

## Тесты ОМ 4 курс русское отделения.

1. Согласно регионализации перинатальной помощи беременным в Республике

Казахстан различают:

1. Один уровень
2. Два уровня
3. +Три уровня
4. Четыре уровня
5. Пять уровней

2. К 1-му уровню оказания перинатальной помощи относится:

1. Перинатальный центр
2. Городской родильный дом
3. +Центральная районная больница
4. Областной родильный дом
5. Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии

3. К 2-му уровню оказания перинатальной помощи относится:

1. Перинатальный центр
2. +Городской родильный дом
3. Центральная районная больница
4. Областной родильный дом
5. Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии.

4. К 3-му уровню оказания перинатальной помощи относится:

1. +Перинатальный центр
2. Городской родильный дом
3. Центральная районная больница
4. Областной родильный дом
5. Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии.

5. Первородящая Н., 25 лет, соматически здорова, живет в районном центре. Где ей должна быть оказана акушерская помощь в родах:

1. В сельской амбулатории
2. +В центральной районной больнице
3. В городском родильном доме
4. В областном перинатальном центре
5. В научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии

6. У повторнобеременной жительницы города, 32 лет при сроке беременности 30 недель начались схватки. В анамнезе 2 самопроизвольных выкидыша.

Куда следует направить ее на родоразрешения в:

1. +Городской перинатальный центр
2. Городской родильный дом
3. Центральную районную больницу
4. Областной перинатальный центр
5. Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии.

7. Повторнородящая, жительница сельской местности, 29 лет, соматически здорова.

Куда следует направить ее на родоразрешение в:

1. Городской перинатальный центр
2. Городской родильный дом
3. +Центральную районную больницу
4. Областной перинатальный центр
5. Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии.

8. У повторнобеременной, первородящей жительницы города при сроке беременности 38 недель начались схватки. Соматически здорова, в анамнезе один самопроизвольный выкидыш.

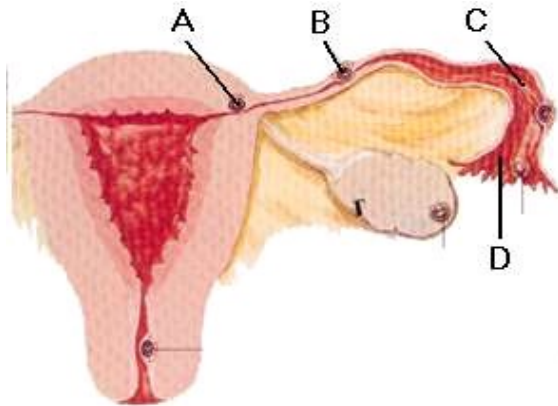
Куда следует направить ее на родоразрешение в:

1. Городской перинатальный центр
2. +Городской родильный дом

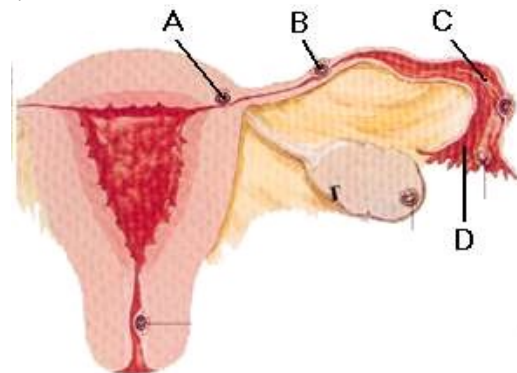
3. Центральную районную больницу
  4. Областной перинатальный центр
  5. Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии
9. В странах Западной Европы в структуре материнской смертности первое место занимает:
1. + Гипертензия, вызванная беременностью
  2. Кровотечение во время беременности
  3. Послеродовые кровотечения
  4. Послеродовый сепсис
  5. Разрыв матки
10. Наиболее важным мероприятием по снижению перинатальной смертности является:
1. Своевременное решение вопроса о возможности сохранения беременности
  2. Проведение анализа причин перинатальной смертности
  3. Диета беременной
  4. +Своевременная диагностика угрожаемых состояний плода
  5. Улучшение санитарно-просветительной работы с беременными.
11. В женской консультации у беременной оценка перинатального риска по таблице Фроловой составила 4 балла. К какой группе риска относится эта беременная:
1. +Низкого риска
  2. Среднего
  3. Высокого
  4. Ни к одной
  5. Ко всем группам
12. В женской консультации у беременной оценка факторов перинатального риска по таблице Фроловой составила 8 баллов. К какой группе риска относится эта беременная:
1. Низкого риска
  2. +Среднего
  3. Высокого
  4. Ни к одной
  5. Ко всем группам.
13. В женской консультации у беременной оценка перинатального риска по таблице Фроловой составила 10 баллов. К какой группе риска относится эта беременная:
1. Низкого риска
  2. Среднего
  3. +Высокого
  4. Ни к одной
  5. Ко всем группам
14. Женская консультация - это лечебное учреждение по оказанию:
1. Амбулаторной помощи больным
  2. Стационарной помощи беременным женщинам
  3. Стационарной помощи гинекологическим больным
  4. Амбулаторной помощи женщинам
  5. +Амбулаторной акушерско-гинекологической помощи женскому населению
15. Какие связки обеспечивают наклонение матки кпереди:
1. Кардинальные
  2. Собственные связки яичника
  3. Воронко-тазовые
  4. Крестцово-маточные
  5. +Круглые
16. Какие связки притягивают матку кзади:
1. Кардинальные
  2. Собственные связки яичника
  3. Воронко-тазовые
  4. +Крестцово-маточные

5. Круглые
17. Какие связки способствуют удержанию матки в срединном положении:
  1. Кардинальные, круглые
  2. Собственные связки яичников, круглые
  3. +Воронко-тазовые, собственные связки яичников
  4. Крестцово-маточные, круглые
  5. Круглые, воронко-тазовые
18. Яичниковая артерия является веткой:
  1. Маточной артерии
  2. Внутренней подвздошной артерии
  3. Наружной подвздошной артерии
  4. Общей подвздошной артерии
  5. +Аорты
19. Маточная артерия является веткой:
  1. Аорты
  2. Яичниковой
  3. Общей подвздошной артерии
  4. +Внутренней подвздошной артерии
  5. Наружной подвздошной артерии
20. Влагалищная артерия является веткой:
  1. Аорты
  2. Яичниковой артерии
  3. Общей подвздошной артерии
  4. Внутренней подвздошной артерии
  5. +Маточной артерии
21. Брюшина не покрывает:
  1. Переднюю поверхность матки
  2. Заднюю поверхность матки
  3. Маточные трубы
  4. + Яичники
  5. Мочевой пузырь.
22. У беременной 28 лет, излились околоплодные воды при сроке беременности 20-21 неделя. Беременная должна быть госпитализирована в:
  1. Городской перинатальный центр
  2. Городской родильный дом
  3. +Отделение экстренной гинекологии
  4. Областной родильный дом
  5. Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии.
23. У повторнобеременной 33лет, излились околоплодные воды при сроке беременности 30-31 неделя. Беременная должна быть госпитализирована в:
  1. Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии
  2. Городской родильный дом
  3. Отделение экстренной гинекологии
  4. Областной родильный дом
  5. + Перинатальный центр
24. У повторнобеременной 25 лет, жительницы города, излились околоплодные воды при сроке беременности 38-39 неделя. Беременная должна быть госпитализирована в:
  1. Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии
  2. + Городской родильный дом
  3. Отделение экстренной гинекологии
  4. Областной родильный дом
  5. Городской перинатальный центр
25. Тело матки состоит из следующих слоев:
  1. Эндометрия, серозного, слизистого

2. Эндосальпинкса, миосальпинкса, перисальпинса
  3. Эндоцервикса, миоцервикса, перицервикса
  4. Слизистой, подслизистой, мышечной
  5. + Эндометрия, миометрия, периметрия.
26. Маточная труба имеет следующие отделы:
1. Медиальный, срединный, латеральный,
  2. Ближний, срединный, отдаленный, дальний
  3. +Интерстициальный, истмический, ампулярный, фимбриальный
  4. Передний, задний, верхний, нижний
  5. Центральный, периферический, боковой
27. Укажите на рисунке интерстициальный отдел маточной трубы:
1. +A
  2. B
  3. C
  4. D

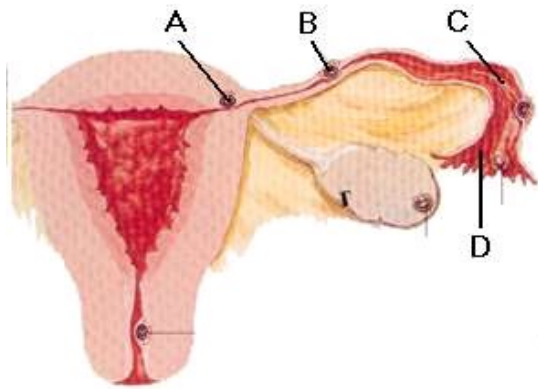


28. Укажите на рисунке истмический отдел маточной трубы:
1. A
  2. +B
  3. C
  4. D



