь
- 4) геморрагическая болезнь
- 5) недоношенность

64. МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ

- 1) смертность детей в первые сутки жизни
- 2) смертность детей на первой неделе жизни
- 3) смертность детей на первом месяце жизни
- 4) смертность детей на первом году жизни
- 5) смертность детей в возрасте до 2 лет

65. НАИБОЛЬШИЙ УДЕЛЬНЫЙ ВЕС В СТРУКТУРЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ИМЕЕТ

- 1) антенатальная смертность

- 2) интранатальная смертность
- 3) ранняя неонатальная смертность
- 4) постнеонатальная смертность
- 5) младенческая смертность

66. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА НИЖЕ

- 1) 130 г/л
- 2) 120 г/л
- 3) 115 г/л
- 4) 110 г/л
- 5) 125 г/л

67. МАССИВНОЕ МАТОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ВСЛЕДСТВИЕ ДВС СИНДРОМА ОБУСЛОВЛЕНО

- 1) гипотонией матки
- 2) коагулопатией потребления, истощение факторов свертывания
- 3) задержкой оболочек, частей плаценты
- 4) атонией матки
- 5) дефектом последа

68. ПРИ 40 НЕД. БЕРЕМЕННОСТИ И СРЕДНИХ РАЗМЕРАХ ПЛОДА ВЫСОТА ДНА МАТКИ И ОКРУЖНОСТЬ ЖИВОТА ДОЛЖНЫ СООТВЕТСТВОВАТЬ

- 1) 105 и 38 см
- 2) 85 и 32 см
- 3) 95 и 32 см
- 4) 85 и 34 см
- 5) 85 и 30 см

69. ГОЛОВКА ПЛОДА У ПЕРВОБЕРЕМЕННОЙ ПРИ СРОКЕ 40 НЕД. ДОЛЖНА БЫТЬ РАСПОЛОЖЕНА ПО ОТНОШЕНИЮ К ПЛОСКОСТЯМ ТАЗА

- 1) над входом в таз
- 2) прижата к входу в таз
- 3) фиксирована малым сегментом во входе в таз
- 4) фиксирована большим сегментом во входе в таз
- 5) в узкой части полости малого таза

70. АМНИОСКОПИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОМОГАЕТ В ДИАГНОСТИКЕ

- 1) гипоксии плода
- 2) пороков развития плода
- 3) пола плода
- 4) состояния плода
- 5) расположения плаценты

71. ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПЕРИОДОМ СЧИТАЕТСЯ ПРОМЕЖУТОК ВРЕМЕНИ

- 1) с периода зачатия и заканчивающийся рождением плода
- 2) со срока беременности 22 недели и заканчивающийся 7-ю сутками жизни новорожденного
- 3) с периода рождения плода и заканчивающийся через месяц после родов
- 4) с 22 недель беременности и заканчивающийся 14-ю сутками после рождения
- 5) с 12 недель беременности и заканчивающийся 14-ю сутками после рождения

72. К ПЛОДОРАЗРУШАЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ ОТНОСИТСЯ

- 1) кесарево сечение
- 2) клейдотомия
- 3) вакуум-экстракция плода
- 4) акушерские щипцы
- 5) перинеотомия

73. ДЕКАПИТАЦИЯ – ЭТО

- 1) опорожнение от внутренних органов груди и брюшной полости
- 2) отделение головки от туловища в области шейных позвонков
- 3) уменьшение объема плечевого пояса
- 4) уменьшение объема внутриутробного плода
- 5) рассечение позвоночника плода

74. АКУШЕРСКИЙ ПЕРИТОНИТ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ ПОСЛЕ

- 1) срочных родов
- 2) искусственного аборта
- 3) самопроизвольного выкидыша
- 4) внематочной беременности
- 5) кесарева сечения

75. ТЯЖЕСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АКУШЕРСКОГО ПЕРИТОНИТА НЕ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) реактивности организма родильницы
- 2) степени микробного обсеменения матки
- 3) вида обезболивания
- 4) вирулентности микроорганизма
- 5) наличия технических осложнений в ходе операции

76. В НОРМЕ ОКОЛОПЛОДНЫЕ ВОДЫ ИЗЛИВАЮТСЯ

- 1) до начала родовой деятельности
- 2) в родах, при раскрытии маточного зева на 2-3 см
- 3) в родах, при полном или почти полном раскрытии маточного зева
- 4) во II периоде родов
- 5) в родах, при раскрытии маточного зева на 5-6 см

77. К ПРЕДВЕСТНИКАМ РОДОВ ОТНОСИТСЯ

- 1) появление регулярных схваток
- 2) излитие околоплодных вод
- 3) отхождение слизистой пробки
- 4) кровянистые выделения из половых путей
- 5) повышение аппетита

78. ПОСЛЕ ВЫПИСКИ РОДИЛЬНИЦЫ С РЕБЕНКОМ ИЗ РОДИЛЬНОГО ДОМА ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19 РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1) карантин в течение 14 дней
- 2) карантин в течение 1 месяца
- 3) карантин в течение 5 дней
- 4) свободно перемещаться
- 5) карантин на 7 дней

79. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ЛАКТАЦИОННОГО МАСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

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

80. К ПЕРВОМУ ЭТАПУ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ САЗОНОВА-БАРТЕЛЬСА ОТНОСИТСЯ

- 1) параметрит
- 2) послеродовой эндометрит
- 3) распространенный тромбофлебит
- 4) септический шок
- 5) пельвиоперитонит

81. ДЛИТЕЛЬНЫЙ ГИПЕРТОНУС МАТКИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) предлежания плаценты.
- 2) ПОНРП
- 3) шеечно-перешеечной беременности
- 4) истмико-цервикальной недостаточности
- 5) угрозы прерывания беременности

82. ВЫДЕЛЯЮТ _____?_____ СТАДИЙ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО САЗОНОВУ-БАРТЕЛЬСУ

- 1) 4
- 2) 2
- 3) 3

- 4) 5
- 5) 6

83. КЛЕЙДОТОМИЯ - ЭТО

- 1) опорожнение от внутренностей груди и брюшной полости
- 2) отделение головки от туловища в области шейных позвонков
- 3) уменьшение объема плечевого пояса
- 4) уменьшение объема внутриутробного плода
- 5) рассечение позвоночника плода

84. ЭВИСЦЕРАЦИЯ - ЭТО

- 1) отделение головки от туловища в области шейных позвонков
- 2) уменьшение объема плечевого пояса
- 3) уменьшение объема внутриутробного плода
- 4) рассечение позвоночника плода
- 5) опорожнение от внутренностей груди и брюшной полости

85. ИНСТРУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ЭКСТРАКЦИИ ПЛОДА ЗА ТАЗОВЫЙ КОНЕЦ

- 1) крючок Брауна
- 2) акушерские щипцы
- 3) краниокласт
- 4) инструменты не требуются
- 5) вакуум-экстрактор KIW

86. ВИД ОПЕРАЦИИ, К КОТОРОМУ ОТНОСИТСЯ ЭКСТРАКЦИЯ ПЛОДА ЗА ТАЗОВЫЙ КОНЕЦ

- 1) к подготавливающим родовые пути
- 2) к способствующим быстрому родоразрешению
- 3) к родоразрешающим
- 4) исправляющих положение плода
- 5) к плодоразрушающим

87. ВИД ОПЕРАЦИИ, К КОТОРОМУ ОТНОСИТСЯ ПЕРИНЕОТОМИЯ

- 1) к родоразрешающим
- 2) исправляющих положение плода
- 3) сохраняющих беременность
- 4) к плодоразрушающим
- 5) к подготавливающим родовые пути

88. ВИД ОПЕРАЦИИ, К КОТОРОМУ ОТНОСИТСЯ ОПЕРАЦИЯ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

- 1) исправляющих положение плода
- 2) сохраняющих беременность
- 3) к плодоразрушающим
- 4) к родоразрешающим

- 5) к подготавливающим родовые пути

89. ЗАМЕДЛЕНИЕ СКОРОСТИ РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ В РОДАХ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ

- 1) об угрозе разрыва матки
- 2) о ПОНРП
- 3) о латентной фазе родов
- 4) о разрыве шейки матки
- 5) о слабости РД

90. ДИСКООРДИНАЦИЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ – ЭТО

- 1) нарушение тройного нисходящего градиента сократительной деятельности матки.
- 2) поочередное сокращение дна, тела и нижнего сегмента матки
- 3) преобладание дистракции волокон миометрия
- 4) смещение водителя ритма с дна в шейку матки
- 5) последовательная смена ретракции и дистракции волокон миометрия

91. НАЗОВИТЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ АМНИОТОМИИ

- 1) прелиминарный период
- 2) раскрытие маточного зева 3-4 см
- 3) острая гипоксия плода
- 4) нормальное количество околоплодных вод
- 5) полное или почти полное открытие маточного зева

92. К ТРЕТЬЕМУ ЭТАПУ ПОСЛЕРОДОВОГО СЕПТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПО КЛАССИФИКАЦИИ С.В. САЗОНОВА И А.В. БАРТЕЛЬСА ОТНОСИТСЯ

- 1) тазовый тромбофлебит
- 2) тромбофлебит вен нижних конечностей
- 3) септический шок
- 4) разлитой перитонит
- 5) эндометрит

93. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ЛИХОРАДКИ НА 3-4 ДЕНЬ ПОСЛЕ РОДОВ

- 1) инфекция мочевого тракта
- 2) мастит
- 3) эндометрит
- 4) перитонит
- 5) тромбофлебит

94. К ЧЕТВЕРТОМУ ЭТАПУ ПОСЛЕРОДОВОГО СЕПТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПО КЛАССИФИКАЦИИ С.В. САЗОНОВА И А.В. БАРТЕЛЬСА ОТНОСИТСЯ

- 1) септический шок

- 2) тазовый тромбофлебит
- 3) тромбофлебит вен нижних конечностей
- 4) пельвиоперитонит
- 5) эндометрит

95. ПОКАЗАНИЕ К УДАЛЕНИЮ МАТКИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ
ОТСЛОЙКЕ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

- 1) имбибиция маточных стенок кровью
- 2) наличие патологии развития матки
- 3) перерастяжение матки
- 4) наличие рубца на матке
- 5) обнаружение интерстициального миоматозного узла

96. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ РОДИЛЬНИЦЫ ПРИ БЫСТРО
НАРАСТАЮЩЕЙ ГЕМАТОМЕ ВЛАГАЛИЩА

- 1) применяют тугую, давящую повязку на область гематомы, а/бактериальная и антианемическая терапия
- 2) тугая тампонада ложа гематомы, внутрь - витамин С, хлорид кальция
- 3) проводят антианемическое лечение, кровоостанавливающие препараты
- 4) прикладывают холод на область гематомы
- 5) вскрытие, прошивание гематомы, а/бактериальная и антианемическая терапия

97. КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ УГРОЖАЮЩЕГО РАЗРЫВА МАТКИ

- 1) эффективные схватки
- 2) отек шейки матки
- 3) сильная родовая деятельность
- 4) отсутствие болезненности нижнего сегмента матки
- 5) не проводится

98. ПРИЧИНЫ РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В РОДАХ

- 1) слабость родовой деятельности
- 2) разрыв матки в родах
- 3) гидроцефалия плода
- 4) амниотомия
- 5) эпизиотомия

99. ПРИЧИНА РАЗРЫВА ПРОМЕЖНОСТИ В РОДАХ

- 1) ригидность тканей промежности
- 2) гипотрофия плода
- 3) правильное оказание акушерского пособия в родах
- 4) прорезывание головки плода малым косым размером
- 5) правильное (сгибательное) предлежание головки плода

100. ПРИЧИНА РАЗРЫВА ВЛАГАЛИЩА В РОДАХ

- 1) нормальное течение родового акта

- 2) крупные размеры головки плода
- 3) правильное оказание акушерского пособия в родах
- 4) прорезывание головки плода малым косым размером
- 5) правильное (сгибательное) предлежание головки плода

101. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) увеличение размеров матки
- 2) аменорея
- 3) наличие хориального гонадотропина в моче
- 4) положительный тест на беременность
- 5) наличие сердцебиения плода

102. ОСНОВНАЯ РОЛЬ ЭСТРОГЕНОВ В РОДАХ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ

- 1) в повышении уровня прогестерона
- 2) в снятии прогестеронового блока в плацентарной площадке матки
- 3) в снижении секреции тиреотропного гормона у матери и плода
- 4) в ослаблении продукции пролактина
- 5) в прогестероновом блоке плацентарной площадкой рецепторов окситоцина

103. ПОКАЗАНИЕМ К ЭПИЗИОТОМИИ В РОДАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гемолитическая болезнь плода
- 2) преждевременные роды
- 3) головное предлежание плода
- 4) угрожающий разрыв промежности
- 5) начавшийся разрыв промежности

104. АДЕКВАТНАЯ СОКРАТИТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МАТКИ В РОДАХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) расслаблением продольных гладкомышечных пучков при интенсивном сокращении поперечных волокон
- 2) сокращением продольных гладкомышечных пучков при интенсивном сокращении поперечных волокон
- 3) смещением водителя ритма (пейсмейкера) с дна на тело матки
- 4) гипертонусом нижнего сегмента матки
- 5) значительным повышением базального тонуса матки

105. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ГИПОГАЛАКТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) снижение секреции пролактина
- 2) невынашивание беременности в анамнезе
- 3) резус-конфликтная беременность
- 4) преждевременный разрыв плодных оболочек
- 5) реконструктивно-пластические операции на молочной железе в анамнезе

106. ВЕДЕНИЕ РОДОВ ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ НЕ ТРЕБУЕТ КОНТРОЛЯ

- 1) за состоянием роженицы и плода
- 2) за «врезыванием и прорезыванием» предлежащей части плода
- 3) за давлением в межворсинчатом пространстве
- 4) за состоянием фетоплацентарного кровотока.
- 5) за характером потужной деятельности

107. В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ПРОИСХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЛОВОЙ СИСТЕМЕ РОДИЛЬНИЦЫ

- 1) полное формирование канала шейки матки
- 2) дистракция, контракция матки и тромбообразование сосудов плацентарной площадки
- 3) ретракция, контракция матки и тромбообразование сосудов плацентарной площадки
- 4) субинволюция матки
- 5) растяжение влагалища

108. СОКРАТИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ МАТКИ В РОДАХ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) уровня тиреотропного гормона
- 2) уровня АКТГ гормона
- 3) содержания тромбксана
- 4) концентрации окситоцина, выделяемого гипофизом матери и плода
- 5) содержания адренорецепторов в миометрии

109. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РОДОВ У ПЕРВОРОДЯЩИХ

- 1) от 8 до 14 часов
- 2) от 6 до 4 часов
- 3) от 8 до 6 часов
- 4) от 4 до 2 часов
- 5) от 6 до 12 часов

110. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РОДОВ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ

- 1) от 4 до 2 часов
- 2) от 8 до 14 часов
- 3) от 6 до 12 часов
- 4) от 6 до 7 часов
- 5) более суток

111. ОБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ НАЧАЛА РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) регулярные схватки, открытие ш/матки (2-3 см)
- 2) продвижение плода по родовому каналу
- 3) излитие околоплодных вод
- 4) тахикардия плода
- 5) отхождение слизистой пробки

112. СКОРОСТЬ РАСКРЫТИЯ МАТОЧНОГО ЗЕВА У ПЕРВОРОДЯЩИХ В ЛАТЕНТНУЮ ФАЗУ РОДОВ

- 1) 0,1-0,2 см/час
- 2) 3 см/час
- 3) 0,1 см/час
- 4) 1-2 см/час
- 5) 0,35 см/час

113. КЛАССИЧЕСКОЕ РУЧНОЕ ПОСОБИЕ ПО ВЫВЕДЕНИЮ РУЧЕК ПЛОДА ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ ОКАЗЫВАЕТСЯ

- 1) при прорезывании ягодич
- 2) для выведения головки
- 3) при запрокинутых ручках/ручке
- 4) при ножном предлежании
- 5) после рождения плода до пупка при эффективных потугах

114. РОДЫ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ПЛОДА ДО ПУПОЧНОГО КОЛЬЦА, ДОЛЖНЫ ЗАКОНЧИТЬСЯ ЧЕРЕЗ

- 1) 5 мин.
- 2) 15 мин.
- 3) 5-7 сек.
- 4) 10 мин.
- 5) 30 мин.