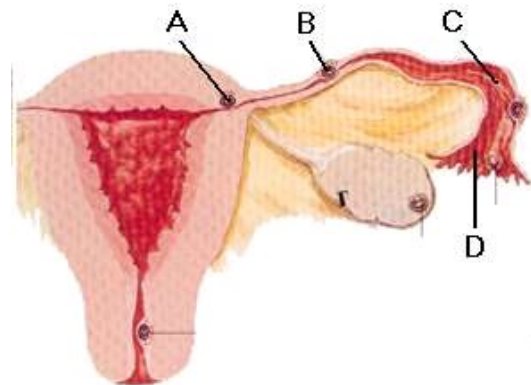
29. Укажите на рисунке ампулярный отдел маточной трубы:

1. A
2. B
3. +C
4. D



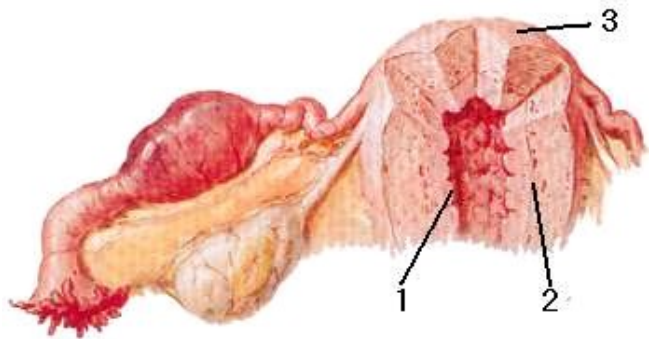
30. Укажите на рисунке фимбриальный отдел маточной трубы:

1. A
2. B
3. C
4. +D



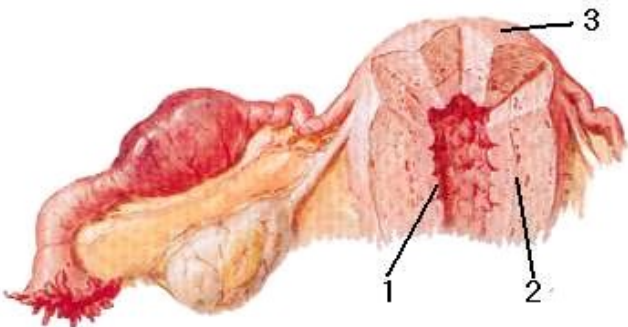
31. Укажите на рисунке эндометрий:

1. +1
2. 2
3. 3.



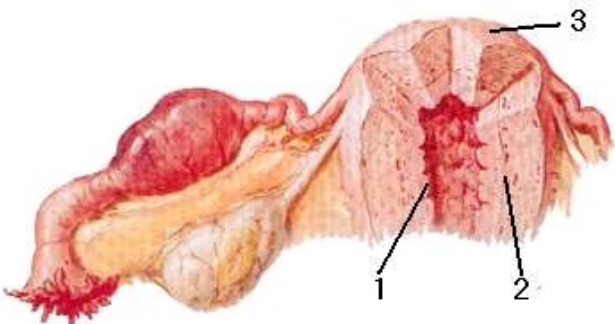
32. Укажите на рисунке миометрий:

1. 1
2. +2
3. 3



33. Укажите на рисунке периметрий:

1. 1
2. 2
3. +3.



34. Каким эпителием в норме покрыто влагалище:

1. Однослойным плоским

2. +Многослойным плоским
  3. Цилиндрическим
  4. Реснитчатым
  5. Атипическим
35. Каким эпителием в норме покрыта влагалищная часть шейки матки:
1. Однослойным плоским
  2. Цилиндрическим
  3. +Многослойным плоским
  4. Реснитчатым
  5. Атипическим
36. Каким эпителием в норме покрыт цервикальный канал шейки матки:
1. + Цилиндрическим
  2. Однослойным плоским
  3. Многослойным плоским
  4. Реснитчатым
  5. Атипическим
37. Каким эпителием в норме покрыта внутренняя поверхность матки:
1. Реснитчатым
  2. Однослойным плоским
  3. Многослойным плоским
  4. + Цилиндрическим
  5. Атипическим.
38. В структуре перинатальной смертности различают:
1. + Антенатальную, интранатальную, неонатальную
  2. Антенатальную, интранатальную, неонатальную смертность
  3. Антенатальную, интранатальную, младенческую смертность
  4. Интранатальную, раннюю неонатальную, младенческую смертность
  5. Интранатальную, раннюю неонатальную, неонатальную смертность
39. Минимальный интергенетический интервал между родами должен быть не менее:
1. 0,5 года
  2. 1 год
  3. 1,5 года
  4. + 2 года
  5. 3 года
40. Понятие «перинатальная смертность» означает:
1. Смертность детей в течение первого месяца жизни
  2. Мертворождаемость
  3. + Мертворождаемость + смертность детей в течение первых 7 дней жизни
  4. Мертворождаемость + смертность детей в течение 1 месяца жизни
  5. Мертворождаемость + смертность детей в течение 1 года жизни
41. Понятие «мертворождаемость» объединяет:
1. Смертность детей в течение первых 7 дней жизни
  2. Смертность детей в течение первого месяца жизни
  3. Интранатальную и раннюю неонатальную
  4. Антенатальную и раннюю неонатальную
  5. + Антенатальную и интранатальную смертность
42. Наибольший удельный вес в структуре перинатальной смертности, как правило, имеет:
1. +Антенатальная смертность
  2. Интранатальная смертность
  3. Ранняя неонатальная смертность
  4. Неонатальная смертность
  5. Младенческая

43. Одним из основных критериев живорождения новорожденного является:
1. Масса новорожденного 1000 г и более
  2. Длина новорожденного 35 см и более
  3. + Наличие сердцебиения
  4. Наличие самостоятельного дыхания
  5. Срок беременности 28 недель
44. Осмотр каких специалистов является обязательным при физиологической беременности:
1. Терапевт
  2. +Терапевт, стоматолог
  3. Терапевт, венеролог
  4. Терапевт, лор -врач
  5. Лор-врач, стоматолог
45. При физиологически протекающей беременности осмотр стоматолога должен быть с следующие сроки гестации:
1. В 12 недель и 20 недель
  2. В 12 недель и 36 недель
  3. В 16 недель и 32 недели
  4. При первой явке и 38 недель
  5. + При первой явке.
46. Основной показатель, характеризующий работу женской:
1. Ранний охват беременных врачом наблюдением
  2. Частота преждевременных родов
  3. Своевременная выдача декретного отпуска
  4. +Показатель перинатальной смертности
  5. Частота осмотра терапевтом.
47. Ведение беременных женщин в женской консультации проводится методом:
1. Оказания медицинской помощи при обращении пациенток в женскую консультацию
  2. Профилактических осмотров на предприятиях
  3. Периодических осмотров декретированного контингента
  4. + Диспансерного наблюдения
  5. Патронажа
48. Какому сроку беременности соответствует длина плода 9 см:
1. + 12 неделям
  2. 16 неделям
  3. 20 неделям
  4. 24 неделям
  5. 28 неделям
49. Какому сроку беременности соответствует длина плода 16 см:
1. 12 неделям
  2. + 16 неделям
  3. 20 неделям
  4. 24 неделям
  5. 28 неделям
50. В 22 недели беременности длина плода составляет:
1. 21-22 см
  2. 23-24 см
  3. 25-26 см
  4. +27-28 см
  5. 29-30 см
51. В 22 недели беременности плод имеет массу тела:
1. 300
  2. 400 г
  3. + 500 г
  4. 600 г

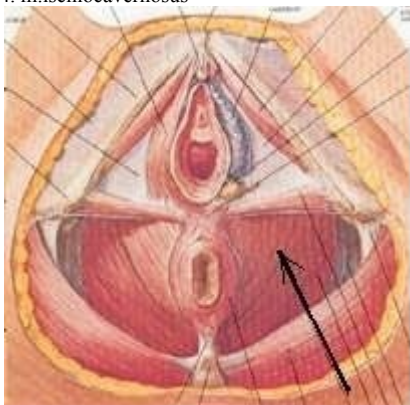


5. 700 г
52. При доношенном сроке беременности длина плода соответствует:
  1. Менее 30 см
  2. 35 см
  3. 40 см
  4. 45 см
  5. + 48 и более см.
53. При доношенном сроке беременности новорожденный имеет массу тела не менее:
  1. 500 г
  2. 1000 г
  3. 1500 г
  4. 2000 г
  5. + 2500 г
54. С целью диагностики синдрома задержки развития плода в женской консультации применяется:
  1. Аускультация плода
  2. Кардиотокография
  3. + Гравидограмма
  4. Определение хорионический гонадотропин человека
  5. Взвешивание беременной.
55. В каком сроке беременности выдается дородовой декретный отпуск?
  1. 28 недель
  2. + 30 недель
  3. 32 недели
  4. 34 недели
  5. 36 недель
56. Какова продолжительность дородового декретного отпуска?
  1. 30 дней
  2. 50 дней
  3. + 70 дней
  4. 100 дней
  5. 130 дней
57. Какова продолжительность послеродового отпуска после физиологических родов?
  1. 30 дней
  2. + 56 дней
  3. 70 дней
  4. 100 дней
  5. 130 дней
58. Какова продолжительность послеродового отпуска после осложненных родов?
  1. 30 дней
  2. 56 дней
  3. +70 дней
  4. 100 дней
  5. 130 дней
59. Какова продолжительность послеродового периода?
  1. 7 дней
  2. 14 дней
  3. 21 день
  4. +42 дня
  5. 49 дней
60. Какова основная цель УЗИ скрининга у беременных:
  1. Уточнение срока беременности
  2. Определение количества околоплодных вод
  3. Определение расположения плаценты