115. ВЕРОЯТНЫЙ ПРИЗНАК БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) увеличение молочных желез и выделение молозива
- 2) плаксивость, раздражительность, смена настроения
- 3) пальпация мелких частей плода
- 4) неукротимая рвота
- 5) сонливость

116. СОМНИТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) прекращение менструаций
- 2) изменение обонятельных ощущений
- 3) увеличение молочных желез и выделение молозива
- 4) определение ХГЧ в моче
- 5) наличие плода в матки

117. ПОНЯТИЕ ДОНОШЕННОГО ПЛОДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО

- 1) массе тела новорожденного более 2,5 кг
- 2) сроку беременности
- 3) шкале Апгар
- 4) состоянию сердечной деятельности плода
- 5) признакам физического развития плода

118. ОСНОВНОЙ КРИТЕРИЙ ЗРЕЛОСТИ ПЛОДА

- 1) оценка по шкале Сильвермана
- 2) оценка по шкале Апгар
- 3) срок беременности
- 4) длина плода 48 см и выше
- 5) частота сердцебиения плода 120 – 140 уд/мин

119. ПЛОСКОСТЬ ВХОДА В МАЛЫЙ ТАЗ ОГРАНИЧЕНА

- 1) верхним краем лона, серединой вертлужной впадины, сочленением 2-го и 3-го крестцовых позвонков
- 2) верхним краем лона, безымянными линиями, верхушкой мыса
- 3) серединой внутренней поверхности лона, безымянными линиями, верхушкой мыса
- 4) серединой внутренней поверхности лона, седалищными остями, сочленением 2-го и 3-го крестцовых позвонков
- 5) серединой внутренней поверхности лона, безымянными линиями, копчиком

120. ПЛОСКОСТЬ ШИРОКОЙ ЧАСТИ МАЛЫЙ ТАЗА ОГРАНИЧЕНА

- 1) верхним краем лона, серединой вертлужной впадины, сочленением 2-го и 3-го крестцовых позвонков
- 2) верхним краем лона, безымянными линиями, верхушкой мыса
- 3) серединой внутренней поверхности лона, безымянными линиями, верхушкой мыса
- 4) серединой внутренней поверхности лона, серединой вертлужных впадин, сочленением 2-го и 3-го крестцовых позвонков
- 5) серединой внутренней поверхности лона, безымянными линиями, копчиком

121. ПЛОСКОСТЬ УЗКОЙ ЧАСТИ ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА ОГРАНИЧЕНА

- 1) нижним краем лонного сочленения, седалищными остями, крестцово-копчиковым сочленением
- 2) нижним краем лонного сочленения, безымянными линиями, верхушкой крестца
- 3) серединой внутренней поверхности лона, седалищными остями, сочленением 2-го и 3-го крестцовых позвонков
- 4) серединой внутренней поверхности лона, серединой вертлужных впадин, сочленением между 2-м и 3-м крестцовыми позвонками
- 5) нижним краем лонного сочленения, седалищными буграми, крестцово-копчиковым сочленением

122. ПЛОСКОСТЬ ВЫХОДА МАЛОГО ТАЗА ОГРАНИЧЕНА

- 1) нижним краем лона, седалищными буграми, крестцово-копчиковым сочленением
- 2) нижним краем лонного сочленения, седалищными остями, крестцово-копчиковым сочленением

- 3) нижним краем лонного сочленения, седалищными буграми, верхушкой копчика
- 4) верхним краем лонного сочленения, седалищными буграми, верхушкой копчика
- 5) нижним краем лонного сочленения, безымянными линиями, верхушкой копчика

123. ПЛАЦЕНТА ВЫПОЛНЯЕТ СЛЕДУЮЩУЮ РОЛЬ В ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ МАТЕРИ И ПЛОДА ПРИ НОРМАЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ

- 1) подавляет антигенную стимуляцию матери
- 2) стимулирует антигенную стимуляцию матери
- 3) препятствует свободному транспорту антигенов, антител и клеток
- 4) блокирует механизмы взаимной толерантности матери и плода
- 5) снижает синтез прогестерон-индуцированного блокирующего фактора

124. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПОЧЕК ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) пиелонефрит
- 2) амилоидоз почек
- 3) гломерулонефрит
- 4) гидронефроз
- 5) МКБ

125. НАРУШЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СИСТЕМЕ «МАТЬ – ПЛАЦЕНТА – ПЛОД» ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ СЛЕДУЮЩИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

- 1) ВПР плода
- 2) преэклампсии
- 3) синдрому фето-фетальной трансфузии
- 4) неиммунной водянки плода
- 5) ГСД

126. ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННОГО СВЯЗАНА

- 1) с изоиммунизацией матери групповыми антигенами крови плода
- 2) с аутоиммунизацией матери групповыми антигенами крови плода
- 3) с аутоиммунизацией матери по резус-фактору
- 4) причины гемолитической болезни плода не известны
- 5) с аутоиммунизацией матери по системе АВО

127. ИЗОИММУНИЗАЦИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНА НЕСОВМЕСТИМОСТЬЮ

- 1) крови матери и плода по резус-фактору
- 2) групп крови матери и отца
- 3) крови матери и плода по системе HLA
- 4) крови матери и плода по системе тромбоцитарных антигенов

5) групп крови матери и отца по системе АВ0

128. ПОСЛЕ ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЧАСТОТА ИММУНИЗАЦИИ У РЕЗУС ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ ЖЕНЩИН СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 30%
- 2) 50%
- 3) 10%
- 4) 20%
- 5) 100%

129. ЧАСТОТА ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА ОБЫЧНО СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 0,3-0,7%
- 2) 3-7%
- 3) 10%
- 4) 15%
- 5) 20%

130. НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРИЗНАКОМ ИЗОИММУНИЗАЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) снижение титра антител
- 2) наличие «полных» антител
- 3) «скачущий» титр антител
- 4) признаки гипоплазии плаценты и плода
- 5) стабильный титр антител

131. В НАШЕЙ СТРАНЕ ЗА КРИТЕРИЙ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ПЛОДА (НОВОРОЖДЕННОГО) ПРИНИМАЕТСЯ СРОК БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) 20 недель
- 2) 21 неделю
- 3) 22 недели
- 4) 25 недель
- 5) 28 недель

132. НАИМЕНЬШАЯ МАССА ТЕЛА ЖИЗНЕСПОСОБНОГО ПЛОДА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1000 г
- 2) 800 г
- 3) 500 г
- 4) 450 г
- 5) 400 г

133. ПРИ РАЗВИТИИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ПЛОДА ИМЕЕТ МЕСТО

- 1) развитие гипопроотеинемии и повышение проницаемости сосудов
- 2) расстройство функции почек
- 3) развитие гиперпротеинемии и понижение проницаемости сосудов

- 4) гипоплазия поджелудочной железы
- 5) гипоплазия эритроцитарного ростка костного мозга плода

134. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У НОВОРОЖДЕННОГО ОПРЕДЕЛЯЮТ В КРОВИ

- 1) количество юных форм лейкоцитов
- 2) почасовой прирост билирубина, группу крови, резус-принадлежность крови
- 3) почасовой прирост билирубина, наличие ретикулоцитарного криза
- 4) группу крови, резус-принадлежность крови, наличие анизо- и пойкилоцитов
- 5) группу крови, резус-принадлежность крови

135. АДЕКВАТНОЙ РЕАКЦИЕЙ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЛОДА НА ЗАДЕРЖКУ ДЫХАНИЯ У МАТЕРИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) реакция сердечной деятельности плода не изменяется
- 2) реакция сердечной деятельности плода в норме отсутствует
- 3) вначале урежение, а затем учащение
- 4) урежение частоты сердечных сокращений
- 5) учащение частоты сердечных сокращений

136. В РОДАХ ПРИ ГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА СЛЕДУЮЩАЯ БАЗАЛЬНАЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ СЧИТАЕТСЯ НОРМАЛЬНОЙ

- 1) 110-160 в минуту
- 2) 100-150 в минуту
- 3) 100-180 в минуту
- 4) 105-160 в минуту
- 5) 160-200 в минуту

137. ТОКСИЧНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) прямой и непрямой билирубин
- 2) общий билирубин
- 3) прямой билирубин
- 4) непрямой билирубин
- 5) уровень билирубина не оказывает токсического воздействия

138. ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ У НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ ОСТРОЙ ГИПОКСИИ ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ ХРОНИЧЕСКОЙ

- 1) ОЦК и гематокрит при острой гипоксии не меняются
- 2) повышением ОЦК и повышением гематокрита
- 3) повышением ОЦК и снижением гематокрита
- 4) снижением ОЦК и снижением гематокрита
- 5) снижением ОЦК и повышением гематокрита

139. ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НОВОРОЖДЕННОГО ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) степенью незрелости новорожденного
- 2) гестационным возрастом новорожденного
- 3) его длиной тела
- 4) его массой
- 5) его длиной тела и массой

140. СЕКРЕЦИЮ СУРФАКТАНТА В ЛЕГКИХ ПЛОДА УСИЛИВАЕТ

- 1) окситоцин
- 2) ацетилхолин
- 3) простагландин F-2-альфа
- 4) глюкокортикоиды
- 5) углекислый газ

141. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ ДАННЫЕ

- 1) результаты ультразвуковой фетометрии
- 2) о содержании прогестерона
- 3) о содержании плацентарного лактогена
- 4) о содержании трофобластического гамма-глобулина
- 5) о содержании простагландинов

142. ПРИЧИНОЙ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПЛОДА МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ

- 1) родовая травма ЦНС
- 2) пороки развития пищевода
- 3) пороки развития почек
- 4) абсолютно короткая пуповина
- 5) крупные размеры плода

143. ГИПОКСИЧЕСКИ-ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПЛОДА ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ

- 1) повышения маточно-плацентарного кровообращения
- 2) снижения маточно-плацентарного кровообращения
- 3) преждевременного излития околоплодных вод
- 4) повышения активности процессов апоптоза клеток плода
- 5) преобладания тонуса парасимпатической нервной системы плода

144. ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ТОКОЛИТИКОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) угроза прерывания беременности во II- III триместрах беременности
- 2) сахарный диабет
- 3) тиреотоксикоз
- 4) ПОНРП
- 5) предлежание плаценты

145. ПРИ ОСМОТРЕ ПЕРЕНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО ВЫЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ

- 1) яички не опустились в мошонку
- 2) клитор и малые половые губы не прикрыты большими
- 3) сухая морщинистая кожа с небольшим количеством сыровидной смазки
- 4) сухая морщинистая кожа с обильным количеством сыровидной смазки
- 5) небольшая исчерченность стоп

146. ОСТРАЯ ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЕСТЬ СЛЕДСТВИЕ

- 1) длительной угрозы преждевременного прерывания беременности
- 2) изосерологической несовместимости крови матери
- 3) перенашивания беременности
- 4) курении беременной
- 5) ПОНРП

147. ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПЕРЕНОШЕННОСТИ ПЛОДА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) узкие швы и роднички, плотные кости черепа
- 2) живот увеличен в размерах с явным расхождением прямых мышц
- 3) обилие сыровидной смазки
- 4) яички не опущены в мошонку
- 5) ногтевые пластинки не доходят до кончиков пальцев

148. СТЕПЕНЬ СУЖЕНИЯ ТАЗА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО УМЕНЬШЕНИЮ РАЗМЕРА

- 1) вертикальной диагонали пояснично-крестцового ромба
- 2) высоты стояния дна матки
- 3) горизонтальной диагонали пояснично-крестцового ромба
- 4) истинной конъюгаты
- 5) анатомической конъюгаты

149. В ПРОГНОЗЕ РОДОВ ПРИ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКОМ ТАЗЕ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- 1) окружность живота
- 2) высота стояния дна матки
- 3) размер истинной конъюгаты
- 4) размеры ромба Михаэлиса
- 5) возраст беременной

150. КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ – ЭТО

- 1) таз, который имеет размеры 25-29-30-20 см
- 2) одна из форм анатомически узкого таза
- 3) отсутствие продвижения головки плода при слабости родовой деятельности
- 4) несоответствие головки плода и таза матери, выявленное во время родов

5) несоответствие головки плода и таза матери, выявленное при беременности

151. ОСНОВНЫМИ ПРИЧИНАМИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) анатомическое сужение таза и наличие крупного плода
- 2) чрезмерно сильная родовая деятельность
- 3) переднетеменной асинклитизм
- 4) плод, с признаками СЗРП
- 5) отсутствие предгравидарной подготовки пациентки и наличие крупного плода

152. РОДЫ ПРИ I СТЕПЕНИ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА (ОТНОСИТЕЛЬНОЕ НЕСООТВЕТСТВИЕ) ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИМ

- 1) биомеханизм родов не соответствует форме таза
- 2) длительность родового акта дольше обычного
- 3) симптом Вастена резко положительный
- 4) рано появляются признаки угрожающего разрыва мат
- 5) особенных отличий от родов с нормальными размерами таза нет

153. ПОТУГИ ПРИ ГОЛОВКЕ, ПРИЖАТОЙ К ВХОДУ В МАЛЫЙ ТАЗ, И ОТОШЕДШИХ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОДАХ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ

- 1) о клинически узком тазе
- 2) об анатомически узком тазе
- 3) об ущемлении передней губы шейки матки
- 4) о начавшемся разрыве матки
- 5) об окончании первого периода родов

154. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ВАСТЕНА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1) об угрозе разрыва матки
- 2) о наличии крупного плода
- 3) о крайней степени несоответствия головки плода и таза матери
- 4) о развитии слабости родовой деятельности
- 5) о начавшемся разрыве лонного сочленения

155. ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ ОЦЕНКУ ТАЗА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ

- 1) период родов значения не имеет
- 2) после излития околоплодных вод
- 3) во II периоде родов
- 4) в конце I периода родов
- 5) при беременности

156. ПРИ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКОМ ТАЗЕ II СТЕПЕНИ И ЖИВОМ ПЛОДЕ ВОПРОС О РОДОСТИМУЛЯЦИИ РЕШАЕТСЯ, КАК ПРАВИЛО, СЛЕДУЮЩИМ

- 1) проводится всегда
- 2) не проводится
- 3) в зависимости от артериального давления роженицы
- 4) в зависимости от предлежания плода
- 5) в зависимости от расположения головки по отношению ко входу в малый таз

157. ДЛЯ ВЫБОРА ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ ВАЖНЕЕ ВСЕГО ОПРЕДЕЛИТЬ

- 1) размеры плода
- 2) росто-весовые показатели женщины
- 3) размеры ромба Михаэлиса
- 4) размеры индекса Соловьева
- 5) форму анатомически узкого таза и степень сужения таза

158. ПРИ НАРУЖНОМ АКУШЕРСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ О ПОПЕРЕЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ ПЛОДА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1) окружность живота более 100 см
- 2) высота дна матки свыше 39 см
- 3) отсутствие предлежащей части, определяемой третьим приемом Леопольда
- 4) уменьшение вертикального размера пояснично-крестцового ромба
- 5) увеличение вертикального размера пояснично-крестцового ромба

159. В ЭТИОЛОГИИ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ, ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО, ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩЕЕ

- 1) гестационный сахарный диабет
- 2) возраст женщины
- 3) перенесенная беременность
- 4) рубец на матке после операции кесарева сечения
- 5) предлежание плаценты

160. ПОСОБИЕ ПО ЦОВЬЯНОВУ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ СЛЕДУЮЩЕМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА

- 1) чисто ягодичном
- 2) переднем виде затылочного предлежания
- 3) коленном
- 4) заднем виде затылочного предлежания
- 5) переднеголовном предлежании

161. ЧИСТО ЯГОДИЧНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ

- 1) ножки согнуты в тазобедренных суставах и вытянуты вдоль туловища
- 2) ножки согнуты в коленных суставах и вытянуты вдоль туловища
- 3) ножки разогнуты в тазобедренных суставах и согнуты в коленных суставах

- 4) ножки согнуты в коленных и тазобедренных суставах
- 5) ножки согнуты в тазобедренных суставах

162. СМЕШАННОЕ ЯГОДИЧНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ

- 1) ножки согнуты в тазобедренных суставах и вытянуты вдоль туловища
- 2) ножки разогнуты в тазобедренных суставах и согнуты в коленных суставах
- 3) ножки согнуты в коленных суставах и вытянуты вдоль туловища
- 4) ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах
- 5) ножки согнуты только в коленных суставах

163. ОСЛОЖНЕНИЕМ ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) чрезмерный внутренний поворот плечиков
- 2) запрокидывание ручек плода за головку
- 3) отхождение мекония у плода
- 4) чрезмерное сгибание головки плода
- 5) поворот плода спинкой кпереди

164. К ПОСОБИЮ ПО МЕТОДУ ЦОВЬЯНОВА ПРИ ЧИСТО ЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ПРИСТУПАЮТ, КОГДА

- 1) плод рождается до угла лопаток
- 2) плод рождается до пупочного кольца
- 3) пререзывается задняя ягодица
- 4) пререзываются обе ягодицы
- 5) пререзывается передняя ягодица

165. СОКРАТИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ МАТКИ ПРИ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЫЧНО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) последовательной сменой ретракции и дистракции волокон миометрия
- 2) снижением ритма и снижением амплитуды сокращения матки
- 3) сохранением ритма и снижением амплитуды сокращения матки
- 4) увеличением частоты схваток
- 5) повышением внутриматочного давления

166. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ДИСКООРДИНАЦИИ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ ОТНОСИТСЯ

- 1) снижение силы и продолжительности схваток
- 2) уплотнение краев шейки матки в схватку
- 3) понижение базального тонуса матки
- 4) затруднение опорожнения кишечника
- 5) преждевременный разрыв плодных оболочек

167. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ, НЕОБХОДИМО

- 1) производить продольное рассечение тела матки
- 2) использовать биосовместимые соединительные элементы
- 3) обеспечить герметичность полости матки при зашивании разреза на матке шелком
- 4) обеспечить герметичность полости матки при зашивании разреза на матке полиамидом
- 5) производить расширение разреза стенки матки острым путем

168. ДЛЯ ТЕЧЕНИЯ БЫСТРЫХ РОДОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) укорочение периода раскрытия шейки матки
- 2) слабость потуг
- 3) повышение температуры тела
- 4) удлинение периода изгнания плода
- 5) укорочение последового периода

169. К ОСНОВНЫМ ФАКТОРАМ РОЖДЕНИЯ КРУПНОГО ПЛОДА СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ

- 1) презклампсию
- 2) сахарный диабет
- 3) гипотиреоз
- 4) артериальную гипотонию
- 5) возраст беременной старше 35 лет

170. ПРАВИЛА СПОСОБА И ПОРЯДКА ВВЕДЕНИЯ ЛОЖЕК АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ, СЛЕДУЮЩИЕ

- 1) левую ложку держат левой рукой и вводят в левую половину таза матери
- 2) правую ложку держит правой рукой и вводит в левую половину таза матери
- 3) левую ложку держат правой рукой и вводят в правую половину таза матери
- 4) правую ложку держат левой рукой и вводят в левую половину таза матери
- 5) наложение акушерских щипцов зависит от того, какой рукой лучше владеет акушер

171. ПРИ НАЛОЖЕНИИ ВЫХОДНЫХ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ ЛОЖКИ ДОЛЖНЫ ЛЕЖЬ НА ГОЛОВКУ ПЛОДА

- 1) в малом косом размере
- 2) в поперечном размере
- 3) в среднем косом размере
- 4) в прямом размере
- 5) в большом косом размере

172. ДЛЯ ОПЕРАЦИИ НАЛОЖЕНИЯ ВЫХОДНЫХ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ НЕОБХОДИМО УСЛОВИЕ

- 1) живой или мертвый плод
- 2) открытие шейки матки полное
- 3) отсутствие плодного пузыря и раскрытие шейки матки 4-5 см
- 4) лобное вставление головки живого доношенного плода
- 5) головка плода прижата ко входу в м/таз

173. ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ – ЭТО ПАТОЛОГИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ПЛАЦЕНТА РАСПОЛАГАЕТСЯ

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

174. КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ПРИ НИЗКОЙ ПЛАЦЕНТАЦИИ ОБУСЛОВЛЕНО

- 1) ПОНРП
- 2) повышенной порозностью стенки сосудов ворсин хориона
- 3) гипертрофическими изменениями ворсин хориона
- 4) сниженным отложением фибриноидного вещества на поверхности плаценты
- 5) склерозированием ворсин и отслойкой плаценты

175. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНИТЬ

- 1) радиоизотопную сцинтиграфию
- 2) тепловидение
- 3) ультразвуковое сканирование
- 4) приемы Леопольда
- 5) проведение влагалищного исследования

176. ОСОБЕННОСТЬЮ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) начинается только ночью, во сне
- 2) болезненность матки при пальпации
- 3) всегда наружное
- 4) имеются признаки внутрибрюшного кровотечения
- 5) наружного кровотечения может и не быть

177. ПРИ НЕПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ, ЗНАЧИТЕЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ РОДОВЫХ ПУТЕЙ И ОТКРЫТИИ МАТОЧНОГО ЗЕВА НА 5-6 СМ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПОКАЗАНО

- 1) через естественные родовые пути с ранней амниотомией и без родостимуляции
- 2) через естественные родовые пути с гемотрансфузией и родостимуляцией
- 3) путем операции кесарева сечения
- 4) путем наложения вакуум-экстрактора KIWI
- 5) путем наложения акушерских щипцов

178. ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ У БЕРЕМЕННЫХ

- 1) с тяжелой преэклампсией
- 2) с анемией
- 3) с гипотиреозом
- 4) с артериальной гипотонией
- 5) с гиперандрогенией

179. ПРИ ПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ОПЕРАЦИЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ОБЫЧНО ПРОИЗВОДИТСЯ В ПЛАНОВОМ ПОРЯДКЕ

- 1) на 38 неделе
- 2) в 40 недель
- 3) с началом родовой деятельности
- 4) при постановке диагноза
- 5) в 35-36 недель

180. ПРИ ПЛОТНОМ ПРИКРЕПЛЕНИИ ПЛАЦЕНТЫ ВОРСИНЫ ХОРИОНА ПРОНИКАЮТ ВГЛУБЬ СТЕНКИ МАТКИ

- 1) в парабазальный слой слизистой оболочки
- 2) в базальный слой слизистой оболочки
- 3) в спонгиозный слой слизистой оболочки
- 4) в компактный слой слизистой оболочки
- 5) прямо в миометрий

181. ДЛЯ ПОЛНОГО ИСТИННОГО ПРИРАЩЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРНО

- 1) отсутствие каких-либо кровянистых выделений из половых путей
- 2) отсутствие каких-либо кровянистых выделений из половых путей в послеродовом периоде
- 3) сильное кровотечение из половых путей через 5 – 10 минут после рождения плода
- 4) небольшие кровянистые выделения из половых путей сразу после рождения плода
- 5) не сворачиваемость крови, вытекающей из половых путей

182. ДЛЯ ИСТИННОГО ПРИРАЩЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРНО ВРАСТАНИЕ ВОРСИН ХОРИОНА

- 1) в парабазальный слой слизистой оболочки
- 2) в базальный слой слизистой оболочки
- 3) в спонгиозный слой слизистой оболочки
- 4) в компактный слой слизистой оболочки
- 5) в миометрий

183. ПРИ ЧАСТИЧНОМ ПЛОТНОМ ПРИКРЕПЛЕНИИ ПЛАЦЕНТЫ НА ФОНЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ КРОВОПОТЕРИ ПОКАЗАНО

- 1) капельное внутривенное введение метилэргометрина
- 2) одномоментное внутривенное введение окситоцина
- 3) ручное отделение плаценты
- 4) операция кесарева сечения (во избежание массивного кровотечения)
- 5) применить способ выделения последа по Абуладзе

184. ПРИ КРОВОПОТЕРЕ, РАВНОЙ 20 – 25% ОТ ОЦК, ШОКОВЫЙ ИНДЕКС РАВЕН

- 1) 0,5
- 2) 0,6
- 3) 0,8
- 4) 1,0
- 5) 1,2

185. В ПАТОГЕНЕЗЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ШОКА БОЛЬШОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- 1) группа крови и резус-фактор пациентки
- 2) исходное иммунодефицитное состояние роженицы
- 3) время излития околоплодных вод и длительность безводного промежутка
- 4) объем кровопотери
- 5) количество эритроцитов и тромбоцитов

186. СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ СПОСОБСТВУЮТ РАЗВИТИЮ ОСТРОЙ ФОРМЫ ДВС-СИНДРОМА

- 1) истинное приращение плаценты
- 2) многоплодная беременность
- 3) массивное гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде
- 4) беременность, возникшая в результате применения ВРТ
- 5) маловодие

187. КРИТИЧЕСКИМ УРОВНЕМ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ШОКЕ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

- 1) 80 мм. рт. ст.
- 2) 75 мм. рт. ст.
- 3) 70 мм. рт. ст.
- 4) 60 мм. рт. ст.
- 5) 30 мм. рт. ст.

188. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) уменьшением интенсивности шевеления плода
- 2) высоким процентом продольных положений плода
- 3) к плодоразрушающим
- 4) повторяемостью кровотечения из половых путей
- 5) к подготавливающим родовые пути

189. ВЫРАЖЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ НА ГЛАЗНОМ ДНЕ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) для эпилепсии
- 2) для раннего токсикоза
- 3) для миопии
- 4) для преэклампсии
- 5) для гипертонической болезни

190. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ НАПРАВЛЕНА

- 1) на нормализацию микроциркуляции, гемодинамики
- 2) на ликвидацию гиперволемии
- 3) на нормализацию функционирования гематоэнцефалического барьера
- 4) на ликвидацию гиперпротеинемии
- 5) на нормализацию плацентарного барьера

191. ОТЕКИ НА ЛИЦЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) для поликистоза почек
- 2) для гестационного пиелонефрита
- 3) для МКБ
- 4) для умеренной преэклампсии
- 5) для гломерулонефрита

192. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) возраст первородящей 30 лет и старше
- 2) синдром задержки роста плода в предшествующей беременности
- 3) миопия
- 4) гипертоническая болезнь
- 5) артериальная гипотония

193. УХУДШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ РОЖЕНИЦЫ С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ I ПЕРИОДА РОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВАНИЕМ

- 1) применения вакуум-экстракции плода
- 2) для более активной стимуляции родовой деятельности
- 3) для более быстрого родоразрешения путем операции кесарева сечения
- 4) для перинеотомии
- 5) для амниотомии и оценки характера околоплодных вод

194. ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННОЙ ИМЕЕТ МЕСТО

- 1) гиперкоагуляция
- 2) гипокоагуляция
- 3) дегидратация тканей
- 4) повышение количества тромбоцитов
- 5) повышение эластичности мембраны эритроцитов

195. ПРИЗНАКОМ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) олигурия менее 500 мл/сут
- 2) снижение АЛТ, АСТ сыворотки крови
- 3) анизоцитоз, пойкилоцитоз клеток крови
- 4) протеинурия $>0,3$ г/сут, но менее 3,0 г/сут.
- 5) артериальная гипертензия выше 140/90 мм. рт. ст.

196. ДЛЯ УМЕРЕННОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ

- 1) снижение тромбоцитов менее 100 тыс.*10⁹/л.
- 2) артериальная гипертензия выше 160/100 мм рт. ст.
- 3) олигурия менее 500 мл/сут.
- 4) мелькание «мушек» перед глазами
- 5) артериальная гипертензия 140/90 мм рт. ст. и выше

197. ПРИ РАЗРЫВЕ ПРОМЕЖНОСТИ II СТЕПЕНИ СОХРАНЯЕТСЯ ЦЕЛОСТНОСТЬ

- 1) мышц промежности
- 2) наружного сфинктера прямой кишки
- 3) стенок влагалища
- 4) задней спайки
- 5) кожи промежности

198. ПРИ РАЗРЫВЕ ПРОМЕЖНОСТИ III СТЕПЕНИ ШВЫ НАКЛАДЫВАЮТ В СЛЕДУЮЩЕЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ

- 1) на слизистую влагалища, мышцы промежности, сфинктер прямой кишки, стенку прямой кишки, кожу про
- 2) на стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, мышцы промежности, слизистую влагалища, кожу промежности
- 3) на стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, слизистую влагалища, мышцы промежности, кожу промежности
- 4) на стенку влагалища, стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, мышцы промежности, кожу промежности
- 5) на стенку прямой кишки, стенку влагалища, сфинктер прямой кишки, мышцы промежности, кожу промежности

199. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ЗАШИВАНИЯ РАЗРЫВА ПРОМЕЖНОСТИ III СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ушивание разрыва стенки прямой кишки
- 2) восстановление сфинктера прямой кишки

- 3) наложение швов на мышцы промежности
- 4) восстановление слизистой влагалища
- 5) восстановление кожи промежности

200. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ГЕМАТОМЫ В ОБЛАСТИ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ИЛИ ПОД СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ ВЛАГАЛИЩА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ

- 1) возможным появлением признаков гиповолемии
- 2) наличием опухолевидного образования сине-багровой окраски
- 3) гематомы в области влагалища и наружных половых органов протекают преимущественно бессимптомно
- 4) размягчением тканей над образованием и болезненностью
- 5) уплотнением тканей над опухолевидным образованием

201. ТЯЖЕСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА ЗАВИСИТ

- 1) от возраста роженицы
- 2) от степени микробной обсемененности матки
- 3) от количества родов в анамнезе
- 4) от питания роженицы
- 5) от количества аборт в анамнезе

202. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ИНФИЛЬТРАТИВНОГО МАСТИТА ПОСЛЕ РОДОВ

- 1) температура тела 38 – 39 град. С
- 2) гнойные выделения из сосков
- 3) болезненный участок уплотнения в молочной железе при пальпации
- 4) участки флюктуации в области уплотнения в молочной железе
- 5) втяжение соска, серозные выделения из сосков

203. УСЛОВИЕ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА

- 1) санация брюшной полости
- 2) соблюдение правил асептики и антисептики
- 3) несостоятельность швов на матке
- 4) тщательный гемостаз
- 5) дренирование брюшной полости

204. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПЕРИТОНИТА ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ НА ФОНЕ ХОРИОАМНИОНИТА ХАРАКТЕРНО

- 1) умеренная интоксикация
- 2) появление симптоматики на 4 – 6-е сутки после операции
- 3) появление симптоматики на 1 – 2-е сутки после операции
- 4) рецидивирующий парез кишечника
- 5) брадикардия

205. ХАРАКТЕРНАЯ ОСОБЕННОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО
МАСТИТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

- 1) возрастание числа заболевших женщин старше 30 лет
- 2) преобладание гангренозной формы
- 3) наличие субклинической формы
- 4) преобладание инфильтративной формы
- 5) возрастание числа заболевших женщин старше 20 лет

206. ВЕДУЩЕЕ ЗВЕНО В ПАТОГЕНЕЗЕ ПЕРИТОНИТА

- 1) болезненность внизу живота
- 2) паралитическая непроходимость кишечника
- 3) асцит
- 4) гепато-лиенальный синдром
- 5) гиперволемиа

207. ЭЛЕМЕНТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ, ПРОВОДИМОЙ У
БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТОМ, ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА
СЕЧЕНИЯ

- 1) оперативное лечение в объеме удаления маточных труб
- 2) нормализация ОЦК, иммуно- и витаминотерапия
- 3) рациональная антибиотикотерапия, нормализация ОЦК, восстановление перистальтики кишечника
- 4) нормализация ОЦК, цитостатики
- 5) восстановление перистальтики кишечника

208. СВЯЗЬ МАТЕРИНСКОГО ОРГАНИЗМА И ПЛОДА
ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1) барорецепторы стенки матки
- 2) пуповину
- 3) плаценту
- 4) водные оболочки плода
- 5) децидуальную оболочку матки

209. ОСНОВНОЙ ФУНКЦИЕЙ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) амортизационная
- 2) гормональная
- 3) запирательная
- 4) секретирующая
- 5) трансформирующая

210. ЭМБРИОПАТИЕЙ НАЗЫВАЮТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1) все внутриутробные пороки развития плода
- 2) возникшие на стадии развития эмбриона, до завершения эмбриогенеза
- 3) заболевания, обусловленные изменениями генетического материала в процессе созревания половых клеток
- 4) аномалии развития плода, возникшие в первом триместре беременности

5) аномалии развития плода, возникшие во втором триместре беременности

211. БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ МАТЕРИНСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ ПРОНИКАЕТ В МЕЖВОРСИНЧАТОЕ ПРОСТРАНСТВО ЧЕРЕЗ

- 1) магистральные сосуды матки
- 2) плацентарные септы
- 3) спиральные артерии
- 4) сосуды пуповины
- 5) котиледоны

212. ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЕ НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ

- 1) повышается систолическое давление крови
- 2) повышается диастолическое давление крови
- 3) повышается объем циркулирующей крови
- 4) понижается объем циркулирующей крови
- 5) повышается периферическое сопротивление сосудов

213. ЖЕЛТУХА ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ПОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) до 48 час жизни
- 2) после 48 час жизни
- 3) после 7 суток жизни
- 4) после 10 суток жизни
- 5) после 15 суток жизни

214. ДЛЯ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГБП ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД

- 1) кардиотокография
- 2) определение биофизического профиля плода
- 3) амниоцентез и определение оптической плотности билирубина
- 4) доплерометрия и определение значений максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии (МСС СМА)
- 5) аускультация сердцебиения плода

215. БЕРЕМЕННАЯ ПОСЕЩАЕТ ЖЕНСКУЮ КОНСУЛЬТАЦИЮ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) 1 раз в неделю
- 2) 1 раз в 10 дней
- 3) 1 раз в 2 недели
- 4) 1 раз в месяц
- 5) 2 раза в триместр

216. ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ БЕРЕМЕННАЯ ДОЛЖНА ПОСЕЩАТЬ ЖЕНСКУЮ КОНСУЛЬТАЦИЮ

- 1) 1 раз в 2 недели
- 2) 1 раз в неделю
- 3) 1 раз в 10 дней
- 4) по необходимости
- 5) 1 раз в месяц

217. БЕРЕМЕННАЯ ЖЕНЩИНА ПОЛУЧАЕТ ДОРОДОВЫЙ ОТПУСК ПРИ ОДНОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В СРОКЕ

- 1) 28 недель
- 2) 30 недель
- 3) 32 недель
- 4) 34 недель
- 5) 35 недель

218. ПРИ НАБЛЮДЕНИИ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ИССЛЕДОВАНИЕ ОБЩЕГО АНАЛИЗА МОЧИ БЕРЕМЕННЫМ ПРОВОДИТСЯ

- 1) к каждому посещению врача
- 2) 1 раз в неделю
- 3) 2 раза в месяц
- 4) 1 раз в месяц
- 5) 2 раза в триместр

219. ОСМОТРЫ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ВРАЧОМ-АКУШЕРОМ-ГИНЕКОЛОГОМ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДЯТСЯ НЕ МЕНЕЕ

- 1) 3 раза
- 2) 5 раз
- 3) 7 раз
- 4) 10 раз
- 5) количество осмотров определяется возрастом беременной женщины

220. К МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ ОТНОСИТСЯ СМЕРТНОСТЬ ЖЕНЩИНЫ ОТ

- 1) ДТП
- 2) внематочной беременности
- 3) суицида
- 4) отравления
- 5) ЧМТ

221. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ НА БЕРЕМЕННОСТЬ ОСНОВЫВАЮТСЯ НА ОПРЕДЕЛЕНИИ

- 1) эстрогенов в моче
- 2) прогестерона в крови
- 3) плацентарного лактогена

- 4) лютеинизирующего гормона
- 5) хорионического гонадотропина

222. ВЫСОТА СТОЯНИЯ ДНА МАТКИ ПРИ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ 20 НЕДЕЛЬ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) на уровне пупка
- 2) на 2 пальца выше пупка
- 3) на 2 пальца ниже пупка
- 4) на середине расстояния между пупком и лоном
- 5) под диафрагмой

223. ВЫСОТА СТОЯНИЯ ДНА МАТКИ ПРИ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ 36 НЕДЕЛЬ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) на середине расстояния между пупком и лоном
- 2) на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком
- 3) доходит до мечевидного отростка
- 4) на 2 пальца ниже мечевидного отростка
- 5) под диафрагмой

224. АУСКУЛЬТАЦИЯ СЕРДЕЧНЫХ ТОНОВ ПЛОДА СТАНОВИТСЯ ВОЗМОЖНОЙ СО СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) с 22 недель
- 2) с 20 недель
- 3) с 16 недель
- 4) с 25 недель
- 5) с 28 недель

225. ДНО МАТКИ НА УРОВНЕ ЛОНА СООТВЕТСТВУЕТ СРОКУ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) 5–6 недель
- 2) 7–8 недель
- 3) 9–10 недель
- 4) 12 недель
- 5) 13–14 недель