4. +Выявление врожденных пороков развития плода
  5. Уточнение пола плода
61. Назовите широко применяемый метод оценки сердечной деятельности плода:
1. УЗИ
  2. Электрокардиография (ЭКГ)
  3. +Аускультация сердцебиения плода
  4. Фонокардиография (ФКГ)
  5. Кардиотокография.
62. Малый косой размер головки измеряется:
1. От надпереносья до затылочного бугра
  2. От большого родничка до затылочного бугра
  3. От волосистой части лба до подзатылочной ямки
  4. + От переднего угла большого родничка до подзатылочной ямки
  5. Между большим и малым родничком.
63. Средний косой размер головки измеряется:
1. От надпереносья до затылочного бугра
  2. От большого родничка до затылочного бугра
  3. +От волосистой части лба до подзатылочной ямки
  4. От переднего угла большого родничка до подзатылочной ямки
  5. Между большим и малым родничком.
64. Большой косой размер головки измеряется:
1. От надпереносья до затылочного бугра
  2. От большого родничка до затылочного бугра
  3. От волосистой части лба до подзатылочной ямки
  4. От переднего угла большого родничка до подзатылочной ямки
  5. + От подбородка до затылочного бугра.
65. Прямой размер головки измеряется:
1. + От надпереносья до затылочного бугра
  2. От большого родничка до затылочного бугра
  3. От волосистой части лба до подзатылочной ямки
  4. От переднего угла большого родничка до подзатылочной ямки
  5. От подбородка до затылочного бугра.
66. Вертикальный (отвесный) размер головки измеряется:
1. От надпереносья до затылочного бугра
  2. + От середины большого родничка до подъязычной кости
  3. От волосистой части лба до подзатылочной ямки
  4. От переднего угла большого родничка до подзатылочной ямки
  5. От подбородка до затылочного бугра.
67. Малый поперечный размер головки измеряется:
1. От надпереносья до затылочного бугра
  2. От середины большого родничка до подъязычной кости
  3. +Между наиболее отдаленными точками венечного шва
  4. От переднего угла большого родничка до подзатылочной ямки
  5. От подбородка до затылочного бугра.
68. Большой поперечный размер головки измеряется:
1. От надпереносья до затылочного бугра
  2. От середины большого родничка до подъязычной кости
  3. Между наиболее отдаленными точками венечного шва
  4. + Между теменными буграми
  5. От подбородка до затылочного бугра.
69. Чему равен малый косой размер головки плода:
1. 8 см
  2. 8,5 см

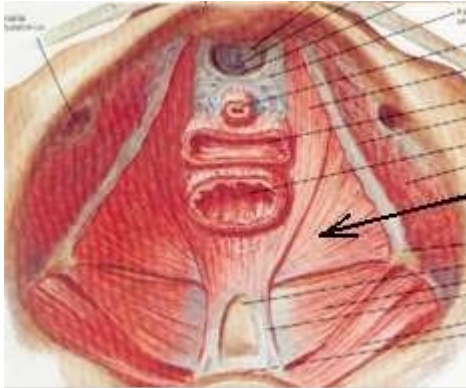
3. 9,0 см
  4. +9,5 см
  5. 10,0 см
70. Чему равен средний кривой размер головки плода:
1. 8 см
  2. 8,5 см
  3. 9,0 см
  4. 9,5 см
  5. + 10,0 см
71. Чему равен большой кривой размер головки плода:
1. 9,0 см
  2. 10,0 см
  3. 11,0 см
  4. 12,0 см
  5. +13,0 см
72. Чему равен прямой размер головки плода:
1. 9,0 см
  2. 10,0 см
  3. 11,0 см
  4. + 12,0 см
  5. 13,0 см
73. Чему равен вертикальный (отвесный) размер головки:
1. 8 см
  2. 8,5 см
  3. 9,0 см
  4. +9,5 см
  5. 10,0 см
74. Чему равен малый поперечный размер головки:
1. + 8 см
  2. 8,5 см
  3. 9,0 см
  4. 9,5 см
  5. 10,0 см
75. Чему равен большой поперечный размер головки:
1. 8 см
  2. 8,5 см
  3. +9,0 см
  4. 9,5 см
  5. 10,0 см
76. Малому кривому размеру головки соответствует следующая ее окружность:
1. 30 см
  2. +32 см
  3. 40 см
  4. 45 см
  5. 50 см
77. Среднему кривому размеру головки соответствует следующая ее окружность:
1. 30 см
  2. +33 см
  3. 40 см
  4. 45 см
  5. 50 см
78. Большому кривому размеру головки соответствует следующая ее окружность:
1. 30 см

2. 33 см
  3. +40 см
  4. 45 см
  5. 50 см
79. Прямому размеру головки соответствует следующая ее окружность:
1. 30 см
  2. +34 см
  3. 40 см
  4. 45 см
  5. 50 см
80. Вертикальному размеру головки соответствует следующая ее окружность:
1. +33 см
  2. 34 см
  3. 40 см
  4. 45 см
  5. 50 см
81. Поперечный размер плечиков доношенного новорожденного составляет:
1. 9,0 см
  2. 10, 0 см
  3. 11,0 см
  4. +12,0 см
  5. 13,0 см
82. Как часто беременная с физиологическим течением гестации должна посещать женскую консультацию согласно стандартам, утвержденными Министерством здравоохранения Республики Казахстан:
1. 3-4 раза
  2. +5-6 раз
  3. 7-8 раз
  4. 9-10 раз
  5. 11-12 раз.
83. Какая мышца представлена на данном рисунке:
1. m. gluteus maximus
  2. m. sphincter ani externus
  3. + m. levator ani
  4. m. ischiocavernosus



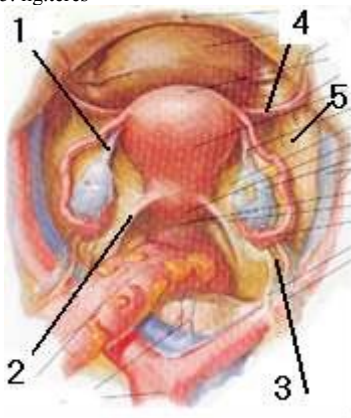
84. Какая мышца представлена на данном рисунке:
1. m. gluteus maximus
  2. m. sphincter ani externus

- 3. + m. levator ani
- 4. m. ischiocavernosus



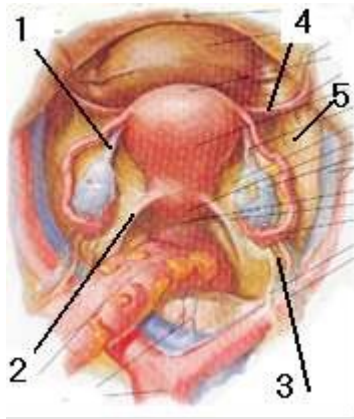
85. Какая связка обозначена цифрой 1 на данном рисунке:

- 1. lig. latum
- 2. + lig. ovarii proprium
- 3. lig. sacrouterinum
- 4. lig. infundibulopelvicum
- 5. lig. teres



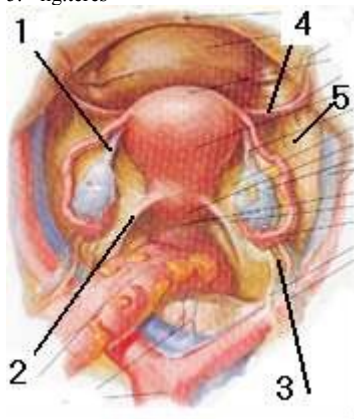
86. Какая связка обозначена цифрой 2 на данном рисунке:

- 1. lig. latum
- 2. lig. ovarii proprium
- 3. + lig. sacrouterinum
- 4. lig. infundibulopelvicum
- 5. lig. teres



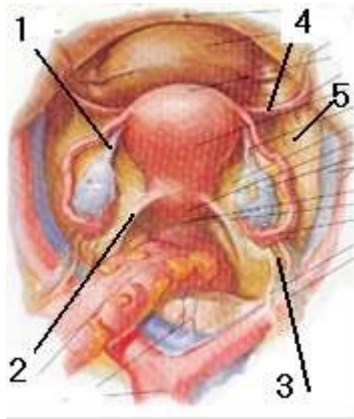
87. Какая связка обозначена цифрой 4 на данном рисунке:

1. lig. latum
2. lig. ovarii proprium
3. lig. sacrouterinum
4. lig. infundibulopelvicum
5. +lig. teres



88. Какая связка обозначена цифрой 5 на данном рисунке:

1. + lig. latum
2. lig. ovarii proprium
3. lig. sacrouterinum
4. lig. infundibulopelvicum
5. lig. teres