226. ДОПУСТИМЫМ НОРМАЛЬНЫМ ОБЪЕМОМ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ КРОВОПОТЕРЯ

- 1) до 300 мл
- 2) до 600 мл
- 3) до 1000 мл
- 4) до 1200 мл
- 5) до 1500 мл

227. ДЛЯ ОПЕРАЦИИ НАЛОЖЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ НЕОБХОДИМЫ УСЛОВИЯ

- 1) полное раскрытие маточного зева
- 2) целый плодный пузырь
- 3) глубокая недоношенность
- 4) нахождения головки плода в плоскости входа в малый таз
- 5) третьей степени чистоты влагалищного мазка

228. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОПЕРАЦИИ НАЛОЖЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ ОТНОСЯТ

- 1) острую гипоксию плода
- 2) соскальзывания щипцов
- 3) клинически узкий таз
- 4) гипотонического кровотечения
- 5) минимальный риск травматизации матери и плода

229. ДЛЯ ОПЕРАЦИИ НАЛОЖЕНИЯ ВАКУУМ-ЭКСТРАКТОРА НЕОБХОДИМЫ УСЛОВИЯ

- 1) раскрытие маточного зева 3-4 см
- 2) отсутствие плодного пузыря
- 3) глубокая недоношенность
- 4) нахождения головки плода в плоскости входа в малый таз
- 5) тазовое предлежание

230. ПРИ ЗАПУЩЕННОМ ПОПЕРЕЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ ДОНОШЕННОГО ПЛОДА, УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОМ ЕГО СОСТОЯНИИ ПОКАЗАНО

- 1) комбинированный акушерский поворот плода на головку с последующей его экстракцией
- 2) наружный акушерский поворот плода на головку
- 3) родостимуляция окситоцином в надежде на самоизворот плода
- 4) операция кесарева сечения
- 5) краниотомия

231. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИИ ПЛОДА

- 1) полное раскрытие маточного зева
- 2) отсутствие плодного пузыря
- 3) живой плод
- 4) расположение головки большим сегментом во входе в малый таз
- 5) расположение головки малым сегментом во входе в малый таз

232. ВЫДЕЛЯЮТ _?_ ПРИЕМА НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1) два
- 2) четыре
- 3) пять
- 4) три
- 5) шесть

233. ИНВОЛЮЦИЯ МАТКИ ПОСЛЕ РОДОВ ЗАМЕДЛЯЕТСЯ ПРИ

- 1) родах крупным плодом
- 2) преждевременных родах
- 3) анемии
- 4) хронической гипоксии плода
- 5) одноплодной беременности

234. РАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕТОД РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА И I СТЕПЕНИ СУЖЕНИЯ ТАЗА

- 1) через естественные родовые пути в срок, консервативно
- 2) через естественные родовые пути, акушерские щипцы
- 3) кесарево сечение влагалищным доступом
- 4) абдоминальное кесарево сечение
- 5) досрочное родоразрешение через естественные родовые пути

235. НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ ИМЕЕТ

- 1) тошнота, рвота
- 2) извращение вкуса, обоняния
- 3) задержка менструаций
- 4) боли внизу живота
- 5) слабость, головокружение

236. ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) полное предлежание плаценты
- 2) рубец на матке
- 3) эпизиотомия в анамнезе
- 4) возраст первородящей 30 лет
- 5) анатомически узкий таз I степени

237. НЕДОСТАТКИ НИЖНЕСРЕДИННОЙ ЛАПАРОТОМИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

- 1) более быстрое вхождение в брюшную полость
- 2) хороший обзор органов нижней половины брюшной полости и малого таза
- 3) возможность полноценной ревизии органов верхней половины брюшной полости
- 4) образование грыж белой линии живота
- 5) меньшая частота гематом передней брюшной стенки в послеоперационном периоде

238. ДЛЯ СИЛЬНОЙ (ЧРЕЗМЕРНОЙ) РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРНЫ СХВАТКИ

- 1) сильные, продолжительные и часто повторяющиеся с длительными интервалами

- 2) сильные, непродолжительные, часто повторяющиеся с короткими интервалами
- 3) сильные, продолжительные, редко повторяющиеся с длинными интервалами
- 4) сильные, продолжительные, часто повторяющиеся с короткими интервалами
- 5) слабые, редкие, с длинными интервалами

239. ДЛЯ РОДОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ СЛАБОСТИ РОДОВЫХ СИЛ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) внутривенное капельное введение окситоцина
- 2) внутривенное капельное введение атосибана
- 3) внутривенное капельное введение магния сульфата
- 4) внутривенное капельное введение гинипрала
- 5) пероральный прием мифепристона

240. СХВАТКИ ПРИ ДИСКООРДИНИРОВАННОЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) одинаковые только по силе
- 2) одинаковые только по продолжительности
- 3) одинаковые по силе и продолжительности
- 4) повторяются с различными интервалами, различные по силе и продолжительности
- 5) приводят к поступательному движению предлежащей части

241. ПРИ ТЕТАНУСЕ (ТОТАЛЬНОЙ ДИСТОНИИ) МАТКИ СТЕПЕНЬ РАСКРЫТИЯ МАТОЧНОГО ЗЕВА

- 1) не изменяется
- 2) уменьшается
- 3) увеличивается
- 4) сначала уменьшается, потом увеличивается
- 5) сначала увеличивается, потом уменьшается

242. ТАКТИКА ПРИ ДИСКООРДИНАЦИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ДИАГНОСТИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА

- 1) операция кесарева сечения
- 2) ведение родов через естественные родовые пути, лечение гипоксии плода
- 3) амниотомия
- 4) эпизиотомия
- 5) введение токолитиков

243. ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В РОДАХ

- 1) анатомически узкий таз I степени
- 2) угрожающий разрыв матки
- 3) хроническая плацентарная недостаточность
- 4) нормальные размеры плода

5) прелиминарный период

244. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) корпоральное кесарево сечение
- 2) кесарево сечение поперечным разрезом в нижнем маточном сегменте
- 3) кесарево сечение продольным разрезом в нижнем маточном сегменте
- 4) истмико-корпоральное кесарево сечение
- 5) экстраперитонеальное кесарево сечение

245. ОСОБЕННОСТЬ КОРПОРАЛЬНОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

- 1) риск ранения сосудистого пучка
- 2) большой объем кровопотери при проведении разреза на матке
- 3) большой риск ранения подлежащей части плода
- 4) более частая гематурия вследствие сдавления мочевого пузыря
- 5) риск ранения мочевого пузыря при выраженном спаечном процессе в области нижнего маточного сегмента

246. НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ ГИПОТОНИЧЕСКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) наличии рубца на матке
- 2) перерастяжении матки (многоводие, многоплодная беременность)
- 3) предлежании плаценты
- 4) корпоральном кесаревом сечении
- 5) экстраперитонеальном кесаревом сечении

247. ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

- 1) анализ социально-бытовых условий беременной
- 2) проведения УЗИ
- 3) проведение витаминотерапии
- 4) катетеризации мочевого пузыря непосредственно перед операцией
- 5) анализ паритета родов

248. К ВЕРОЯТНЫМ ПРИЗНАКАМ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) пигментация кожных покровов и появление «полос беременности»
- 2) функциональное расстройство нервной системы и психики
- 3) увеличение размеров матки, изменение ее формы и консистенции, изменения молочных желез, появление положительных биологических и иммунологических реакций на беременность
- 4) прослушивание сердцебиения плода, пальпация частей плода
- 5) данные УЗИ

249. ФОРМУЛА ДЛЯ РАСЧЕТА ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ МАССЫ ПЛОДА В III ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРНОЙ

- 1) окружность живота (ОЖ) * высоту стояния дна матки (ВДМ)

- 2) ОЖ – ВДМ
- 3) (ОЖ – ВДМ) /2
- 4) ОЖ / ВДМ
- 5) (ОЖ + ВД)/1,5

250. ПОЛОЖЕНИЕ СТРЕЛОВИДНОГО ШВА В ПРАВОМ КОСОМ РАЗМЕРЕ И МАЛОГО РОДНИЧКА СПЕРЕДИ СЛЕВА СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) второй позиции заднему виду
- 2) второй позиции переднему виду
- 3) первой позиции переднему виду
- 4) первой позиции заднему виду
- 5) второй позиции

251. АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОЯВЛЕНИИ КРОВЯНИСТЫХ ВЫДЕЛЕНИЙ В ТРЕТЬЕМ ПЕРИОДЕ РОДОВ И НАЛИЧИИ ПРИЗНАКОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

- 1) провести наружный массаж матки
- 2) ручное отделение плаценты
- 3) попросить роженицу потужиться и выделить послед
- 4) сразу ввести сокращающие средства
- 5) положить лед на низ живота

252. АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ В ТРЕТЬЕМ ПЕРИОДЕ РОДОВ И ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

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

253. ПОКАЗАНИЕ К РУЧНОМУ ОБСЛЕДОВАНИЮ ПОСЛЕРОДОВОЙ МАТКИ

- 1) кровопотеря, не превышающая физиологическую
- 2) аборт в анамнезе
- 3) разрыв шейки матки 1 степени
- 4) сомнение в целостности последа
- 5) разрыв промежности 3 степени

254. ШОКОВЫЙ ИНДЕКС - ЭТО

- 1) частное от деления частоты пульса на показатель систолического АД
- 2) частное от деления частоты пульса на показатель диастолического АД
- 3) частное от деления суммы показателей систолического и диастолического АД на частоту пульса
- 4) частота пульса к ЧДД
- 5) ЧДД к АД

255. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ II ПЕРИОДА РОДОВ ПРИ СЛАБОСТИ ПОТУГ

- 1) предоставление медикаментозного сна
- 2) операция кесарева сечения
- 3) амниотомия
- 4) наложение акушерских щипцов
- 5) вакуум – экстракция плода

256. МЕТОД РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ГИПОКСИИ ПЛОДА В ПЕРИОДЕ ИЗГНАНИЯ ПРИ ГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

- 1) кесарево сечение
- 2) укорочение периода изгнания перинеотомией
- 3) укорочение периода изгнания наложением акушерских щипцов
- 4) укорочение периода изгнания с помощью вакуум-экстрактора
- 5) наложение кожно-головных щипцов для ускорения периода изгнания

257. ПРИ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННОГО ПРОТИВОПОКАЗАНО

- 1) согревание ребенка
- 2) освобождение дыхательных путей и ИВЛ
- 3) введение в вену пуповины раствора глюкозы
- 4) введение в вену пуповины анальгина и новокаина
- 5) введение в вену пуповины физиологического раствора и викасола

258. ДЛЯ ГИПОКСИИ ПЛОДА ХАРАКТЕРНО

- 1) повышение содержания кислорода в крови
- 2) гипокалиемия
- 3) понижение проницаемости сосудистой стенки
- 4) алкалоз
- 5) метаболический ацидоз

259. ПРИЧИНА ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА

- 1) разрыв матки
- 2) выпадение петли пуповины
- 3) ПОНРП
- 4) тетания матки
- 5) низкая плацентация

260. КЛИНИКА ТОТАЛЬНОГО ПЛОТНОГО ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

- 1) боль в животе
- 2) кровотечение
- 3) высота стояния дна матки выше уровня пупка после рождения плода
- 4) отсутствие признаков отделения плаценты
- 5) отсутствие признаков отделения плаценты и наличие наружных кровянистых выделений

261. КОНЦЕНТРАЦИЯ АЛЬФА-ФЕТОПРОТЕИНА ПОВЫШАЕТСЯ

- 1) при нормальном развитии плода
- 2) при дефектах развития нервной трубки плода
- 3) при пороках развития почек плода
- 4) при пороках развития матки
- 5) при пороках развития легких плода

262. НАРУШЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СИСТЕМЕ МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД ПРИВОДИТ К ОСЛОЖНЕНИЯМ

- 1) частые маточные кровотечения
- 2) преждевременному прерыванию беременности
- 3) к патологии нервной системы
- 4) к эритроцитозу
- 5) к полиурии

263. АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ КРОВОПОТЕРЕ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

- 1) прижать аорту
- 2) ввести сокращающие матку средства
- 3) клеммировать параметрии
- 4) произвести ручное обследование полости матки
- 5) осмотреть родовые пути

264. НАИМЕНЬШАЯ МАССА ТЕЛА ЖИЗНЕСПОСОБНОГО ПЛОДА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 500 г
- 2) 600 г
- 3) 800 г
- 4) 1000 г
- 5) 1200 г

265. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, УКАЗЫВАЮЩИЕ НА НАЧАВШИЙСЯ ВЫКИДЫШ

- 1) схваткообразные боли внизу живота, повышение возбудимости матки, наличие кровянистых выделений
- 2) резкие боли в правой половине живота
- 3) сильные ноющие боли внизу живота, повышение возбудимости матки
- 4) повышение возбудимости матки, обильные кровотечения из половых путей
- 5) бессимптомное течение процесса

266. ПОВЫШЕНИЕ И СНИЖЕНИЕ КОЭФФИЦИЕНТА ЛЕЦИТИН/СФИНГОМИЕЛИН В СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ 28-34 НЕДЕЛИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1) о нарушении маточного кровообращения
- 2) о многоводии
- 3) об угрозе преждевременных родов

- 4) о нарушении мозгового кровообращения плода
- 5) о ПОНРП

267. К ФАКТОРАМ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ОТНОСЯТ

- 1) преждевременное созревание плаценты, прогрессирующая плацентарная недостаточность, диссоциированное созревание плаценты
- 2) запоздалое созревание плаценты, наличие миоматозного узла, прогрессирующая гипоксия плода
- 3) эктопия шейки матки, анемия I степени
- 4) раннее использование оральных контрацептивов, варикозная болезнь, амилоидоз
- 5) гипотрофия плода

268. УГРОЗА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- 1) повышением базального тонуса матки
- 2) пониженной возбудимостью миометрия
- 3) нарушением функции нервной системы
- 4) снижением АКТГ на 100%
- 5) снижением АКТГ на 85%

269. ОСЛОЖНЕНИЕ В III ПЕРИОДЕ РОДОВ У РОДИЛЬНИЦЫ, ПЕРЕНЕСШЕЙ ПЕРВИЧНУЮ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) задержка мочеиспускания
- 2) повышение А/Д
- 3) слабость, головокружение
- 4) нарушение процесса отделения плаценты, гипотоническое кровотечение
- 5) ущемление последа

270. АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ НАЛИЧИЯ ДОБАВОЧНОЙ ДОЛЬКИ, ЗАДЕРЖАВШЕЙСЯ В МАТКЕ, И ОТСУТСТВИИ КРОВОТЕЧЕНИЯ

- 1) ручное обследование полости матки
- 2) назначение сокращающих матку средств
- 3) выжидательная тактика
- 4) применение способа Креде-Лазаревича
- 5) удаление матки

271. ДЛЯ ГИПОТОНИЧЕСКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ХАРАКТЕРНО

- 1) снижение реакции миометрия в ответ на физическое воздействие или введение сокращающих препаратов
- 2) усиленная реакция миометрия на введение сокращающих физическое воздействие
- 3) отсутствие реакции миометрия
- 4) сомнительная реакция
- 5) парадоксальная реакция миометрия на воздействие раздражителей

272. ВРЕМЯ, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО СЛЕДУЕТ ОЖИДАТЬ ПОЯВЛЕНИЯ ПРИЗНАКОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ, ЕСЛИ НЕТ КРОВОТЕЧЕНИЯ

- 1) 2 часа
- 2) 30 минут
- 3) 1 час
- 4) 1,5 часа
- 5) 3 часа

273. АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА, ЕСЛИ ЦЕЛОСТЬ ПЛАЦЕНТЫ ВЫЗЫВАЕТ СОМНЕНИЕ

- 1) выскабливание полости матки кюреткой
- 2) надвлагалищная ампутация матки
- 3) ручное обследование полости матки
- 4) назначение сокращающих препаратов
- 5) контроль за состоянием родильницы, тонусом матки, подкладной

274. АТОНИЯ МАТКИ – ЭТО

- 1) отсутствие сократительной способности матки в ответ на механические, физические, фармакологические воздействия
- 2) снижение реакции мускулатуры матки на механические, физические, фармакологические препараты
- 3) усиленная реакция матки на воздействие раздражителей
- 4) парадоксальная реакция матки на воздействие раздражителей
- 5) сомнительная реакция матки в ответ на воздействие раздражителей

275. ПРИЧИНА ОСТРОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА

- 1) длительность родов 12 часов
- 2) ранний токсикоз
- 3) анемия беременной
- 4) экстрагенитальная патология матери
- 5) ПОНРП

276. ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ОСТРОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА В РОДАХ

- 1) отсутствие шевеления плода
- 2) появление мекония
- 3) глухость тонов сердца плода
- 4) учащение сердцебиения плода до 150 уд/мин и более
- 5) урежение сердцебиения плода до 90 уд/мин

277. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К ДЫХАТЕЛЬНОЙ ДЕПРЕССИИ ПЛОДА

- 1) наркотические анальгетики
- 2) гипотензивные средства
- 3) дезагреганты

- 4) эстрогены
- 5) диуретики

278. ПРИЗНАК ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ КЮСТНЕРА – ЧУКАЛОВА

- 1) изменение формы и высоты стояния дна матки
- 2) удлинение наружного отрезка пуповины
- 3) появление выпячивания над симфизом
- 4) при надавливании ребром ладони над лобком, пуповина не втягивается
- 5) удлинение пуповины при потуживании роженицы

279. КРОВОТЕЧЕНИЕ В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ОБУСЛОВЛЕНО

- 1) разрывом матки
- 2) субсерозной миомой матки
- 3) разрывом варикозно расширенных вен вульвы
- 4) ПОНРП
- 5) прерывание маточной беременности

280. ПОЛНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

- 1) плацента на 2/3 перекрывает внутренний зев
- 2) плацента на 1/3 перекрывает внутренний зев
- 3) плацента находится в теле матки
- 4) плацента расположена близко ко внутреннему зеву, но ее нижний край не доходит до него на 50-60 мм.
- 5) плацента полностью перекрывает внутренний зев