89. Лечебно-диагностический эффект комбинированных эстроген-гестагенных препаратов при гиперандрогении яичникового генеза обусловлен :
1. Стимуляцией функции яичников
  2. Угнетением функции надпочечников
  3. Угнетением функции АКТГ
  4. Ускорением продукции андрогенов
  5. +Угнетением продукции ФСГ и ЛГ
90. К барьерным методам контрацепции относятся:
1. +Диафрагмы, шеечные колпачки, губки, презервативы
  2. Кремы, желе, свечи, вагинальные таблетки, пленки, пена
  3. ВМС
  4. Календарный, температурный, цервикальный
  5. Прерванное половое сношение
91. К спермицидам относятся:
1. Диафрагмы, шеечные колпачки, губки, презервативы
  2. +Кремы, желе, свечи, вагинальные таблетки, пленки, пена
  3. ВМС
  4. Календарный, температурный, цервикальный
  5. Прерванное половое сношение
92. К ритмическим методам контрацепции относятся:
1. Диафрагмы, желе, свечи, вагинальные таблетки, пленки, пена
  2. Кремы, желе, свечи, вагинальные таблетки, пленки, пена
  3. ВМС
  4. +Календарный, температурный, цервикальный (метод Биллинга)
  5. Прерванное половое сношение
93. К гормональным методам контрацепции относятся:
1. Диафрагмы, шеечные колпачки, губки, презервативы
  2. Кремы, желе, свечи, вагинальные таблетки, пленки, пена
  3. ВМС
  4. Календарный, температурный, цервикальный
  5. +Левоноргестрел-содержащая ВМС
94. Механизм контрацептивного действия барьерных методов:
1. Разрушение сперматозоидов в течение нескольких секунд
  2. +Предотвращение проникновения сперматозоидов через канал шейки матки в верхние отделы репродуктивной системы

3. Спермато- и овоцитоксическое действие меди, усиление тонуса миометрия и маточных труб, асептическое воспаление и ферментные нарушения в эндометрии
  4. Подавление овуляции, изменение характера цервикальной слизи и эндометрия
  5. Предотвращение попадания спермы во влагалище
95. Механизм контрацептивного действия спермицидов:
1. +Разрушение сперматозоидов в течение нескольких секунд
  2. Предотвращение проникновения сперматозоидов через канал шейки матки в верхние отделы репродуктивной системы
  3. Спермато – и овоцитоксическое действие меди, усиление тонуса миометрия и маточных труб, асептическое воспаление и ферментные нарушения в эндометрии
  4. Подавление овуляции, изменение характера цервикальной слизи и эндометрия
  5. Предотвращение попадания спермы во влагалище
96. Механизм контрацептивного действия прерванного полового сношения:
1. Разрушение сперматозоидов в течение нескольких секунд
  2. Предотвращение проникновения сперматозоидов через канал шейки матки в верхние отделы репродуктивной системы
  3. Спермато – и овоцитоксическое действие меди, усиление тонуса миометрия и маточных труб, асептическое воспаление и ферментные нарушения в эндометрии
  4. Подавление овуляции, изменение характера цервикальной слизи и эндометрия
  5. +Предотвращение попадания спермы во влагалище
97. Механизм контрацептивного действия ВМС:
1. Разрушение сперматозоидов в течение нескольких секунд
  2. Предотвращение проникновения сперматозоидов через канал шейки матки в верхние отделы репродуктивной системы
  3. +Спермато – и овоцитоксическое действие меди, усиление тонуса миометрия и маточных труб, асептическое воспаление и ферментные нарушения в эндометрии
  4. Подавление овуляции, изменение характера цервикальной слизи и эндометрия
  5. Предотвращение попадания спермы во влагалище
98. Механизм гормональной контрацепции:
1. Разрушение сперматозоидов в течение нескольких секунд
  2. Предотвращение проникновения сперматозоидов через канал шейки матки в верхние отделы репродуктивной системы
  3. Спермато – и овоцитоксическое действие меди, усиление тонуса миометрия и маточных труб, асептическое воспаление и ферментные нарушения в эндометрии
  4. +Подавление овуляции, изменение характера цервикальной слизи и эндометрия
  5. Предотвращение попадания спермы во влагалище
99. Механизм действия ритмического метода контрацепции:
1. Разрушение сперматозоидов в течение нескольких секунд
  2. Предотвращение проникновения сперматозоидов через канал шейки матки в верхние отделы репродуктивной системы
  3. Спермато – и овоцитоксическое действие меди, усиление тонуса миометрия и маточных труб, асептическое воспаление и ферментные нарушения в эндометрии
  4. Подавление овуляции, изменение характера цервикальной слизи и эндометрия; контрацепция в «фертильные» дни
  5. +Исключение полового контакта или использование дополнительных мер контрацепции в «фертильные» дни
100. Первородящая 35 лет, жительница районного центра, страдала первичным бесплодием в течение 10 лет, данная беременность наступила после ЭКО.  
Куда следует направить ее на родоразрешения в:
1. +Областной перинатальный центр
  2. Центральную районную больницу
  3. Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии
  4. Городской родильный дом
  5. Городской перинатальный центр.
101. Раннее выявление и профилактика рака половых органов у женщин  
Осуществляется при:
1. Обращении женщин в ЖК
  2. Обращении женщин в гинекологическое отделение
  3. +Профилактических осмотрах
  4. Диспансеризации беременных



5. Обращении женщин в санатории
102. Предварительные профилактические осмотры проводятся при:
  1. +Трудоустройстве
  2. Увольнении с работы
  3. Направлении на санаторно-курортное лечение
  4. Направлении на стационарное лечение
  5. Смене места жительства
103. На одном акушерско-гинекологическом участке проживает (человек):
  1. 100-200
  2. 1000-2000
  3. +3000-5000
  4. 4000 -6000
  5. 5000-7000
104. Учетная форма (УФ) смотрового кабинета:
  1. Индивидуальная карта беременной (УФ № 111)
  2. Карта диспансерного наблюдения (УФ №30)
  3. +Медицинская карта амбулаторного больного (УФ №25)
  4. История родов (УФ №113)
  5. Обменная карта (УФ №15)
105. Обязательным методом обследования женщин при профосмотрах является:
  1. +Онкоцитологическое исследование мазков
  2. Обзорная рентгенография брюшной полости
  3. УЗИ органов малого таза
  4. Гистероскопия
  5. Общий анализ крови
106. У повторнوبرеменной жительницы города, 32 лет при сроке беременности 30 недель начались схватки. В анамнезе 2 самопроизвольных выкидыша. Куда следует направить ее на родоразрешения в:
  1. +Городской перинатальный центр
  2. Городской родильный дом
  3. Центральную районную больницу
  4. Областной перинатальный центр
  5. Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии
107. Вид первоначального лабораторного исследования женщин с целью диагностики Предрака и рака шейки матки:
  1. +Цитологическое исследование отделяемого из шейки матки
  2. Расширенная кольпоскопия
  3. Прицельная или конусовидная биопсия.
  4. Гормональное обследование
  5. Соскоб слизистой оболочки канала шейки матки и эндометрия
108. Основная цель профилактических осмотров у женщин:
  1. Выявление пороков развития половых органов
  2. Ранняя диагностика нарушений менструального цикла
  3. +Ранняя диагностика рака шейки матки
  4. Ранняя диагностика хронических заболеваний гениталий
  5. Диагностика беременности
109. В составе поликлиник для раннего выявления онкозаболеваний женских половых органов имеется:
  1. Эндоскопический кабинет
  2. Клиническая лаборатория
  3. Рентгенологический кабинет
  4. Отделение функциональной диагностики
  5. +Смотровой кабинет
111. К I-ой группе диспансерного наблюдения относятся женщины:
  1. Перенесшие гинекологические заболевания без расстройств специфических функций
  2. +Нуждающиеся только в профилактических осмотрах

3. Впервые заболевшие женщины с временной потерей трудоспособности и нарушением специфических функций, благоприятным прогнозом
  4. С частыми рецидивами хронических заболеваний половых органов, нарушением специфических функций и потерей трудоспособности
  5. Со стойкой потерей трудоспособности
112. Ко 2-ой группе диспансерного наблюдения относятся женщины :
1. Впервые заболевшие, с временными потерей трудоспособности, нарушением специфических функций и благоприятным прогнозом
  2. Нуждающиеся только в профилактических осмотрах
  3. +Перенесшие гинекологические заболевания без расстройств специфических функций
  4. С частыми рецидивами хронических заболеваний половых органов, нарушением специфических функций и потерей трудоспособности
  5. Со стойкой потерей трудоспособности
113. К 3-ей группе диспансерного наблюдения относятся женщины :
1. +Впервые заболевшие, с временными потерей трудоспособности, нарушением специфических функций и благоприятным прогнозом
  2. Нуждающиеся только в профилактических осмотрах
  3. Перенесшие гинекологические заболевания без расстройств специфических функций
  4. С частыми рецидивами хронических заболеваний половых органов, нарушением специфических функций и потерей трудоспособности
  5. Со стойкой потерей трудоспособности
114. К 4-ой группе диспансерного наблюдения относятся женщины:
1. Перенесшие гинекологические заболевания без расстройств специфических функций
  2. Нуждающиеся только в профилактических осмотрах
  3. Впервые заболевшие, с временными потерей трудоспособности, нарушением специфических функций и благоприятным прогнозом
  4. +С частыми рецидивами хронических заболеваний половых органов, нарушением специфических функций и потерей трудоспособности
  5. Со стойкой потерей трудоспособности
115. К 5-ой группе диспансерного наблюдения относятся женщины:
1. Перенесшие гинекологические заболевания без расстройств специфических функций
  2. Нуждающиеся только в профилактических осмотрах
  3. Впервые заболевшие, с временными потерей трудоспособности, нарушением специфических функций и благоприятным прогнозом
  4. С частыми рецидивами хронических заболеваний половых органов, нарушением специфических функций и потерей трудоспособности
  5. +Со стойкой потерей трудоспособности
116. При профилактическом осмотре у женщины 45 лет обнаружили миому матки размером 8-9 недель беременности. Жалоб и клинических проявлений нет. Взята на диспансерный учет. Какова частота наблюдения:
1. 1 раз в месяц
  2. 1 раз в 2 месяца
  3. +1 раз в 3 месяца
  4. 1 раз в 6 месяцев
  5. 1 раз в год
117. При профилактическом осмотре у больной 28 лет диагностирована псевдоэрозия шейки матки. Жалоб нет. Метод лечения:
1. Оформить форму N025 и N030
  2. Осмотр 4 раза в год
  3. Консервативное лечение мазевыми тампонами
  4. +Диатермоэлектрокоагуляция
  5. Осмотр 2 раза в год
118. В мире в структуре материнской смертности первое место занимает:
1. Гипертензия, вызванная беременностью
  2. Экстрагенитальная патология
  3. +Послеродовое кровотечение
  4. Послеродовый сепсис
  5. Разрыв матки
119. Первое место в структуре ранней неонатальной смертности в мире занимает:
1. Родовая травма
  2. Врожденные пороки развития
  3. Инфекция
  4. Незрелость легких
  5. +Асфиксия
120. В Республики Казахстан критерием живорождения новорожденного является срок беременности:

1. 20 недель
  2. +22 недели
  3. 28 недель
  4. 32 недель
  5. 39-40 недель
121. При физиологически протекающей беременности осмотр терапевта должен быть в следующие сроки гестации:
1. В 12 недель и 20 недель
  2. В 12 недель и 30 недель
  3. При первой явке и 36 недель
  4. В 16 недель и 32 недели
  5. +При первой явке и 30 недель
122. Медицинский документ, по которому можно проконтролировать течение беременности:
1. Статистический талон уточненного диагноза
  2. Выписка из стационара
  3. +Индивидуальная карта беременной
  4. Журнал госпитализации
  5. Журнал регистрации первой явки в женскую консультацию
126. Продолжительность послеродового декретного отпуска после осложненных родов:
1. 30 дней
  2. 56 дней
  3. +70 дней
  4. 100 дней
  5. 130 дней
129. У повторнобеременной, первородящей жительницы города при сроке беременности 38 недель начались схватки. Соматически здорова, в анамнезе один самопроизвольный выкидыш. Куда следует направить ее на родоразрешение в:
1. Городской перинатальный центр
  2. +Городской родильный дом
  3. Центральную районную больницу
  4. Областной перинатальный центр
  5. Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии
130. Одним из главных преимуществ совместного пребывания матери и ребенка является:
1. Освобождение медицинского персонала
  2. +Быстрая адаптация новорожденного
  3. Снижение затрат родильного дома
  4. Овладение матерью навыками ухода за новорожденным
  5. Возникновение чувства материнства
132. У повторнобеременной, 33 лет, излились околоплодные воды при сроке беременности 30-31 неделя. Беременная должна быть госпитализирована в:
1. Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии
  2. Городской родильный дом
  3. Отделение экстренной гинекологии
  4. Областной родильный дом
  5. +Перинатальный центр
134. У беременной при сроке 9-10 недель диагностирована острая пневмония. В какое отделение необходимо ее направить:
1. +Терапевтическое отделение
  2. Отделение патологии беременных
  3. Перинатальный центр
  4. Гинекологическое отделение
  5. Дневной стационар
135. В кабинет планирования семьи обратилась пациентка, 25 лет, с просьбой подобрать надежный метод контрацепции. Соматически здорова. В анамнезе 2 медицинских аборта. Не замужем, часто меняет половых партнеров. Какой метод контрацепции рекомендуете:
1. КОК и презерватив при подозрении, что партнер болен ИППП

2. +КОК и презерватив при каждом половом контакте
  3. Прерванный половой акт
  4. Презерватив и использование спермицидов
  5. ВМС и презерватив при каждом половом контакте
136. Какие гормональные контрацептивы применяются для экстренной контрацепции по методу Юзпе:
1. +Монофазные коки
  2. Микродизированные коки
  3. Инъекционные
  4. Трансдермальные
  5. Вагинальные
137. Комбинированные оральные контрацептивы по концентрации эстрогенов классифицируются:
1. Монофазные, двухфазные, трехфазные
  2. Оральные, парентеральные
  3. +Низкодозированные, высокодозированные
  4. Микродизированные, среднедозированные
  5. Трансдермальные, вагинальные
138. Комбинированные оральные контрацептивы от способа применения классифицируются:
1. Монофазные, двухфазные, трехфазные
  2. +Оральные, трансдермальные, парентеральные
  3. Низкодозированные, высокодозированные
  4. Микродизированные, среднедозированные
  5. Докоитальные, посткоитальные, постгравидарные
140. Противопоказанием для назначения эстроген-гестогенных контрацептивов является:
1. Эрозия шейки матки
  2. Предменструальный синдром
  3. Нарушение менструального цикла
  4. +Заболевания печени
  5. Заболевания ЖКТ
141. Перечислите главное достоинство презервативов:
1. Немедленная эффективность
  2. Отсутствие системных побочных эффектов
  3. Низкая стоимость
  4. 100% надежность
  5. +Защита от инфекций, передающихся половым путем
142. Наиболее типичным побочным эффектом комбинированных оральных контрацептивов является:
1. Желтуха и нарушение зрения
  2. +Болезненность молочных желез
  3. Сильные боли в груди и одышка
  4. Нарушение менструального цикла
  5. Опсоменорея
143. Противопоказанием для введения ВМС "Мирена" является:
1. Аденомиоз 1-2 ст
  2. +Деформация полости матки
  3. Гепатит в анамнезе
  4. Гипертоническая болезнь II. Б стадии
  5. Тромбофлебит вен нижних конечностей
145. Матка и маточные трубы образуются из:
1. +Парамезонефральных (мюллеровых) протоков
  2. Мезонефральных (вольфовых) протоков
  3. Первичной почки
  4. Урогенитального синуса

5. Полового бугорка
146. Нижние 2/3 влагалища образуются из:
  1. Парамезонефальных (миллеровых) протоков
  2. Мезонефральных (вольфовых) протоков
  3. Первичной почки
  4. +Урогенитального синуса
  5. Полового бугорка
147. Дифференцировка наружных половых органов у плода происходит при сроке беременности:
  1. +13-20 недель
  2. 21-28 недель
  3. 29-34 недели
  4. 35-38 недель
  5. 39-40 недель
148. В гравидограмме отмечают:
  1. +Высоту стояния дна матки и срок беременности в неделях
  2. Окружность живота и срок беременности в неделях
  3. Поперечник матки и срок беременности в неделях
  4. Высоту стояния дна матки
  5. Бипариетальный размер головки плода
149. Способ защиты сексуально активных людей от заражения ВИЧ/СПИДом:
  1. Презерватив при подозрении, что партнер болен СПИДом
  2. +Презерватив при каждом половом контакте
  3. Смена партнеров не чаще, чем один раз в месяц
  4. Наличие не более двух партнеров
  5. Использование спермицидов
151. Необратимым методом контрацепции является:
  1. Чистые гестагены
  2. Внутриматочная спираль
  3. Комбинированные оральные контрацептивы
  4. + Добровольная хирургическая стерилизация
  5. Метод лактационной аменореи
152. Одним из недостатков при использовании спермицидов является:
  1. + Зуд или жжение во влагалище
  2. Диспепсические явления
  3. Влияние на грудное вскармливание
  4. Необходимость вагинального осмотра
  5. Влияние на менструальный цикл
153. Комбинированные оральные контрацептивы по вариации содержания гормонов в каждой таблетке классифицируются:
  1. + Монофазные, двухфазные, трехфазные
  2. Оральные, трансдермальные, парентеральные
  3. Низкодозированные, высокодозированные
  4. Микродозированные, среднедозированные
  5. Докоитальные, посткоитальные, постгравидарные
155. Комбинированные оральные контрацептивы по времени приема классифицируются:
  1. Монофазные, двухфазные, трехфазные
  2. Оральные, трансдермальные, парентеральные
  3. Низкодозированные, высокодозированные
  4. Микродозированные, среднедозированные
  5. +Докоитальные, посткоитальные, постгравидарные
157. Назовите основные механизмы действия комбинированных оральных контрацептивов:
  1. Стимуляция овуляции
  2. Разжижение цервикальной слизи