281. ПРИ ИЗМЕРЕНИИ НАРУЖНОЙ КОНЬЮГАТЫ БЕРЕМЕННАЯ НАХОДИТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ

- 1) на боку с согнутой в тазобедренном и коленном суставе вышележащей ногой и вытянутой нижележащей
- 2) на боку с согнутой в тазобедренном и коленном суставе нижележащей ногой и вытянутой вышележащей
- 3) на боку с вытянутыми ногами
- 4) лежа на спине
- 5) стоя

282. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ РАЗРЫВА ШЕЙКИ МАТКИ ХАРАКТЕРНО

- 1) периодически повторяющееся кровотечение из половых путей
- 2) болезненность во влагалище
- 3) болезненность внизу живота
- 4) постоянное кровотечение при хорошо сократившейся плотной матке
- 5) обильное кровотечение со сгустками

283. ЭМБРИОГЕНЕЗ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ

- 1) на 4-й неделе развития плода

- 2) на 6-й неделе развития плода
- 3) на 8-й неделе развития плода
- 4) на 10-й неделе развития плода
- 5) на 12-й неделе развития плода

284. БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ МАТЕРИНСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ ПРОНИКАЕТ В МЕЖВОРСИНЧАТОЕ ПРОСТРАНСТВО ЧЕРЕЗ

- 1) магистральные сосуды матки
- 2) плацентарные септы
- 3) спиральные артерии
- 4) сосуды пуповины
- 5) котиледоны

285. ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЕ НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ

- 1) повышается систолическое давление крови
- 2) повышается диастолическое давление крови
- 3) повышается объем циркулирующей крови
- 4) понижается объем циркулирующей крови
- 5) повышается периферическое сопротивление сосудов

286. ЖЕЛТУХА ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ПОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) до 48 час жизни
- 2) после 48 час жизни
- 3) после 7 суток жизни
- 4) после 10 суток жизни
- 5) после 15 суток жизни

287. ОСНОВНОЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗВЕНО ПЕРВИЧНОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 1) тромбоз спиралевидных артерий
- 2) отслойка хориона от децидуальной площадки
- 3) локальный воспалительный процесс в зоне синцитиотрофобласта
- 4) недостаточность инвазии хориона
- 5) инфаркт плаценты

288. ОСОБЕННОСТЬ ХАРАКТЕРНАЯ ДЛЯ ГБН ПО АВ0-СИСТЕМЕ

- 1) не встречается отечная форма заболевания
- 2) редко развивается при первой беременности
- 3) часто сочетается с резус-конфликтом
- 4) постнатальные формы часто осложняются билирубиновой энцефалопатией
- 5) не требует проведения ОЗПК

289. ФОРМА ГОЛОВКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ В
ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ

- 1) долихоцефалическая
- 2) шаровидная
- 3) брахицефалическая
- 4) башенная
- 5) неправильной формы

290. ПРИЖАТИЕ ПУПОВИНЫ В РОДАХ ПРИ ТАЗОВЫХ
ПРЕДЛЕЖАНИЯХ НАЧИНАЕТСЯ С МОМЕНТА

- 1) рождения туловища до нижнего угла передней лопатки
- 2) рождения пупочного кольца
- 3) рождения ягодиц
- 4) внутреннего поворота головки
- 5) врезывания ягодиц

291. БЕРЕМЕННАЯ ДОЛЖНА ВСТАТЬ НА УЧЕТ В ЖЕНСКОЙ
КОНСУЛЬТАЦИИ ДО СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) 6 недель
- 2) 12 недель
- 3) 14 недель
- 4) 18 недель
- 5) 20 недель

292. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ПРОДОЛЖАЕТСЯ

- 1) 240 дней
- 2) 280 дней
- 3) 260 дней
- 4) 320 дней
- 5) 380 дней

293. БЕРЕМЕННАЯ ПОСЕЩАЕТ ЖЕНСКУЮ КОНСУЛЬТАЦИЮ В
ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) 1 раз в неделю
- 2) 1 раз в 10 дней
- 3) 1 раз в 2 недели
- 4) 1 раз в месяц
- 5) 2 раза в триместр

294. ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ БЕРЕМЕННАЯ
ДОЛЖНА ПОСЕЩАТЬ ЖЕНСКУЮ КОНСУЛЬТАЦИЮ

- 1) 1 раз в 2 недели
- 2) 1 раз в неделю
- 3) 1 раз в 10 дней
- 4) по необходимости
- 5) 1 раз в месяц

295. БЕРЕМЕННАЯ ЖЕНЩИНА ПОЛУЧАЕТ ДОРОДОВЫЙ ОТПУСК ПРИ ОДНОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В СРОКЕ

- 1) 28 недель
- 2) 30 недель
- 3) 32 недель
- 4) 34 недель
- 5) 35 недель

296. ПРИ НАБЛЮДЕНИИ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ИССЛЕДОВАНИЕ ОБЩЕГО АНАЛИЗА МОЧИ БЕРЕМЕННЫМ ПРОВОДИТСЯ

- 1) к каждому посещению врача
- 2) 1 раз в неделю
- 3) 2 раза в месяц
- 4) 1 раз в месяц
- 5) 2 раза в триместр

297. ПЕРВО - И ПОВТОРНОБЕРЕМЕННЫЕ НАЧИНАЮТ ОЩУЩАТЬ ШЕВЕЛЕНИЯ ПЛОДА СООТВЕТСТВЕННО

- 1) с 16 и 14 недель
- 2) с 20 и 18 недель
- 3) с 18 и 16 недель
- 4) с 22 и 20 недель
- 5) с 24 и 22 недель

298. ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПЛОДА ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ

- 1) молниеносно
- 2) постепенно
- 3) остро
- 4) интермиттирующе
- 5) течение гемолитической болезни в подавляющем большинстве случаев злокачественное

299. ПРИ ИЗМЕРЕНИИ НАРУЖНОЙ КОНЪЮГАТЫ БЕРЕМЕННАЯ НАХОДИТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ

- 1) на боку с согнутой в тазобедренном и коленном суставе вышележащей ногой и вытянутой нижележащей
- 2) на боку с согнутой в тазобедренном и коленном суставе нижележащей ногой и вытянутой вышележащей
- 3) на боку с вытянутыми ногами
- 4) лежа на спине
- 5) стоя

300. КОСТНЫЙ ТАЗ ДЕЛИТСЯ

- 1) на вход, широкую часть, узкую часть, выход

- 2) на большой и малый таз
- 3) на большой, малый и полость таза
- 4) на вход, полость таза, выход
- 5) на широкую часть и узкую часть

301. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ЖЕЛТУХИ НОВОРОЖДЕННЫХ НА 2-3 ДЕНЬ ЖИЗНИ

- 1) АВО-несовместимость
- 2) сепсис
- 3) инфекционное поражение печени
- 4) гепатит
- 5) физиологическая желтуха

302. ПОСЛЕ ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЧАСТОТА ИММУНИЗАЦИИ У РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ ЖЕНЩИН СОСТАВЛЯЕТ

- 1) до 10%
- 2) 30%
- 3) 50%
- 4) 100%
- 5) до 0,5%

303. ЧАСТОТА ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА ОБЫЧНО СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 0.4-0.6%
- 2) 3-7%
- 3) 10%
- 4) 15%
- 5) 5%

304. ВЕС ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 300 г
- 2) 500 г
- 3) 200 г
- 4) более 1000 г
- 5) 100 г

305. ФАКТОР, СПОСОБСТВУЮЩИЙ RH-СЕНСИБИЛИЗАЦИИ

- 1) осложненное течение беременности
- 2) срочные роды в тазовом предлежании
- 3) нарушение ритма питания
- 4) большие физические нагрузки
- 5) срочные роды в затылочном предлежании

306. СЛУЧАЙ, ПРИ КОТОРОМ РАЗВИВАЕТСЯ RH-КОНФЛИКТ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) при беременности Rh-отрицательной женщины Rh-положительным плодом
- 2) при беременности Rh-отрицательным плодом
- 3) при многоплодной беременности
- 4) при повторных беременностях
- 5) при крупном плоде

307. ФАКТОР, СПОСОБСТВУЮЩИЙ RH-СЕНСИБИЛИЗАЦИИ

- 1) перенашивание беременности
- 2) самопроизвольные роды
- 3) нарушение ритма питания
- 4) большие физические нагрузки
- 5) роды в срок

308. RH-ФАКТОР У ПЛОДА НАЧИНАЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬСЯ ПРИ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) 5-6 недель
- 2) 8-9 недель
- 3) 15-16 недель
- 4) 20 недель
- 5) 38 недель

309. СРОК ХРАНЕНИЯ КРОВИ, ПРИ КОТОРОМ НА МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА, ДЛЯ ЗАМЕННОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ ПРИ ГБ У НОВОРОЖДЕННОГО

- 1) не более 3 суток
- 2) не менее 5 суток
- 3) любая по сроку хранения
- 4) более 7 суток
- 5) более 3 суток

310. ФАКТОР, СПОСОБСТВУЮЩИЙ RH-СЕНСИБИЛИЗАЦИИ

- 1) самопроизвольные роды
- 2) роды в срок
- 3) большие физические нагрузки
- 4) нарушение ритма питания
- 5) многократные беременности

311. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ЖЕЛТУХИ У НОВОРОЖДЕННОГО ВПЕРВЫЕ ЧАСЫ ЖИЗНИ

- 1) гемолитическая болезнь новорожденного
- 2) физиологическая желтуха
- 3) септицемия
- 4) сифилис
- 5) лекарственная желтуха

312. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАМЕННОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ, ПРИ ГБ ПО RH-НЕСОВМЕСТИМОСТИ, ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) резус-положительную, одногруппную
- 2) резус-отрицательную, одногруппную
- 3) кровь матери
- 4) кровь отца
- 5) любую

313. ТЯЖЕЛАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА ГБ У НОВОРОЖДЕННОГО

- 1) геморрагическая
- 2) желтушно-геморрагическая
- 3) инфекционно-токсическую
- 4) паралитическая
- 5) отечная

314. ОСЛОЖНЕНИЕ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЕ ДЛЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ИЗОСЕРОЛОГИЧЕСКОЙ НЕСОВМЕСТИМОСТИ КРОВИ МАТЕРИ И ПЛОДА ПО RH-ФАКТОРУ

- 1) высокая перинатальная смертность
- 2) преждевременное излитие о/вод
- 3) слабость родовой деятельности
- 4) ранний токсикоз
- 5) перенашивание

315. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА РЕЗУС-СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПРОВОДИТСЯ

- 1) в первые 24-48 часов после первых родов резус-положительным плодом или аборта у резус-отрицательной женщины без резус-сенсibilизации
- 2) в течении первой недели послеродового периода
- 3) сразу после окончания резус-конфликтной беременности
- 4) после оперативного родоразрешения у резус-отрицательной женщины
- 5) в раннем послеродовом периоде у резус-положительной роженицы

316. ФАКТОР, СПОСОБСТВУЮЩИЙ RH-СЕНСИБИЛИЗАЦИИ

- 1) ОАА (с/выкидыш, медицинский аборт)
- 2) большие физические нагрузки
- 3) гиподинамия
- 4) нарушение ритма питания
- 5) срочные роды

317. С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ RH-КОНФЛИКТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) контроль за титром Rh-антител у беременной
- 2) исследование групповой принадлежности крови женщины и ее супруга
- 3) исследование билирубина у беременной
- 4) исследование Hb у беременной

5) генетические исследования

318. ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ — ЭТО АНОМАЛИЯ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ, ПРИ КОТОРОЙ ПЛАЦЕНТА РАСПОЛАГАЕТСЯ

- 1) в теле матки
- 2) по передней стенке матки
- 3) в нижнем полюсе матки, частично или полностью перекрывая внутренний зев или располагается очень близко к нему
- 4) по задней стенке матки
- 5) в дне матки

319. «МИГРАЦИЯ» ПЛАЦЕНТЫ ПРОИСХОДИТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО, ЕСЛИ ПЛАЦЕНТА РАСПОЛАГАЕТСЯ НА СТЕНКЕ МАТКИ

- 1) передней
- 2) задней
- 3) правой
- 4) левой
- 5) верхней

320. КРАЕВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

- 1) плацента на 2/3 перекрывает внутренний зев
- 2) плацента на 1/3 перекрывает внутренний зев
- 3) плацента находится в теле матки
- 4) край плаценты расположен по краю внутреннего зева
- 5) плацента полностью перекрывает внутренний зев

321. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

- 1) преждевременные роды
- 2) ПОНРП
- 3) гипоксией плода
- 4) преждевременный разрыв плодных оболочек
- 5) гипотония матки

322. ДИАГНОСТИКА ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ПРОВЕДЕНИИ

- 1) внутреннего акушерского исследования
- 2) влагалищного исследования при наличии кровотечения в III триместре
- 3) КТГ
- 4) измерения окружности живота и высоты стояния дна матки
- 5) УЗИ матки

323. ДЛЯ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРНО

- 1) преэклампсия
- 2) кровотечение в III триместре, не сопровождающееся болью
- 3) болезненность локальная при пальпации матки

- 4) состояние беременной не соответствует объему кровопотери
- 5) предлежащая часть прижата ко входу в малый таз

324. К ПЛОДОВЫМ ФАКТОРАМ ПРИЧИН ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ОТНОСЯТ

- 1) дистрофические изменения слизистой оболочки матки
- 2) хронический эндометрит
- 3) наличие рубца на матке
- 4) значительное число родов и аборт в анамнезе
- 5) снижение протеолитических свойств плодного яйца

325. ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) плотное прикрепление плаценты
- 2) истинное приращение плаценты
- 3) разрыв плодных оболочек
- 4) результат смещения относительно друг друга двух поверхностей: участка нижнего маточного сегмента и участка плаценты
- 5) амниотомия

326. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

- 1) гипертонус матки
- 2) асимметрия матки
- 3) наличие геморрагического шока
- 4) сердечные тоны плода 120-160 ударов/минуту
- 5) кровяные выделения из половых путей ярко-алого цвета при безболезненной матке и высокое стояние предлежащей части

327. ПРИ ОБИЛЬНЫХ КРОВЯНИСТЫХ ВЫДЕЛЕНИЯХ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ВО II ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ, ПОКАЗАНО

- 1) влагалищное исследование
- 2) амниотомия
- 3) родовозбуждение окситоцином
- 4) введение транексамовой кислоты с целью остановки кровотечения
- 5) показано срочное родоразрешение операцией кесарева сечения независимо от срока гестации

328. ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) перенашивание беременности
- 2) преэклампсия
- 3) разрыв матки
- 4) угроза прерывания беременности и хроническая гипоксия плода за счет плацентации в нижнем сегмент
- 5) разрыв плодных оболочек

329. СИМПТОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ НИЗКОЙ ПЛАЦЕНТАЦИИ

- 1) артериальная гипотония
- 2) артериальная гипертензия
- 3) анемия
- 4) кровянистые выделения из половых путей
- 5) анурия

330. ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПРИ НЕПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) губчатая ткань плаценты над внутренним зевом, но не перекрывает его
- 2) губчатая ткань плаценты над внутренним зевом и перекрывает его
- 3) губчатая ткань плаценты над внутренним зевом, на 7 см выше его
- 4) пуповина
- 5) личико

331. ПРИЧИНА ПОНРП ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) анемия
- 2) одноплодная беременность
- 3) артериальная гипотония
- 4) Rh (-) принадлежность крови матери
- 5) тяжелая преэклампсия

332. ПОНРП У БЕРЕМЕННОЙ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- 1) выраженном многоводии
- 2) нормальном течении гестации
- 3) тазовом предлежании плода
- 4) поперечном предлежании плода
- 5) маловодии

333. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ ПРИ ПОНРП ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) механическая травма (ушиб, падение)
- 2) преждевременный разрыв плодных оболочек при недоношенной беременности
- 3) поперечное или косое положение плода
- 4) тазовое предлежание плода
- 5) тяжелая преэклампсия на фоне гипертонической болезни

334. ПОНРП ОСЛОЖНЯЕТСЯ

- 1) возникновением матки Кювелера
- 2) предлежанием плаценты
- 3) осложнения отсутствуют
- 4) хронической артериальной гипертензией
- 5) преэклампсией

335. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

- 1) аномалии развития матки
- 2) воспалительные процессы гениталий
- 3) миома матки
- 4) эндометриоз
- 5) аборты в анамнезе

336. ДЛЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРНО

- 1) внезапность возникновения, безболезненность
- 2) однократность
- 3) болезненность
- 4) различная интенсивность
- 5) отсутствие страдания плода

337. МЕТОД ОБЕЗБОЛИВАНИЯ, НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ПРИ ОПЕРАЦИИ РУЧНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

- 1) интубационный наркоз
- 2) в обезболивании не нуждается
- 3) местная анестезия новокаином
- 4) смешанное обезболивание
- 5) вводный в/в наркоз

338. МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АТОНИЧЕСКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

- 1) в/в введение сокращающих средств
- 2) тампонада матки
- 3) холод на низ живота
- 4) экстирпация матки
- 5) ручное обследование полости матки

339. ПРОВЕДЕНИЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА МЕЖДУ ПОЛНЫМ ПЛОТНЫМ ПРИКРЕПЛЕНИЕМ И ПРИРАЩЕНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ ВОЗМОЖНО

- 1) при операции ручного отделения плаценты
- 2) при определении признаков отделения плаценты
- 3) при введении сокращающих препаратов
- 4) при инструментальном удалении плаценты
- 5) при использовании способов выделения последа

340. МЕРОПРИЯТИЯ, СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕДПРИНЯТЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ РАЗРЫВА ШЕЙКИ МАТКИ

- 1) ушивание разрыва шейки матки при осмотре родовых путей
- 2) введение в шейку матки сокращающих средств
- 3) введение гемостатиков