3. + Подавление овуляции
  4. Повышение сократительной активности маточных труб
  5. Нарушение имплантации яйцеклетки
158. Абсолютным противопоказанием к введению внутриматочной спирали является:
1. + Острое воспаление придатков матки
  2. 2 степень чистоты влагалищного мазка
  3. Седловидная матка
  4. Нерожавшие женщины
  5. Эндометриоз
159. ВМС является оптимальным контрацептивным средством для следующей категории женщин:
1. + Рожавших
  2. Не имеющих постоянного партнера
  3. Страдающие воспалительными заболеваниями гениталий
  4. Имеющих недавнее зппп
  5. С внематочной беременностью в анамнезе
160. Перечислите главное достоинство презервативов:
1. Немедленная эффективность
  2. Отсутствие системных побочных эффектов
  3. Низкая стоимость
  4. 100% надежность
  5. + Защита от инфекций, передающихся половым путем
162. Дифференциальная диагностика полного и неполного предлежания плаценты основана на:
1. + Данных УЗИ
  2. Объеме наружной кровопотери
  3. Степени выраженности болевого синдрома
  4. Степени выраженности признаков анемии
  5. Оценке состояния плода
163. Цель скрининговое УЗИ беременных во втором триместре – это диагностика:
1. Пороков развития матки
  2. + Пороков развития плода
  3. Многоплодия
  4. Многоводия
  5. Патологии пуповины
164. Противопоказанием для введения внутриматочного контрацептива является:
1. Ожирение III степени
  2. + Маточное кровотечение неясного генеза
  3. Гепатит в анамнезе
  4. Гипертоническая болезнь II Б стадии
  5. Тромбофлебит вен нижних конечностей
165. Перечислите какие отделы маточной трубы вы знаете:
1. Медиальный, латеральный
  2. + Интерстициальный, истмический, ампулярный
  3. Истмический, ампулярный
  4. Маточный, трубный, шеечный
  5. Дистальный, проксимальный
166. В стенке маточной трубы различают следующие слои
1. Слизистый, подслизистый, мышечный
  2. Слизистый, жировой, мышечный
  3. + Слизистый, мышечный, серозный
  4. Эпителиальный, мышечный, серозный
  5. Эндометрий, миометрий, серозный
167. В каком отделе генитального тракта происходит оплодотворение:

1. Во влагалище
  2. + В маточной трубе
  3. В полости матки
  4. В цервикальном канале
  5. В преддверье влагалища
168. Для физиологической беременности НЕ характерно
1. Учащение числа сердечных сокращений
  2. Увеличение минутного объема крови
  3. Увеличение сердечного выброса
  4. Снижение среднего артериального давления
  5. +Увеличение общего периферического сосудистого сопротивления
169. Признаком готовности фетоплацентарной системы к родам является:
1. +Увеличение секреции кортизола надпочечниками плода
  2. Увеличение секреции тиреотропного гормона у плода
  3. Уменьшение секреции прогестерона
  4. Увеличение секреции гистамина
  5. Снижение секреции кортизола надпочечниками плода
170. При физиологической беременности в пищеварительной системе беременной наблюдается:
1. Снижение секреторной функции желудка
  2. +Увеличение секреторной функции печени
  3. Снижение секреции слюны
  4. Увеличение секреторной функции желудка
  5. Снижение секреторной функции печени
171. Наиболее частое осложнение течения беременности при хронической гипертонии:
1. Самопроизвольные выкидыши
  2. Преждевременные роды
  3. Перенашивание беременности
  4. +Преэклампсия
  5. Многоводие
172. Первым критическим периодом развития плода является:
1. +Предимплантационная стадия и имплантация
  2. Оплодотворение
  3. Развитие осевых зачатков
  4. Плацентация
  5. Органогенез
173. Вторым критическим периодом является:
1. Оплодотворение
  2. Имплантация
  3. +Развитие зачатков органов и систем, формирование плаценты
  4. Плацентация
  5. Органогенез
174. Воздействие вредных факторов на плод в первый критический период развития плода приводит к:
1. Порокам развития плода
  2. +Эмбриотоксическому эффекту
  3. Первичной плацентарной недостаточности
  4. Вторичной плацентарной недостаточности
  5. Задержке внутриутробного развития плода
175. Воздействие вредных факторов на плод во второй критический период развития плода приводит к:
1. -Порокам развития плода

2. Эмбриотоксическому эффекту
  3. Первичной плацентарной недостаточности
  4. Вторичной плацентарной недостаточности
  5. Многоводию
176. Бластопатия - это заболевание эмбриона, развившееся в период:
1. Оплодотворение
  2. +Имплантация
  3. Развития осевых зачатков
  4. Плацентация
  5. Органогенез
177. Эмбриопатия - это заболевание плода, развившееся в сроки:
1. +До 10-11 недель
  2. 16-17 недель
  3. 20-22 недели
  4. 26-27 недель
  5. 30-32 недели
178. Фактором, НЕ влияющим на появление отеков у беременной, является:
1. Повышение венозного давления нижних конечностей
  2. Сдавление вен матки нижней полой веной
  3. Задержка солей натрия в организме
  4. Задержка солей калия в организме
  5. +Паритет родов
179. У беременной Н., 35 лет, при обследовании в женской консультации в сроке гестации 6 недель установлен диагноз хронической гипертензии. Укажите характерное гестационное осложнение:
1. Ранний токсикоз
  2. +Преэклампсия
  3. Анемия
  4. Угроза прерывания беременности
  5. Предлежание плаценты
180. С какого срока беременности начинается повышение ОЦК:
1. + 10 недель
  2. С 15 недель
  3. С 18 недель
  4. С 20 недель
  5. С 26 недель
181. Наибольшее повышение объема циркулирующей крови наблюдается в сроки беременности:
1. 10-12 недель
  2. 16-18 недель
  3. 20-24 недели
  4. +26-32 недели
  5. 36-40 недель
182. Объем плазмы при беременности повышается на:
1. 10%
  2. 20%
  3. 30%
  4. 40%
  5. +50%
183. Объем эритроцитов при беременности повышается на:
1. 11%
  2. 12%
  3. +18%
  4. 24%



5. 50%
184. Беременная 23 лет с сахарным диабетом легкой степени обратилась в ЖК. Тактика врача:
1. Ведение беременности как при физиологическом течении
  2. Прерывание беременности по медицинским показаниям
  3. Пролонгирование беременности под контролем гликемии
  4. Пролонгирование беременности на фоне приема оральных антидиабетических препаратов
  5. +Госпитализировать в эндокринологическое отделение для обследования и решения вопроса вынашивания беременности
185. В женскую консультацию обратилась беременная при сроке 8-9 недель, в анамнезе 2 родов рождением плодов массой 4500,0 -5000,0 гр. Сопутствующие заболевания отрицает. При обследовании уровень сахара на голодный желудок соответствует 6,6ммоль, в суточной моче - сахар. Ваш диагноз:
1. Беременность 8-9 недель, преддиабет
  2. +Беременность 8-9 недель, гестационный диабет
  3. Беременность 8-9 недель, диабет 1 стадии
  4. Беременность 8-9 недель, диабет 2 стадии
  5. Беременность 8-9 недель, группа риска по развитию сахарного диабета
186. Для диффузно-токсического зоба НЕ характерно:
1. Симптомы тиреотоксикоза
  2. Развитие зоба
  3. Эндокринная офтальмопатия
  4. Высокая возбудимость
  5. +Психические изменения
187. Противопоказание к искусственной вентиляции легких при гипертонических состояниях:
1. Экламптический статус
  2. Острая дыхательная недостаточность
  3. Почечно-печеночная недостаточность
  4. Острая сердечная недостаточность
  5. +Высокое артериальное давление
188. Потребность в препаратах железа повышается в сроки беременности:
1. 10-12 недель
  2. 12-15 недель
  3. +16-20 недель
  4. 22-24 недели
  5. 25-32 недели
189. Основной клинический симптом при холестатическом гепатозе:
1. Отсутствие аппетита
  2. Тошнота
  3. +Кожный зуд
  4. Диспепсические изменения
  5. Болезненность в области правого подреберья
190. При следующей сердечной патологии беременность можно сохранить:
1. +Митральный порок без нарушения гемодинамики
  2. Стеноз митрального клапана с нарушением гемодинамики
  3. Аортальный порок без нарушения гемодинамики
  4. Аортальный порок с мерцательной аритмией
  5. Декомпенсированный порок сердца
191. Для гипертонии, связанной с беременностью, характерно повышение среднего артериального давления ( по сравнению с рабочим давлением) на:
1. 5 мм. рт. ст.
  2. 10 мм. рт. ст.
  3. +15 мм. рт. ст.
  4. 20 мм.рт. ст.
  5. 25 мм.рт. ст.
192. Укажите формулу среднего артериального давления, показывающую периферическое сосудистое сопротивление (САД – систолическое АД, ДАД – диастолическое АД):