- 4) чревосечение, наложение лигатур на магистральные сосуды
- 5) наложение зажимов на параметрии

341. АКТИВНОЕ ВЕДЕНИЕ ТРЕТЬЕГО ПЕРИОДА РОДОВ

- 1) длительное введение сокращающих средств
- 2) ручное отделение плаценты сразу после рождения плода
- 3) попросить роженицу потужиться при положительных признаках отделения плаценты (Шредера, Кюстнера-Чукалова, Альфельда)
- 4) ручное обследование полости матки после отделения плаценты
- 5) наружный массаж матки, ручное выделение последа

342. АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ НАЛИЧИЯ ДОБАВОЧНОЙ ДОЛЬКИ, ЗАДЕРЖАВШЕЙСЯ В МАТКЕ, И ОТСУТСТВИИ КРОВОТЕЧЕНИЯ

- 1) ручное обследование полости матки
- 2) назначение сокращающих матку средств
- 3) выжидательная тактика
- 4) применение способа Креде- Лазаревича
- 5) удаление матки

343. СПОСОБ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ МАТКИ НЕ ОТДЕЛИВШЕГОСЯ ПОСЛЕДА

- 1) способ Абуладзе
- 2) потягивание за пуповину
- 3) способ Креде - Лазаревича
- 4) ручное отделение и выделение последа
- 5) способ Гентера

344. ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) несоответствие между размерами плода и таза матери
- 2) гипотрофия плода
- 3) дегенеративные изменения миометрия, перерастяжение матки при многоводии, многоплодии
- 4) крупный плод
- 5) дистоция плечиков

345. К ОБЪЕКТИВНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ ОТНОСЯТ

- 1) компьютерная томография
- 2) гистерография (токография)
- 3) радиотелеметрия
- 4) УЗИ
- 5) рентгенография

346. АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОЯВЛЕНИИ СИМПТОМОВ УГРОЖАЮЩЕГО РАЗРЫВА МАТКИ

- 1) ввести обезболивающие средства
- 2) поверхностный неглубокий наркоз
- 3) измерить АД, сосчитать пульс
- 4) перевести в операционную
- 5) снять родовую деятельность глубоким наркозом, закончить роды оперативным путем

347. ВЫСОКОЕ СТОЯНИЕ И КОСОЕ НАПРАВЛЕНИЕ КОНТРАКЦИОННОГО КОЛЬЦА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1) о полном раскрытии шейки матки
- 2) о предшествовавшей хорошей родовой деятельности
- 3) об угрожающем разрыве матки
- 4) о крупном плоде
- 5) о необходимости оказания акушерского пособия

348. ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ ПОТУГАХ У РОЖЕНИЦЫ С УЗКИМ ТАЗОМ СЛЕДУЕТ ПРЕДПРИНЯТЬ

- 1) дать роженице наркоз
- 2) роды продолжать вести консервативно, уложив роженицу на бок противоположный позиции плода
- 3) наложить вакуум-экстрактор
- 4) закончить роды операцией кесарево сечение
- 5) предоставить медикаментозный сон-отдых

349. УКАЖИТЕ ОСОБЕННОСТЬ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ОБЩЕРАВНОМЕРНОСУЖЕННОМ ТАЗЕ

- 1) стремительные роды
- 2) длительное стояние головки во входе в малый таз
- 3) сгибание головки во входе в малый таз
- 4) затяжные, длительные роды
- 5) легкое разгибание головки во входе в малый таз

350. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЗВОЛЯЮЩИЕ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ ТАЗОВОГО ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) наружное акушерское исследование (3 приема), УЗИ
- 2) пельвиометрия
- 3) амниоцентез
- 4) лабораторные диагностические тесты
- 5) аускультация, визуальная оценка формы живота

351. ИНВОЛЮЦИЯ МАТКИ ПОСЛЕ РОДОВ ЗАМЕДЛЯЕТСЯ ПРИ

- 1) родах крупным плодом
- 2) преждевременных родах
- 3) анемии

- 4) хронической гипоксии плода
- 5) одноплодной беременности

352. ЛАКТАЦИЯ НАЧИНАЕТСЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ

- 1) плацентарного лактогена
- 2) прогестерона
- 3) эстрогенов
- 4) пролактина
- 5) лютеинизирующего гормона

353. ПОКАЗАНИЯ К УДАЛЕНИЮ МАТКИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

- 1) имбибиция маточных стенок кровью
- 2) наличие патологии развития матки
- 3) перерастяжение матки
- 4) наличие рубца на матке
- 5) обнаружение интерстициального миоматозного узла

354. ХАРАКТЕРНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) боль и кровотечение
- 2) признаки анемизации
- 3) отсутствие боли при наличии кровотечения
- 4) повышение артериального давления, боль в животе
- 5) признаки гипоксии плода

355. ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ

- 1) кровотечение во втором периоде родов
- 2) острая боль в нижних отделах живота
- 3) повторяющиеся кровотечения из половых путей, возникающие во второй половине беременности
- 4) несвоевременное излитие околоплодных вод
- 5) отсутствие предлежащей части плода над входом в таз

356. ТАКТИКА ВРАЧА В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ПРИ ЧАСТИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ, ГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ И НАЛИЧИЕМ ОСТРОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА

- 1) вскрыть плодный пузырь
- 2) кесарево сечение в экстренном порядке
- 3) в/в введение препаратов крови, кровозаменителей
- 4) введение спазмолитиков
- 5) снять родовую деятельность

357. МЕТОД РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ОТСЛОЙКЕ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ В КОНЦЕ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) влагалищное кесарево сечение
- 2) абдоминальное кесарево сечение в экстренном порядке
- 3) абдоминальное кесарево сечение в плановом порядке
- 4) плодоразрушающая операция
- 5) срочно подготовить родовые пути, провести родовозбуждение

358. ПАЛЬПАТОРНЫЕ ДАННЫЕ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ

- 1) матка в гипертонусе, части плода пальпируются плохо
- 2) матка в форме песочных часов, части плода определяются под брюшной стенкой
- 3) высокое стояние предлежащей части, неправильное положение плода, матка в нормальном тонусе
- 4) матка в нормотонусе, головное предлежание, продольное положение плода
- 5) болезненность при пальпации живота, симптомы раздражения брюшины

359. ТАКТИКА ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ И ОТСУТСТВИИ У БЕРЕМЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ СРОКЕ 25-26 НЕДЕЛЬ

- 1) пролонгирование беременности
- 2) наблюдение в условиях стационара до 36 недель
- 3) прерывание беременности
- 4) экстренное кесарево сечение сразу после установления диагноза
- 5) родовозбуждение, родоразрешение через естественные родовые пути

360. ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ОПЕРАЦИИ РУЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОЛОСТИ МАТКИ

- 1) гипотоническое кровотечение
- 2) разрыв шейки матки первой степени
- 3) гипоксия плода
- 4) предлежание плаценты
- 5) атоническое кровотечение

361. ОПЕРАЦИЯ, ОТНОСЯЩАЯСЯ К ОПЕРАЦИЯМ, ПОДГОТАВЛИВАЮЩИМ РОДОВЫЕ ПУТИ:

- 1) эпизиотомия
- 2) вакуум-экстракция
- 3) наружный поворот по Архангельскому
- 4) кесарево сечение
- 5) выходные акушерские щипцы

362. ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЛАЦЕНТЫ В МАТКЕ, ПРИ КОТОРОЙ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ КРОВОПОТЕРЯ В ТРЕТЬЕМ ПЕРИОДЕ РОДОВ

- 1) шеечная локализация
- 2) на передней стенке матки
- 3) на задней стенке матки
- 4) в области маточных углов и нижнего сегмента
- 5) шеечно – перешеечное расположение плаценты

363. ЗАЖИВАНИЕ ПЛАЦЕНТАРНОЙ ПЛОЩАДКИ ПРОИСХОДИТ ПОД ВЛИЯНИЕМ

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

364. В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ВЕЛИЧИНА МАТКИ УМЕНЬШАЕТСЯ ДО РАЗМЕРОВ НЕБЕРЕМЕННОЙ МАТКИ ЧЕРЕЗ

- 1) 8 недель
- 2) 10 недель
- 3) 16 недель
- 4) 20 недель
- 5) 10 дней

365. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЙ ПЛОДА

- 1) 1 – 2%
- 2) 3 – 5%
- 3) 6 – 8%
- 4) 10%
- 5) около 15%

366. КЛАССИЧЕСКОЕ РУЧНОЕ ПОСОБИЕ ПОДРАЗУМЕВАЕТ

- 1) освобождение плечевого пояса плода при запрокидывании ручки/ручек
- 2) сохранение правильного членорасположения плода
- 3) освобождение головки плода
- 4) формирование смешанно-ягодичного предлежания плода
- 5) освобождение ягодиц и ножек плода

367. У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИЕЙ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ

- 1) сердечная недостаточность
- 2) почечная недостаточность
- 3) плацентарная недостаточность
- 4) неврологические нарушения
- 5) ПОНРП

368. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЕ ВОЗНИКАЮТ ИЗМЕНЕНИЯ

- 1) повышается систолическое давление крови
- 2) повышается диастолическое давление крови
- 3) повышается периферическое сопротивление сосудов
- 4) снижается объем циркулирующей крови
- 5) повышение объема циркулирующей крови

369. ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ НАЛИЧИИ У БЕРЕМЕННОЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА, С НАКЛОННОСТЬЮ К ГИПОГЛИКЕМИИ В 33-34 НЕДЕЛИ, НАЛИЧИЕМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЕТОПАТИИ

- 1) досрочное родоразрешение оперативным путем
- 2) интенсивный подбор дозы инсулина и наблюдение
- 3) УЗИ исследование в динамике
- 4) лечение в эндокринном отделении
- 5) пролонгирование беременности в условиях акушерского стационара

370. ФОРМА АНЕМИИ, ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ У БЕРЕМЕННЫХ

- 1) мегалобластическая
- 2) апластическая
- 3) гемолитическая
- 4) железодефицитная
- 5) постгеморрагическая

371. К РАЗВИТИЮ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ

- 1) правильное питание
- 2) нарушения всасывания железа в связи с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта
- 3) отсутствие постоянного приема железосодержащих препаратов во время беременности
- 4) одноплодная беременность
- 5) промежуток между родами более 2-х лет

372. ПРИ ПРОЛАПСЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА (ПМК) БЕРЕМЕННОСТЬ

- 1) можно сохранить
- 2) необходимо прервать
- 3) пролонгировать в зависимости от состояния гемодинамики
- 4) на усмотрение беременной
- 5) всегда пролонгируется вне зависимости от состояния

373. ВОЗМОЖНОЙ ПРИЧИНОЙ ФОРМИРОВАНИЯ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) масса плода 3400г
- 2) переношенная беременность

- 3) двурогая или седловидная матка
- 4) возраст матери 35-40 лет
- 5) родовое излитие о/вод

374. БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ СОСТОИТ ИЗ

- 1) 4 моментов
- 2) 5 моментов
- 3) 6 моментов
- 4) 7 моментов
- 5) 3 моментов

375. ОПРЕДЕЛИТЕ ПОКАЗАНИЕ К ОПЕРАТИВНОМУ РОДОРАЗРЕШЕНИЮ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА

- 1) предстоящие вторые роды
- 2) предполагаемый вес плода 3000 г
- 3) первичная слабость родовой деятельности
- 4) женский пол плода
- 5) передний вид, чистоягодичное предлежание плода

376. ОБЩЕРАВНОМЕРНОСУЖЕННЫМ ТАЗОМ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) таз, все прямые размеры которого уменьшены равномерно
- 2) таз, у которого все размеры входа уменьшены равномерно
- 3) таз, все размеры которого уменьшены равномерно
- 4) таз, у которого все размеры выхода уменьшены равномерно
- 5) таз, у которого все размеры плоскости широкой части уменьшены равномерно

377. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СУЖЕННОГО ТАЗА ОТДАЕТСЯ ПРЕДПОЧТЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЮ

- 1) измерению роста женщины
- 2) измерению окружности живота
- 3) измерению размеров большого таза
- 4) измерению индекса Соловьева
- 5) определению массы тела женщины

378. В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ

- 1) первичная слабость родовой деятельности
- 2) вторичная слабость родовой деятельности
- 3) патологический прелиминарный период
- 4) чрезмерно сильная родовая деятельность
- 5) дискоординированная родовая деятельность

379. РЕЗКАЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ НИЖНЕГО СЕГМЕНТА МАТКИ ВНЕ СХВАТКИ У РОЖЕНИЦЫ С УЗКИМ ТАЗОМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1) о сильных и болезненных схватках
- 2) о крупном плоде
- 3) об отеке нижнего сегмента
- 4) о перерастяжении нижнего сегмента
- 5) о варианте нормы

380. ПОЛОЖЕНИЕ ГОЛОВКИ ПЛОДА ПРИ РЕЗКО ПОЛОЖИТЕЛЬНОМ СИМПТОМЕ ВАСТЕНА

- 1) подвижна над входом в таз
- 2) фиксирована во входе в таз
- 3) в полости малого таза.
- 4) в выходе малого таза
- 5) в полости широкой части малого таза

381. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ СТЕПЕНЬ СУЖЕНИЯ ТАЗА

- 1) I степень
- 2) II степень
- 3) III степень
- 4) IV степень
- 5) II-III степень

382. ПОЗИЦИЯ ПЛОДА ПРИ ПОПЕРЕЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) по спинке плода
- 2) по головке плода
- 3) по расположению мелких частей плода
- 4) по расположению тазового конца
- 5) по расположению конечностей

383. ПРИ ПОПЕРЕЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ ПЛОДА ВИД ПЛОДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) по спинке плода
- 2) по головке плода
- 3) по расположению мелких частей плода
- 4) по расположению конечностей
- 5) по расположению тазового конца

384. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ В РОДАХ ПРИ ПОПЕРЕЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) слабость родовой деятельности
- 2) выпадение мелких частей плода
- 3) несвоевременное излитие околоплодных вод
- 4) выпадение петель пуповины
- 5) запущенное поперечное положение

385. РАЗМЕРЫ ТАЗА 23-25-28-21 СМ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) общеравномерносуженного таза
- 2) простого плоского таза
- 3) плоскорихитического таза
- 4) общесуженного плоского таза
- 5) поперечносуженного таза

386. НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГИПОКСИИ ПЛОДА В РОДАХ ПРИ ГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

- 1) амниоскопия
- 2) определение рН крови, полученной из предлежащей части плода
- 3) амниоцентез
- 4) выслушивание тонов плода стетоскопом
- 5) определение уровня плацентарных гормонов

387. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ АПГАР НЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) сердцебиение
- 2) дыхание
- 3) состояние зрачков
- 4) мышечный тонус
- 5) цвет кожи

388. ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ

- 1) местную анестезию
- 2) эпидуральную анестезию
- 3) масочный наркоз
- 4) оксигенотерапию
- 5) обезболивание не используют

389. ТЕРАПИЮ БЕРЕМЕННОЙ С УМЕРЕННОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ

- 1) на дому, с соблюдением постельного режима
- 2) амбулаторно
- 3) в дневном стационаре ж/к
- 4) в отделении патологии беременных родильного дома
- 5) в терапевтическом отделении

390. ПОСЛЕ ПРИСТУПА ЭКЛАМПСИИ БЕРЕМЕННУЮ СЛЕДУЕТ РОДОРАЗРЕШАТЬ

- 1) сразу
- 2) через 2-3 часа
- 3) после нормализации показателей артериального давления
- 4) после проведения инфузионной терапии

5) через 6 часов

391. МАКСИМАЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИБАВКА МАССЫ ТЕЛА В НЕДЕЛЮ ВО II-III ТРИМЕСТРАХ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С N МАССОЙ ТЕЛА

- 1) 500-600 г
- 2) 350-500 г
- 3) 600-800 г
- 4) 800-900 г
- 5) более 1000 г

392. ИЗМЕНЕНИЯ В АНАЛИЗЕ МОЧИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ

- 1) протеинурия
- 2) ацетонурия
- 3) эритроцитурия
- 4) глюкозурия
- 5) лейкоцитурия

393. HELLP-СИНДРОМ

- 1) приступ судорог
- 2) боли в правом подреберье на фоне повышения артериального давления
- 3) сочетание гемолиза, тромбоцитопении и повышения активности печеночных ферментов
- 4) сочетание гемоконцентрации и тромбоцитопении
- 5) сочетание гемолиза, протеинурии и повышения активности печеночных ферментов

394. ПРЕЭКЛАМПСИЯ - ЭТО

- 1) осложнения беременности поздних сроков
- 2) заболевания, возникающие во время беременности
- 3) осложнение течения беременности, родов, послеродового периода
- 4) заболевания, несвязанные с беременностью
- 5) осложнения, возникающие до 20 недель беременности

395. ОСНОВНАЯ РОЛЬ В РАЗВИТИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ ПРИНАДЛЕЖИТ

- 1) нарушению функции ЦНС
- 2) нарушению симпатической иннервации
- 3) дисбалансу синтеза простациклина и тромбосана
- 4) экстрагенитальной патологии
- 5) факторам риска

396. ЭКЛАМПСИЯ – ЭТО

- 1) глубокий обморок
- 2) судорожный припадок с потерей сознания

- 3) коллаптоидное состояние
- 4) кома
- 5) головная боль и мелькание «мушек» перед глазами

397. В РАЗВИТИИ ПРИПАДКА ЭКЛАМПСИИ РАЗЛИЧАЮТ

- 1) два периода
- 2) три периода
- 3) четыре периода
- 4) пять периодов
- 5) шесть моментов

398. ДЛЯ ПРИПАДКА ЭКЛАМПСИИ ХАРАКТЕРНА ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДОВ

- 1) клонические судороги, фибриллярное подергивание мышц лица, развитие припадка, тонические судороги с потерей сознания
- 2) фибриллярное подергивание мышц лица, тонические судороги с потерей сознания, клонические судороги, разрешение припадка
- 3) развитие припадка, клонические судороги, фибриллярное подергивание мышц лица, тонические судороги с потерей сознания
- 4) тонические судороги с потерей сознания, клонические судороги, фибриллярное подергивание мышц лица, развитие припадка
- 5) фибриллярное подергивание мышц лица, развитие припадка, клонические судороги, тонические судороги с потерей сознания

399. ИЗМЕНЕНИЕ СОСУДОВ ГЛАЗНОГО ДНА, ХАРАКТЕРНОЕ ДЛЯ ЭКЛАМПСИИ

- 1) гипертоническая ангиопатия
- 2) ретинопатия
- 3) отек сетчатки
- 4) ангиоспазм
- 5) глаукома

400. О СЛУЧИВШЕМСЯ ПРИПАДКЕ ЭКЛАМПСИИ БЕРЕМЕННАЯ

- 1) рассказывает подробно
- 2) ничего не помнит
- 3) вспоминать не хочет
- 4) не хочет рассказывать
- 5) рассказывает, путая последовательность

401. СРЕДНЕЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) сумма систолического и диастолического АД
- 2) сумма систолического и диастолического АД / 3
- 3) сумма одного показателя систолического давления и 2-х показателей диастолического давления, деленная на 2
- 4) средний арифметический показатель систолического и диастолического давления

5) сумма одного показателя систолического давления и 2-х показателей диастолического давления, деленная на 3

402. ИММУНОКОНФЛИКТ ПО СИСТЕМЕ АВО ВОЗНИКАЕТ ПРИ СОЧЕТАНИИ

- 1) А (II) гр. крови у матери и АВ (IV) у плода
- 2) О (I) гр. крови у матери и А (II) у плода
- 3) О (I) гр. крови у матери и АВ (IV) у плода
- 4) В (III) гр. крови у матери и О (I) у плода
- 5) О (I) гр. крови у матери и О (I) у плода

403. РАЗМЕР D. SPINARUM СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) 23-24 см
- 2) 24-25 см
- 3) 25-26 см
- 4) 26-27 см
- 5) 30-31 см

404. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК АНАТОМИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА

- 1) остроконечный живот, высокое стояние дна матки
- 2) овоидной формы живот
- 3) форма живота в виде поперечного овоида
- 4) головка плотно прижата ко входу в малый таз
- 5) отсутствие шевеления плода

405. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПАРЕЗА КИШЕЧНИКА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ВВОДЯТ

- 1) прозерин
- 2) клофелин
- 3) окситоцин
- 4) дротаверин
- 5) гексопреналин

406. ТАКТИКА ВРАЧА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ПРИ НАЛИЧИИ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИНЫ С РУБЦОМ НА МАТКЕ ПРИ ДОНОШЕННОМ СРОКЕ

- 1) ведение, как обычной беременности
- 2) госпитализация в родильный дом в 40 недель
- 3) срочная госпитализация в родильный дом при появлении болей в области рубца
- 4) консультация хирурга
- 5) госпитализация в родильный дом с началом регулярной родовой деятельности

407. ПРАВИЛО ВЫДАЧИ ДЕКРЕТНОГО ОТПУСКА ПРИ НОРМАЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) 70 дней до родов
- 2) 50 дней до и 56 дней после родов
- 3) 70 дней до и 70 дней после родов
- 4) 110 дней до и после родов
- 5) 80 дней после родов

408. ГРАНИЦЕЙ МЕЖДУ БОЛЬШИМ И МАЛЫМ ТАЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гребни подвздошных костей
- 2) седалищные ости
- 3) седалищные бугры
- 4) пограничная линия
- 5) передневерхние ости подвздошных костей

409. ФОРМА, КОТОРУЮ ИМЕЕТ ПЛОСКОСТЬ ВХОДА В МАЛЫЙ ТАЗ

- 1) почкообразная
- 2) продольно расположенного овала
- 3) круглая
- 4) треугольная
- 5) ромбовидная

410. ВЕЛИЧИНА СРЕДНЕГО КОСОГО РАЗМЕРА ГОЛОВКИ

- 1) 9,5 см
- 2) 9 см
- 3) 10,5 см
- 4) 10 см
- 5) 12,5 см

411. ПРИ I ПОЗИЦИИ ПЛОДА

- 1) спинка плода обращена к левой стороне матки
- 2) спинка плода обращена к передней стенке матки
- 3) спинка плода обращена к задней стенке матки
- 4) спинка плода обращена к правой стороне матки
- 5) спинка плода обращена ко дну матки

412. РАЗМЕР D. CRISTARUM СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) 24-25 см
- 2) 25-26 см
- 3) 27-28 см
- 4) 28-29 см
- 5) 30-31 см

413. РАЗМЕР D. TROCHANTERICA СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) 24-25 см
- 2) 25-26 см
- 3) 27-28 см
- 4) 28-29 см

5) 30-31 см

414. ГЛАВНАЯ ОПАСНОСТЬ БЫСТРЫХ РОДОВ ДЛЯ ПЛОДА

- 1) в наступлении гипоксии
- 2) нарушении биомеханизма родов
- 3) увеличении родовой опухоли
- 4) в анемизации вследствие нарушения целостности сосудов плаценты
- 5) возникновении желтухи

415. ГЛАВНАЯ УГРОЗА ВТОРИЧНОЙ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЛЯ МАТЕРИ

- 1) прижатие мягких тканей родовых путей и соседних органов головкой плода и угроза мочеполовых и кишечно-половых свищей
- 2) инфицирование
- 3) повышение АД
- 4) разрыв матки
- 5) потеря сознания

416. ЧЕРЕП НОВОРОЖДЕННОГО, РОЖДЕННОГО В ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ИМЕЕТ

- 1) шаровидную форму
- 2) долихоцефалическую форму
- 3) башенную форму
- 4) брахицефалическую форму
- 5) округлую форму

417. ПРИ ЗАДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ВЫДЕЛЯЕТСЯ _?_ МОМЕНТОВ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ

- 1) пять
- 2) четыре
- 3) шесть
- 4) три
- 5) семь

418. МЕСТО НАИЛУЧШЕГО ВЫСЛУШИВАНИЯ СЕРДЕЧНЫХ ТОНОВ ПРИ ГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА

- 1) в области дна матки
- 2) на уровне пупка
- 3) на уровне пупка ближе к головке плода
- 4) ниже пупка слева или справа в зависимости от позиции
- 5) разных отделах матки

419. ЛАТЕНТНАЯ ФАЗА В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ

- 1) началом потуг
- 2) раскрытием шейки матки на 3-4 см

- 3) раскрытием шейки матки до 8 см
- 4) опусканием головки на тазовое дно
- 5) сглаживанием шейки

420. АКТИВНАЯ ФАЗА РОДОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ

- 1) раскрытием маточного зева на 4-6 см
- 2) полным раскрытием маточного зева
- 3) излитием околоплодных вод
- 4) присоединением потуг
- 5) раскрытием маточного зева на 8 см

421. ВАРИАНТОМ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ, КОГДА К ПЛОСКОСТИ ВХОДА В МАЛЫЙ ТАЗ ПРЕДЛЕЖАТ ТОЛЬКО, ЯГОДИЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) чисто ягодичное
- 2) смешанное ягодично-ножное
- 3) полное ножное
- 4) неполное ножное
- 5) коленное

422. ВАРИАНТОМ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ, КОГДА К ПЛОСКОСТИ ВХОДА В МАЛЫЙ ТАЗ ВМЕСТЕ С ЯГОДИЦАМИ ПРЕДЛЕЖАТ СТУПНИ НОЖЕК НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) чисто ягодичное
- 2) полное ножное
- 3) смешанное ягодично-ножное
- 4) неполное ножное
- 5) коленное

423. ГОЛОВКА ПЛОДА ПРИ ЕГО ПРАВИЛЬНОМ ЧЛЕНОРАСПОЛОЖЕНИИ НАХОДИТСЯ В СОСТОЯНИИ

- 1) в состоянии максимального сгибания
- 2) в состоянии умеренного разгибания
- 3) в состоянии умеренного сгибания
- 4) в состоянии максимального разгибания
- 5) в состоянии минимального сгибания

424. ТОЧКА ФИКСАЦИИ ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ

- 1) подзатылочная ямка
- 2) затылочный бугор
- 3) граница волосистой части лба
- 4) характер верхняя челюсть плода
- 5) нижняя челюсть

425. ПРОВОДНАЯ ТОЧКА ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ

- 1) затылок
- 2) малый родничок
- 3) большой родничок
- 4) середина расстояния между большим и малым родничком
- 5) лобная кость

426. ПЕРВЫЙ МОМЕНТ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ

- 1) сгибание головки
- 2) разгибание головки
- 3) внутренний поворот головки
- 4) дополнительное сгибание головки
- 5) наружный поворот головки

427. КОСЫЕ РАЗМЕРЫ ПЛОСКОСТИ ВХОДА В МАЛЫЙ ТАЗ

- 1) расстояние между отдаленными точками дугообразных линий
- 2) расстояние от крестцово-подвздошного соединения до подвздошно-лобкового возвышения противоположной стороны
- 3) расстояние между седалищными буграми
- 4) расстояние между седалищными остями
- 5) расстояние между вертелами бедренных костей

428. ПОСЛЕ РОДОВ РОЖЕНИЦА ОСТАЕТСЯ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ В ТЕЧЕНИЕ

- 1) 30 мин.
- 2) 1 часа
- 3) 2-х часов
- 4) 3-х часов
- 5) 24 часа

429. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ III ПЕРИОДА РОДОВ БУДЕТ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) длительности родов
- 2) наличия признаков отделения плаценты
- 3) состояния новорожденного
- 4) длительности безводного промежутка
- 5) состояния роженицы

430. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ РОДОВ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) гексапреналин
- 2) сигетин
- 3) окситоцин
- 4) транексам
- 5) викасол

431. ВТОРОЙ ПЕРИОД РОДОВ

- 1) начинается с началом потуг и заканчивается рождением плода
- 2) начинается с излития околоплодных вод и заканчивается рождением ребенка
- 3) начинается с наступлением полного раскрытия шейки матки и заканчивается рождением ребенка
- 4) начинается со схваток через 1-2 мин. и заканчивается рождением ребенка
- 5) начинается с излития околоплодных вод и появлением потуг

432. ПРИЗНАК ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ПО АЛЬФЕЛЬДУ

- 1) изменение формы и высоты стояния дна матки
- 2) появление выпячивания над симфизом
- 3) удлинение наружного отрезка пуповины
- 4) при надавливании ребром ладони над лобком, пуповина не втягивается
- 5) удлинение пуповины при потуживании роженицы

433. ПРИЗНАК ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ КЮСТНЕРА – ЧУКАЛОВА

- 1) изменение формы и высоты стояния дна матки
- 2) появление выпячивания над симфизом
- 3) удлинение наружного отрезка пуповины
- 4) при надавливании ребром ладони над лобком, пуповина не втягивается
- 5) удлинение пуповины при потуживании роженицы

434. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ НОВОРОЖДЕННОГО, ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) 2% раствор нитрата серебра
- 2) 1% мазь тетрациклина гидрохлорида
- 3) раствор фурацилина 1:5000
- 4) 30% раствор сульфацила-натрия (альбуцид)
- 5) 20% раствор сульфацила-натрия (альбуцид)

435. ПЕРВЫЙ МОМЕНТОМ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

- 1) боковое сгибание поясничной части позвоночника плода
- 2) внутренний поворот плечиков и наружный поворот туловища
- 3) сгибание головки
- 4) внутренний поворот головки
- 5) внутренний поворот ягодиц

436. ЧЕТВЁРТЫЙ МОМЕНТ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

- 1) сгибание головки
- 2) внутренний поворот ягодиц
- 3) сгибание шейно-грудной части позвоночника
- 4) внутренний поворот головки
- 5) боковое сгибание поясничной части позвоночника плода

437. ТОНЫ ПЛОДА ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ

- 1) у дна матки
- 2) ниже пупка, справа или слева в зависимости от позиции
- 3) на уровне пупка
- 4) выше пупка, справа или слева в зависимости от позиции
- 5) на уровне лона

438. ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ПОЯВЛЕНИИ У БЕРЕМЕННОЙ БОЛИ В ОБЛАСТИ ЛОКАЛИЗАЦИИ РУБЦА НА МАТКЕ

- 1) наблюдение в течение 3 часов
- 2) плановая операция кесарева сечения
- 3) через естественные родовые пути с укорочением периода изгнания
- 4) экстренная операция кесарево сечение
- 5) программированные роды через естественные родовые пути

439. ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ПОЯВЛЕНИИ СИМПТОМОВ НАЧАВШЕГОСЯ РАЗРЫВА ПРОМЕЖНОСТИ

- 1) перинео- или эпизиотомия
- 2) наблюдение
- 3) наложение акушерских щипцов
- 4) вакуум-экстракция КИWI
- 5) местная инфильтративная анестезия

440. ОПЕРАЦИЯ ВЫБОРА ПРИ ОТРЫВЕ МАТКИ ОТ СВОДОВ ВЛАГАЛИЩА

- 1) субтотальная гистерэктомия
- 2) баллонная тампонада матки
- 3) тотальная гистерэктомия с придатками
- 4) тотальная гистерэктомия без придатков
- 5) ушивание разрыва

441. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ РАЗРЫВА МАТКИ

- 1) в нижнем сегменте матки
- 2) в дне матки
- 3) в теле матки
- 4) отрыв матки от сводов
- 5) разрыв шейки матки с переходом на нижний сегмент

442. СНЯТЬ РОДОВУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРИ УГРОЖАЮЩЕМ РАЗРЫВЕ МАТКИ МОЖНО С ПОМОЩЬЮ

- 1) глубокого наркоза
- 2) спазмолитиков
- 3) бетта-адреномиметиков
- 4) пудентальной анестезии
- 5) медикаментозного сна-отдыха

443. УСЛОВИЯ ДЛЯ УШИВАНИЯ РАЗРЫВА МАТКИ

- 1) при отрыве матки от сводов
- 2) отсутствие инфицирования и разрыв не сопровождается обширным размождением тканей
- 3) при гипоплазии матки
- 4) только если разрыв матки гистопатический
- 5) только если разрыв матки самопроизвольный

444. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗРЫВ ПРОМЕЖНОСТИ ПРОИСХОДИТ

- 1) при прорезывании головки
- 2) при врезывании головки
- 3) после рождения головки
- 4) при прорезывании плечиков
- 5) при рождении тазового конца

445. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИСТИННО ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) беременность продолжается 290-294 дня
- 2) 275-280 дня
- 3) 280 дней + 10-14 дней
- 4) заканчивается рождением функционально зрелого ребенка
- 5) 257-260 дней

446. ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ НАЗЫВАЮТСЯ РОДЫ -

- 1) роды после 40 недель беременности
- 2) прерывание беременности в сроке от 20 до 27 недель
- 3) роды в сроке 39-40 недель
- 4) роды в сроке беременности с 26 до 38 недель
- 5) роды в интервале 22-36 недель 6 дней

447. В ТЕРАПИИ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ

- 1) тономоторные средства
- 2) в-миметики
- 3) спазмолитики
- 4) блокаторы окситоциновых рецепторов
- 5) блокаторы Са рецепторов

448. ДЕФИЦИТ КАКОГО ВИТАМИНА В ПИТАНИИ БЕРЕМЕННОЙ МОЖЕТ СТАТЬ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО

- 1) витамина А
- 2) витамина С
- 3) никотиновой кислоты
- 4) фолиевой кислоты
- 5) аминкапроновой кислоты

449. В НАБОР ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЛОДОРАЗРУШАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ВХОДЯТ

- 1) влагалищные створчатые зеркала
- 2) вакуум «KIWI»
- 3) краниокласт Брауна и перфоратор Бло
- 4) цапки
- 5) щипцы Симпсона–Феноменова

450. ХАРАКТЕРНЫЙ ВИД МАТКИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПОНРП

- 1) матка шаровидной формы
- 2) матка уменьшена в объеме
- 3) матка имеет форму «песочных часов»
- 4) увеличена в объеме, напряжена, иногда определяется выпуклость
- 5) не изменена в объеме, легко пальпируются части плода

451. МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ И УСЛОВИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВАГИНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ

- 1) на операционном столе при развернутой операционной
- 2) в отделении патологии беременности
- 3) в родильном зале после очистительной клизмы
- 4) при поступлении в приемном покое
- 5) в смотровой родового отделения

452. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ВРЕМЯ НАЧАЛА КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ

- 1) в начале периода раскрытия
- 2) при беременности
- 3) в конце периода раскрытия
- 4) в период изгнания
- 5) в раннем послеродовом периоде

453. ПАТОЛОГИЯ, ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИВОДЯЩАЯ К КРОВОТЕЧЕНИЮ ВО 2 ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) предлежание плаценты
- 2) ПОНРП
- 3) фибромиома матки
- 4) рак шейки матки
- 5) угрожающие преждевременные роды

454. МЕТОД РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ

- 1) акушерские щипцы
- 2) вакуум-экстракция плода
- 3) кесарево сечение
- 4) роды через естественные родовые пути
- 5) плодоразрушающая операция

455. РЕЗКИЕ И БЫСТРЫЕ КОЛЕБАНИЯ А/Д У БЕРЕМЕННОЙ

- 1) улучшают состояние плода
- 2) благоприятно сказываются на состоянии беременной
- 3) улучшают маточно-плацентарный кровоток
- 4) не оказывают существенного влияния на состояние
- 5) неблагоприятно влияет на плод

456. ПРИНЦИПЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С ГБ

- 1) назначение инсулина, физиотерапия, терапия, направленная на нормализацию А/Д
- 2) терапия, направленная на нормализацию А/Д, нормализация маточно-плацентарного кровотока
- 3) назначение препаратов железа, нормализация маточно-плацентарного кровотока
- 4) нормализация маточно-плацентарного кровотока, физиотерапия
- 5) нормализация маточно-плацентарного кровотока, диетотерапия

457. ПРЕПАРАТ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ПЛАНОВОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) нифедипин
- 2) эгилек
- 3) эналаприл
- 4) клофелин
- 5) допегит

458. ПРЕПАРАТ ВТОРОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ПЛАНОВОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) нифедипин
- 2) эгилек
- 3) эналаприл
- 4) клофелин
- 5) допегит

459. СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ОЦЕНИВАЕТСЯ

- 1) по длительности течения
- 2) по выраженности отеков
- 3) по глюкозурии
- 4) по степени анемии
- 5) по цифрам АД и уровню протеинурии

460. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) неврологическая симптоматика
- 2) отеки голеней

- 3) альбуминурия
- 4) слабость, недомогание
- 5) субъективные жалобы

461. ПРИЗНАК ЭКЛАМПСИИ

- 1) судороги и кома
- 2) диарея
- 3) гипертензия
- 4) тошнота
- 5) спутанное сознание

462. ЦЕЛЬ ПРОВЕДЕНИЯ АНТЕНАТАЛЬНОЙ КАРДИОТОКОГРАФИИ ПЛОДА

- 1) диагностика нарушений сердечного ритма плода
- 2) определение сократительной активности миометрия
- 3) оценка биофизического профиля плода
- 4) выявление и определение степени тяжести гипоксии плода по частоте сердечных сокращений
- 5) определение пороков развития сердца плода

463. В НОРМЕ ПУПОЧНЫЙ КАНАТИК СОДЕРЖИТ

- 1) 1 артерию и 2 вены
- 2) 1 вену и 2 артерии
- 3) 3 артерии и 1 вену
- 4) 1 артерию и 1 вену
- 5) 2 вены и 2 артерии

464. ЖЕНЩИНА ДОЛЖНА БЫТЬ ВЗЯТА НА УЧЕТ ПРИ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) до 20 нед.
- 2) до 16 нед.
- 3) до 13 нед.
- 4) до 12 нед.
- 5) в любой срок по желанию женщины

465. В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ, РАБОТАЮЩИМ ЖЕНЩИНАМ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ ОТПУСК ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ

- 1) 70 календарных дней
- 2) 86 календарных дней
- 3) 140 календарных дней
- 4) 156 календарных дней
- 5) 90 календарных дней

466. ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ РОДАХ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ НА

- 1) 8 календарных дней
- 2) 16 календарных дней
- 3) 22 календарных дня
- 4) 30 календарных дней
- 5) 70 календарных дней

467. ДЛЯ ВЫЧИСЛЕНИЯ ДАТЫ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО СРОКА РОДОВ
НУЖНО

- 1) от даты последней менструации отнять 3 мес. и прибавить 7 дней
- 2) от первого дня последней менструации отнять 3 мес. + 7 дней
- 3) от даты зачатия отнять 3 мес. и отнять 7 дней
- 4) от даты зачатия отнять 3 мес. и 3 дня
- 5) от последнего дня последней менструации отнять 3 мес. + 7 дней

468. 1 ТРИМЕСТР БЕРЕМЕННОСТИ ДЛИТСЯ ДО

- 1) 13-й недели
- 2) 8-й недели
- 3) 16-й недели
- 4) 20 -й недели
- 5) 22-й недели

469. 2 ТРИМЕСТР БЕРЕМЕННОСТИ - ЭТО ПЕРИОД

- 1) 10-20 нед. беременности
- 2) 14-27 нед. беременности
- 3) 8-16 нед. беременности
- 4) 29-40 нед. беременности
- 5) 22-39 нед. беременности

470. 3 ТРИМЕСТР БЕРЕМЕННОСТИ - ЭТО ПЕРИОД

- 1) с 28-40 нед. беременности
- 2) 13-28 нед. беременности
- 3) 10-20 нед беременности
- 4) 8-16 нед беременности
- 5) 22-37 нед. беременности

471. КТГ СЧИТАЮТ ОБОСНОВАННОЙ НАЧИНАЯ СО СРОКА

- 1) 22 недель
- 2) 32 недель
- 3) 28 недель
- 4) 16 недель
- 5) 14 недель

472. НАЧАЛОМ РОДОВ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

- 1) излитие околоплодных вод
- 2) появление схваток, приводящих к структурным изменениям в шейке
- 3) продвижение головки по родовому каналу

- 4) появление схваткообразных болей
- 5) потуги

473. РАСКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПРОИСХОДИТ ВСЛЕДСТВИЕ

- 1) смещения мышечных волокон
- 2) сокращения мышечных волокон
- 3) укорочения шейки матки
- 4) излития околоплодных вод;
- 5) плотного прилегания нижнего сегмента к головке плода

474. ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ РОЛЬ СТРЕЛОВИДНОГО ШВА ИГРАЕТ

- 1) s. sagittalis (лат.)
- 2) d. Bisacromialis (лат.)
- 3) d. bipedalis (лат.)
- 4) d. Interspinalis (лат.)
- 5) linea intertrochanterica (лат.)

475. МОЛОКО ПРИОБРЕТАЕТ ПОСТОЯННЫЙ СОСТАВ И СТАНОВИТСЯ ЗРЕЛЫМ

- 1) на 2-3-й неделе после родов
- 2) в III триместре беременности
- 3) на 3-4-е сутки после родов
- 4) на 5-6-й неделе после родов
- 5) через 24 часа

476. С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ КУЛЬТЮ ПУПОВИНЫ У НОВОРОЖДЕННОГО

- 1) отсекают незамедлительно после родов
- 2) отсекают на 2-3-е сутки после родов
- 3) ведут «сухим» методом (без применения антисептиков) до самостоятельного отделения
- 4) дожидаться самостоятельного отделения с обязательной ежедневной обработкой антисептиками
- 5) отсекают через 24 часа после родов

477. МЕТОД ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С НЕПРЕРЫВНЫМ СОБЛЮДЕНИЕМ КОНТАКТА «КОЖА-К-КОЖЕ»

- 1) метод «панда»
- 2) метод мягкой перинатальной адаптации
- 3) метод «кенгуру»
- 4) метод Вильсона-Джобса
- 5) метод «коала»

478. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТЕРЯ МАССЫ ТЕЛА НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ПОСЛЕ РОДОВ

- 1) не более 10% массы тела при рождении
- 2) 300 г.
- 3) 500 г.
- 4) не более 1/5 массы тела при рождении
- 5) любая, зависит от массы при рождении

479. ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА ЭКЛАМПСИИ ВРАЧ ДОЛЖЕН

- 1) удерживать беременную
- 2) измерить А/Д
- 3) вскрыть плодный пузырь
- 4) выполнить влагалищное исследование
- 5) стимулировать родовую деятельность

480. К ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ФОРМАМ УЗКОГО ТАЗА ОТНОСИТСЯ

- 1) кососмещенный таз
- 2) общеравномерносуженный таз
- 3) воронкообразный таз
- 4) остеопластический таз
- 5) спондилолистетический таз

481. СЗРП - ЭТО

- 1) малый рост при большой массе тела
- 2) масса тела и рост менее гестационной нормы
- 3) то же самое, что и недоношенность
- 4) бывает только у недоношенных
- 5) масса тела более, рост менее гестационной нормы

482. ВТОРАЯ ТОЧКА ФИКСАЦИИ ПРИ ЗАДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ

- 1) граница волосистой части лба
- 2) подзатылочная ямка
- 3) верхняя треть плеча
- 4) затылочный бугор
- 5) подбородок

483. ПЕРВЫЙ ТУАЛЕТ НОВОРОЖДЕННОГО НЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) обработку глаз
- 2) двух моментное отсечение пуповины
- 3) выслушивание сердца плода
- 4) обработку кожи
- 5) антропометрию плода

484. ПОСЛЕДОВЫЙ ПЕРИОД НАЧИНАЕТСЯ ПОСЛЕ

- 1) полного открытия маточного зева
- 2) прорезывания головки

- 3) пересечения пуповины плода
- 4) отделения плаценты
- 5) рождения плода

485. ИНСТРУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ЭКСТРАКЦИИ ПЛОДА ЗА ТАЗОВЫЙ КОНЕЦ

- 1) крючок Брауна
- 2) акушерские щипцы
- 3) краниокласт
- 4) инструменты не требуются
- 5) вакуум-экстрактор «KIWI»

486. АКУШЕРСКОЕ ПОСОБИЕ В РОДАХ У ПЕРВОБЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ НАЧИНАЮТ ОКАЗЫВАТЬ

- 1) при появлении кровотечения из влагалища
- 2) после рождения головки плода
- 3) при прорезывании головки плода
- 4) при появлении отека промежности
- 5) при угрозе разрыва промежности

487. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННОЙ ИЛИ РОЖЕНИЦЫ НАЧИНАЕТСЯ

- 1) с пальпации живота
- 2) с измерения таза
- 3) с аускультации живота
- 4) с измерения высоты стояния дна матки
- 5) с объективного обследования по системам

488. ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДЕФИЦИТА:

- 1) йода
- 2) железа
- 3) меди
- 4) кальция
- 5) цинка

489. ПРИ РОЖДЕНИИ РЕБЕНКА В АСФИКСИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ПРЕДПРИНЯТЬ

- 1) срочно произвести первый туалет новорожденного
- 2) ввести сердечные средства
- 3) начать непрямой массаж сердца
- 4) начать ИВЛ
- 5) освободить верхние дыхательные пути и желудок от содержимого

490. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ В 1-ОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ БЫВАЕТ

- 1) несвоевременное излитие околоплодных вод
- 2) спонтанный поворот плода
- 3) выпадение пуповины, мелких частей
- 4) развитие инфекции
- 5) интранатальная гибель плода

491. ВНУТРИУТРОБНАЯ ГИПОКСИЯ ПЛОДА ПРИ ИСТИННО ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- 1) снижения уровня гемоглобина у плода
- 2) ПОНРП
- 3) снижение содержания кислорода в крови матери
- 4) нарушения- маточно-плацентарного кровообращения
- 5) старение плаценты

492. ЖЕЛТЫЙ (СОЛОМЕННЫЙ) ЦВЕТ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1) об антенатальной гибели плода
- 2) является вариантом нормы
- 3) о нарушениях обмена околоплодных вод
- 4) о гемолитической болезни
- 5) о хронической гипоксии плода

493. БЕРЕМЕННАЯ ЖЕНЩИНА ЧАЩЕ ВСЕГО ЖАЛУЕТСЯ

- 1) на желудочно-кишечные расстройства
- 2) на нарушения со стороны нервной системы
- 3) на задержку месячных
- 4) на боли внизу живота
- 5) на кровянистые выделения из влагалища

494. ДЛИТЕЛЬНОЕ СТОЯНИЕ ГОЛОВКИ В ОДНОЙ ПЛОСКОСТИ ВО 2-ОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ПРИВОДИТ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ

- 1) пузырно-влагалищных, ректо-вагинальных свищей
- 2) выворота матки
- 3) разрыва промежности
- 4) разрыва лонного сочленения
- 5) разрывов шейки матки

495. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ ПОСЛЕРОДОВОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) эндометрит
- 2) мастит
- 3) сепсис
- 4) перитонит
- 5) септический шок

496. ДОПУСТИМАЯ КРОВОПОТЕРЯ, ЕСЛИ БЕРЕМЕННАЯ ЖЕНЩИНА ИМЕЕТ МАССУ ТЕЛА - 82 КГ

- 1) 380 мл
- 2) 390 мл
- 3) 400 мл
- 4) 405 мл
- 5) 410 мл

497. ПОКАЗАНИЕ К ПРОВЕДЕНИЮ АМНИОТОМИИ

- 1) ПОНРП
- 2) плоский плодный пузырь
- 3) тяжелая гипоксия плода
- 4) крупный плод
- 5) отсутствие «зрелости» родовых путей

498. К 3-У УРОВНЮ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСЯТСЯ РОДИЛЬНЫЕ ДОМА ТИПА

- 1) родильный дом при ЦРБ
- 2) областной (краевой, республиканский) перинатальный центр
- 3) межрайонный родильный дом
- 4) городской родильный дом
- 5) родильный дом при ЦГБ

499. ПРЕДЛЕЖАТ ЯГОДИЦЫ ПЛОДА, СПИНКА ОБРАЩЕНА К ПЕРЕДИ – ЭТО

- 1) тазовое предлежание, передний вид
- 2) 1-я позиция, передний вид
- 3) 1-я позиция, задний вид
- 4) тазовое предлежание, 1-я позиция
- 5) тазовое предлежание, 2-я позиция

500. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наркотические анальгетики
- 2) продленная эпидуральная анестезия
- 3) спазмолитические средства
- 4) холинэргические средства
- 5) ненаркотические анальгетики (НПВС)

3. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
1	4	41	1	81	2	121	1	161	1
2	2	42	1	82	1	122	3	162	4
3	5	43	2	83	3	123	3	163	2
4	1	44	1	84	5	124	1	164	4
5	1	45	3	85	4	125	2	165	3
6	3	46	5	86	3	126	1	166	2
7	3	47	1	87	5	127	1	167	2
8	4	48	4	88	4	128	3	168	1
9	1	49	3	89	5	129	1	169	2
10	3	50	4	90	1	130	3	170	1
11	1	51	1	91	5	131	3	171	2
12	5	52	2	92	4	132	3	172	2
13	3	53	1	93	3	133	1	173	2
14	1	54	3	94	1	134	2	174	5
15	1	55	5	95	1	135	5	175	3
16	2	56	2	96	5	136	1	176	3
17	1	57	5	97	2	137	4	177	3
18	4	58	3	98	2	138	4	178	1
19	2	59	5	99	1	139	1	179	1
20	5	60	1	100	2	140	4	180	2
21	1	61	1	101	5	141	1	181	2
22	3	62	4	102	2	142	1	182	5
23	3	63	2	103	5	143	2	183	3
24	1	64	4	104	1	144	1	184	4
25	2	65	3	105	1	145	3	185	4
26	1	66	4	106	3	146	5	186	3
27	1	67	2	107	3	147	1	187	4
28	3	68	1	108	4	148	4	188	4
29	2	69	2	109	1	149	3	189	5
30	3	70	1	110	3	150	4	190	1
31	4	71	2	111	1	151	1	191	5
32	3	72	2	112	5	152	2	192	4
33	1	73	2	113	3	153	1	193	3
34	2	74	5	114	1	154	3	194	1
35	5	75	3	115	1	155	4	195	1
36	3	76	3	116	2	156	2	196	5
37	4	77	3	117	1	157	5	197	2
38	4	78	1	118	4	158	3	198	2
39	1	79	1	119	2	159	5	199	1
40	4	80	2	120	4	160	1	200	2

№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
201	2	243	2	285	3	327	5	369	1
202	3	244	2	286	1	328	4	370	4
203	3	245	2	287	4	329	4	371	2
204	3	246	2	288	1	330	1	372	3
205	3	247	4	289	2	331	5	373	3
206	2	248	3	290	1	332	1	374	3
207	3	249	1	291	2	333	5	375	3
208	3	250	3	292	2	334	1	376	3
209	2	251	3	293	4	335	5	377	3
210	2	252	4	294	1	336	1	378	1
211	3	253	4	295	2	337	5	379	4
212	3	254	1	296	1	338	4	380	1
213	1	255	5	297	2	339	1	381	1
214	4	256	4	298	2	340	1	382	2
215	4	257	3	299	2	341	3	383	1
216	1	258	5	300	2	342	1	384	5
217	2	259	5	301	1	343	4	385	5
218	1	260	4	302	1	344	3	386	2
219	4	261	2	303	1	345	2	387	3
220	2	262	2	304	4	346	5	388	2
221	5	263	4	305	1	347	3	389	4
222	3	264	1	306	1	348	4	390	1
223	2	265	1	307	1	349	2	391	2
224	2	266	3	308	2	350	1	392	1
225	4	267	1	309	1	351	1	393	3
226	3	268	1	310	5	352	4	394	3
227	1	269	4	311	1	353	1	395	3
228	2	270	1	312	2	354	1	396	2
229	2	271	1	313	5	355	3	397	3
230	4	272	2	314	1	356	2	398	2
231	5	273	3	315	1	357	2	399	3
232	2	274	1	316	1	358	3	400	2
233	1	275	5	317	1	359	1	401	5
234	4	276	5	318	3	360	1	402	2
235	3	277	1	319	1	361	1	403	3
236	1	278	4	320	4	362	4	404	1
237	4	279	5	321	2	363	4	405	1
238	4	280	5	322	5	364	1	406	3
239	1	281	2	323	2	365	2	407	3
240	4	282	4	324	5	366	1	408	4
241	1	283	3	325	4	367	3	409	1
242	1	284	3	326	5	368	5	410	3

№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
411	1	429	2	447	1	465	3	483	3
412	4	430	3	448	4	466	2	484	5
413	5	431	3	449	3	467	2	485	4
414	1	432	3	450	4	468	1	486	3
415	1	433	4	451	1	469	2	487	5
416	2	434	2	452	2	470	1	488	1
417	1	435	5	453	1	471	2	489	5
418	4	436	3	454	3	472	2	490	1
419	2	437	4	455	5	473	2	491	5
420	5	438	4	456	2	474	5	492	4
421	1	439	1	457	5	475	3	493	3
422	3	440	4	458	1	476	3	494	1
423	3	441	1	459	5	477	3	495	1
424	1	442	1	460	1	478	1	496	5
425	2	443	2	461	1	479	1	497	2
426	1	444	1	462	4	480	2	498	2
427	2	445	3	463	2	481	2	499	1
428	3	446	5	464	4	482	1	500	2

Типография КрасГМУ
Заказ № 18564

660022, г.Красноярск, ул.П.Железнякa, 1