1. +(САД+2ДАД)/3
  2. (САД+ДАД)/2
  3. (2САД+2ДАД)/3
  4. (САД+2ДАД)/2
  5. (2САД+ДАД)/3
193. В женской консультации на учете состоит беременная с гипертонической болезнью. Какие осложнения наиболее вероятны в течение беременности:
1. Самопроизвольный выкидыш
  2. Преждевременные роды
  3. +Развитие преэклампсии
  4. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
  5. Кровоизлияние в мозг
194. Жалобы беременной, поступившей в отделение патологии, на повышение температуры до 37,70 С, боли в области поясницы и внизу живота, боли при мочеиспускании. Срок беременности 22-23 недели. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза:
1. Биохимический анализ крови
  2. Общий анализ крови
  3. Рентгенография органов брюшной полости
  4. + Бактериологический анализ мочи
  5. Бактериоскопический анализ влагалищного содержимого
195. Самое частое осложнение гломерулонефрита:
1. +Развитие преэклампсии
  2. Острая почечная недостаточность
  3. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
  4. Преждевременные роды
  5. Гипоксия и гипотрофия плода
196. При каких почечных заболеваниях показано прерывание беременности:
1. Гестационный пиелонефрит
  2. Хронический пиелонефрит
  3. +Азотемия или пиелонефрит с гипертензией
  4. Латентный пиелонефрит
  5. Латентный гломерулонефрит
197. Роды у беременных с вирусным гепатитом, открытой формой туберкулеза или острой дизентерией должны быть приняты:
1. В специализированном акушерском стационаре
  2. +В специализированном боксе родильного дома
  3. В специализированном боксе инфекционной больницы
  4. В наблюдательном отделении родильного дома
  5. В многопрофильном стационаре
198. Если в 10 недель беременности отмечается повышение АД, какие осложнения можно ожидать во II половине беременности:
1. +Преэклампсия
  2. Ранний токсикоз
  3. Многоводие
  4. Преждевременные роды
  5. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
199. Ревматизм чаще всего порождает:
1. +Митральные клапаны сердца
  2. Клапаны аорты
  3. Трехстворчатые клапаны
  4. Клапаны легочной артерии
  5. Все клапаны сердца
200. В каком сроке беременности наиболее часто происходит обострение ревматического процесса:
1. 7-12 недель
  2. +14-16 недель
  3. 20-32 недели
  4. 32-38 недель

5. 38-39 недель
201. Укажите врожденный порок сердца, при котором беременность пролонгируют:
  1. Тетрадо Фалло
  2. Комплекс Эйзенменгера
  3. Каорктация аорты
  4. +Дефект межпредсердной перегородки
  5. Рестеноз с нарушением кровообращения
202. Когда чаще всего при сердечной патологии развивается отек легкого:
  1. В I-ой половине беременности
  2. Во II-ой половине беременности
  3. В I-ом периоде родов
  4. + Во II-ом периоде родов и в раннем послеродовом периоде
  5. В III – ем периоде родов
203. Беременная в сроке 26-27 недель заболела острым бронхитом. Выберите антибиотики для этиотропного лечения:
  1. + Цефалоспорины
  2. Сульфаниламиды
  3. Фторхинолоны
  4. Макролиды
  5. Тетрациклин
204. Редкое осложнение пиелонефрита во время беременности:
  1. Невынашивание беременности
  2. Внутритрубная гипоксия плода
  3. Внутритрубная задержка развития плода
  4. Преэклампсия
  5. +Почечная недостаточность
205. При какой форме гломерулонефрита показано прерывание беременности:
  1. Остром гломерулонефрите
  2. + При азотемии и почечной недостаточности
  3. Нефротической форме хронического гломерулонефрита
  4. Латентной хронического гломерулонефрита
  5. Гипертонической хронического гломерулонефрита
206. Клиническая симптоматика, НЕ характерная для гипергликемической комы:
  1. +Полиурия
  2. Снижение кожного тургора
  3. Отеки
  4. Снижение АД
  5. Шумное дыхание, коллапс
207. НЕ характерное осложнение в I и II периодах родов при сахарном диабете:
  1. Дистоция плечиков
  2. Клинический узкий таз
  3. Преждевременное излитие околоплодных вод
  4. Слабость родовой деятельности
  5. +Кровотечение
208. Когда разрешается кормление грудью роженицы с пороком сердца:
  1. Сразу при рождении
  2. На 1 сутки
  3. На 2 сутки
  4. На 3 сутки
  5. +По состоянию роженицы
209. Оптимальный срок беременности для комиссуротомии при митральном пороке сердца:
  1. 8-10 недель
  2. 10-12 недель
  3. 12-15 недель

4. +26-32 недели
  5. 33-37 недель
210. Какие возбудители вызывают гломерулонефрит:
1. Кишечная палочка
  2. +Бета-гемолитический стрептококк
  3. Стафилококки
  4. Энтерококки
  5. Синегнойная палочка
211. Симптомы латентного гломерулонефрита:
1. Гипертония, отеки, единичные цилиндры
  2. Отеки, гипопроteinемия, единичные цилиндры
  3. Гипопроteinемия, гипертензия, гиперхолестеринемия
  4. +Микропротеинурия, микрогематурия, единичные цилиндры
  5. Гиперхолестеринемия, гипопроteinемия, отеки
212. Уровень сахара в крови при сахарном диабете I стадии:
1. +7.7ммоль/л
  2. 7.9ммоль/л
  3. 8.0ммоль/л
  4. 8.1ммоль/л
  5. 8.2ммоль/л
213. Антидиабетические препараты, противопоказанные при беременности:
1. +Пероральные антидиабетические
  2. Простой инсулин
  3. Инсулин-цинк суспензионный аморфный
  4. Инсулин-цинк суспензионный
  5. Инсулин-протамин
214. В каком сроке беременности начинает функционировать щитовидная железа плода:
1. 5-6 недель
  2. +12-16 недель
  3. 25-28 недель
  4. 32-34 недели
  5. 38-39 недель
215. Какие жалобы НЕ характерны для диффузно токсического зоба:
1. Тахикардия
  2. Возбудимость
  3. Тремор рук
  4. +Сухость кожи
  5. Потливость
216. Показатели гемоглобина при умеренной анемии:
1. 110-120 г/л
  2. 110-115 г/л
  3. + 110-70 г/л
  4. 69-40г/л
  5. 55-40г/л
217. При какой форме хронического гломерулонефрита характерны следующие симптомы: гипертензия, гипертрофия левого желудочка, изменения сосудов глазного дна, протеинурия, гематурия, цилиндрурия, отеки:
1. Нефротической
  2. Гипертонической
  3. +Смешанной
  4. Латентной
  5. Очаговой
218. Чем объясняется частое развитие правостороннего пиелонефрита у беременных:
1. Сдавлением мочевого пузыря маткой

2. Нарушением уродинамики верхних мочевыводящих путей
  3. Наличием инфекционных очагов в организме
  4. + Сдавлением мочеточника варикозно расширенными венами яичников
  5. Увеличением половых и кортикостероидных гормонов
219. Какое осложнение при сахарном диабете НЕ характерно для беременных:
1. Гипертензия беременных
  2. Недонашивание
  3. Крупный плод
  4. Многоводие
  5. +Перенашивание
220. При сахарном диабете в I-ой половине беременности улучшение состояния связано с:
1. Активизацией инсулярного аппарата поджелудочной железы
  2. Повышением уровня эстрогенов и прогестерона
  3. +Повышением уровня хорионического гонадотропина
  4. Повышением уровня плацентарного лактогена
  5. Улучшением функции печени
221. Для беременных с диффузно-токсическим зобом характерно:
1. Заторможенность
  2. Сонливость
  3. Ожирение
  4. +Эмоциональная лабильность
  5. Растянутая речь
222. Для гипотериоза характерно:
1. Быстрая речь
  2. Повышенная потливость
  3. +Сухость кожи
  4. Снижение веса
  5. Эмоциональная лабильность
223. Наиболее характерные симптомы у беременных при дефиците железа:
1. Слабость, головокружение, обмороки
  2. Обмороки, головокружение, трещины углов рта
  3. Сердцебиение, тахикардия, отеки
  4. +Стоматит, ломкость ногтей, трещины углов рта
  5. Одышка, тахикардия, обмороки
224. Укажите наиболее часто встречающуюся форму анатомического узкого таза в настоящее время
1. Простой плоский
  2. +Поперечносуженный
  3. Общеравномерносуженный
  4. Плоскорихитический
  5. Кифотический
225. При каком биомеханизме родов головка проходит полость малого таза своим большим косым размером:
1. При переднем виде затылочного предлежания
  2. При заднем виде затылочного предлежания
  3. При переднеголовном предлежании
  4. + При лобном предлежании
  5. При лицевом предлежании
226. для поперечно-суженного таза характерно:
1. Крестцовый мыс выступает в полость таза
  2. + Сужение поперечных размеров таза
  3. Неразвернутые крылья подвздошных костей таза
  4. Утолщение и уплощение крестца
  5. Увеличение размеров выхода таза
227. Какой анатомической форме таза соответствуют следующие размеры D.Sp.-25 см, D.Cr.-28 см, D.Tr.-31 см, C.ext. -18 см, C.diag.-11 см:

1. Нормальный таз
  2. Плоскорохитический таз
  3. +Простой плоский таз
  4. Общеравномерно-суженный таз
  5. Поперечно-суженный таз
- 228.Какой анатомической форме таза соответствуют следующие размеры D.Sp.-23 см, D.Cr.- 26 см, D.Tr. -29 см, C.ext. -20 см, C.diag -13 см:
1. Нормальный таз
  2. Плоскорохитический таз
  3. Простой плоский таз
  4. Общеравномерно-суженный таз
  5. + Поперечно-суженный таз
- 229.Какой анатомической форме таза соответствуют следующие размеры D.Sp 26 см, D.Cr – 26 см, D.Tr -31см, C.ext . – 18 см, C.diag -11 см:
1. Нормальный таз
  2. +Плоскорохитический таз
  3. Простой плоский таз
  4. Общеравномерносуженный таз
  5. Поперечносуженный таз
- 230.Какой анатомической форме таза соответствуют следующие размеры D.Sp 23 см, D.Cr. 26 см, D.Tr . – 28 см, C.ext.- 18 см, C.diag 11 см:
1. Нормальный таз
  2. Плоскорохитический таз
  3. Простой плоский таз
  4. +Общеравномерно-суженный таз.
  5. Поперечно-суженный таз
- 231.Наиболее частое осложнение беременности при гипертензии беременных:
1. Предлежание плаценты
  2. Прерывание беременности в ранние сроки
  3. Преждевременные роды
  4. +Преждевременная отслойка нормально-расположенной плаценты
  5. Преждевременное и раннее излитие околоплодных вод
- 232.При клиническом узком тазе показано:
1. Применение утеротоников
  2. Наложение акушерских щипцов
  3. + Операция кесарево сечение
  4. Выжидательная тактика
  5. Плодоразрушающая операция
- 233.При тяжелой степени рвоты беременных НЕ показано назначение:
1. Противорвотных препаратов
  2. Витаминов группы В
  3. +Спазмолитиков
  4. Раствора Рингер-Локка
  5. Седативных препаратов
234. Что НЕ характерно для рвоты беременных тяжелой степени:
1. Тахикардия до 100-120 ударов
  2. +Повышение температуры тела до 38 С
  3. Снижение АД
  4. Появление ацетона в моче
  5. Снижение веса
235. При гипертензии беременных увеличивается:
1. +Тромбоксан
  2. Простогландин Е
  3. Окситоцин
  4. Пролактин
  5. Простаглицлин

236. При гипертензии беременных уменьшается:
1. +Простаглицлин
  2. Простагландин Е
  3. Окситоцин
  4. Пролактин
  5. Тромбоксан
237. Действие тромбксана:
1. Антиагрегантное
  2. +Усиление гиперкоагуляции
  3. Вазоконстрикторное
  4. Уменьшение гиперкоагуляции
  5. Увеличение уровня натрия в плазме
238. Действие тромбксана на сосудистую стенку:
1. +Сужение
  2. Расширение
  3. Утолщение
  4. Уплотнение
  5. Расслабление
239. При гипертензии беременных количество тромбоцитов:
1. Увеличивается
  2. +Уменьшается
  3. Не меняется
  4. Значительно увеличивается
  5. Значительно уменьшается
240. Наиболее частые изменения в крови при гипертензии беременных:
1. +Дефицит магния
  2. Увеличение магния
  3. Увеличение калия
  4. Уменьшение калия
  5. Увеличение протеина
241. У беременной в 34 недели беременности дома произошел приступ эклампсии. При поступлении в родильный дом АД 150/100 мм. рт.ст. Белок в моче 3,0 г/л. Лицо и голени отечны. Предполагаемая масса плода 1500 г. Родовые пути не подготовлены. Начата интенсивная терапия. Дальнейшая тактика врача:
1. Пролонгирование беременности на фоне лечения
  2. Лечение в течение 3-4 дней, при отсутствии эффекта- родоразрешение
  3. Родовозбуждение путем введения окситоцина и простагландина
  4. + Родоразрешение путем операции кесарева сечения
  5. Консервативное ведение родов
242. У роженицы с преэклампсией легкой степени в первом периоде родов определено сердцебиение плода 180 уд. в 1 минуту, через 10 мин.- 100 уд. в 1 минуту. Диагноз:
1. Хроническая гипоксия плода
  2. Респираторный дистресс синдром
  3. Внутриутробное инфицирование
  4. +Острая гипоксия плода
  5. Острая асфиксия
243. Роженице П., 24 лет, выставлен диагноз: Беременность 37 недель. Преэклампсия тяжелой степени. Первый период родов. Острая гипоксия плода. Ваша тактика:
1. Положение на левом боку
  2. Оксигенотерапия
  3. Амниотомия
  4. +Родоразрешение путем операции кесарева сечения
  5. Наложить акушерские щипцы
244. Цель инфузионной терапии при гипертензии беременных тяжелой степени:

1. Дезинтоксикация
  2. Гемоконцентрация
  3. +Устранение гиповолемии
  4. Нормализация адекватного диуреза
  5. Десенсибилизация
245. К особенностям перенесенной беременности НЕ относится:
1. Патологические изменения на плаценте
  2. Нарушение функции плаценты
  3. Позднее созревание плаценты
  4. + Увеличение околоплодных вод
  5. Уменьшение околоплодных вод
246. Особенности биомеханизма родов при плоскорихитическом тазе:
1. Высокое прямое стояние стреловидного шва, сгибание головки
  2. Косое стояние стреловидного шва, сгибание головки
  3. Поперечное стояние стреловидного шва, асинклитическое вставление головки
  4. +Легкое разгибание головки в поперечном размере, асинклитическое вставление
  5. Внеосевое вставление головки, передний асинклитизм
247. Особенности биомеханизма родов при поперечно-суженном тазе:
1. +Высокое прямое стояние стреловидного шва, сгибание головки
  2. Косое стояние стреловидного шва, сгибание головки
  3. Поперечное стояние стреловидного шва, разгибание головки
  4. Внеосевое вставление головки, передний асинклитизм
  5. Внеосевое вставление головки, задний асинклитизм
248. Особенности биомеханизма родов при простом плоском тазе:
1. + Асинклитическое вставление, низкое поперечное стояние стреловидного шва, разгибание головки
  2. Косое стояние стреловидного шва, максимальное сгибание головки
  3. Поперечное стояние стреловидного шва таз, разгибание головки
  4. Внеосевое вставление головки, передний асинклитизм, разгибание головки
  5. Внеосевое вставление головки, задний асинклитизм
249. Какая экстрагенитальная патология НЕ входит в группу риска по развитию гипертензии:
1. Заболевания почек
  2. Сахарный диабет
  3. Заболевания щитовидной железы
  4. Заболевания сердца
  5. +Перинатальные инфекции
250. Патогенетическое действие магния сульфата при лечении тяжелой преэклампсии:
1. Гипотензивное
  2. Седативное
  3. Мочегонное
  4. +Профилактика судорог
  5. Анемизирующее
251. Основной препарат в комплексном лечении преэклампсии:
1. Эуфиллин
  2. +Сульфат магния
  3. Диуретики
  4. Спазмолитики
  5. Экстракт валерианы
252. Какое содержание белка в суточной моче расценивают как протеинурию:
1. 0,003 г и выше
  2. 0,033 г и выше
  3. + 0,3 г и выше
  4. 1,0 г и выше
  5. 1,5 г и выше



253. Гипертензия беременных это:
1. Обострение хронического пиелонефрита за счет увеличения ОЦК
  2. Нарушение обмена веществ за счет увеличения ОЦК
  3. +Полиорганная недостаточность, появляющаяся адаптационно во время беременности
  4. Недостаточность ОЦК, развивающаяся во время беременности
  5. Эндогенная интоксикация во время беременности
254. Причины раннего токсикоза:
1. Аутоиммунные заболевания крови
  2. Нарушения функции желудочно-кишечного тракта
  3. +Нарушение нервно-рефлекторной связи ЦНС с внутренними органами
  4. Нарушения эндокринной системы
  5. Нарушения функции печени и поджелудочной железы
255. Беременность 8 недель, жалобы на тошноту, рвоту 12-15 раз в сутки. В моче ацетонурия. Ваш диагноз:
1. Рвота беременных легкой степени
  2. Рвота беременных средней степени
  3. Физиологическая беременность
  4. +Рвота беременных тяжелой степени
  5. Преэклампсия легкой степени
256. Тактика врача при рвоте беременных легкой степени,:
1. +Щадящая легкоусвояемая диета
  2. Проведение стационарного комплексного лечения
  3. Прерывание беременности
  4. Ограничивается госпитализацией
  5. Наблюдение в женской консультации
257. Тактика врача при рвоте беременных средней степени,:
1. Не нуждается в лечении
  2. +Проведение стационарного комплексного лечения
  3. Прерывание беременности
  4. Ограничивается госпитализацией в стационар
  5. Наблюдение в женской консультации
258. Беременность 9-10 недель, жалобы на боли в тазовых костях в области симфиза, в поясничной области, в мышцах. Изменена походка, парестезия. Ваш диагноз:
1. Радикулит
  2. Симфизит
  3. +Остеопатия беременных
  4. Физиологическая беременность
  5. Угроза прерывания беременности
259. Беременной К. в отделении интенсивной терапии при сроке беременности 34-35 недель, по поводу преэклампсия тяжелой степени проводилось лечение в течение 6 часов без эффекта. Сердцебиение плода ясное ритмичное 140 ударов в минуту. Вагинально: шейка матки «незрелая». Ваша тактика:
1. Продолжать комплексное лечение
  2. Подготовка организма к родам мифепристоном
  3. Подготовка организма к родам пропедил-гелем
  4. Амниотомия и родовозбуждение простагландинами
  5. +Родоразрешить путем операции кесарево сечение
260. Беременная К. поступила в роддом с диагнозом: Беременность 36-37 недель, преэклампсия тяжелой степени. Тактика акушера:
1. Ограничиться комплексным лечением в течение 24 часов
  2. Комплексное лечение с одновременной подготовкой организма к родам, родоразрешить в течение 72 часов
  3. Подготовка организма к родам пропедил-гелем в течение 72 часов
  4. +Комплексное лечение с одновременной подготовкой организма к родам, родоразрешить в течение 24-48 часов
  5. Родоразрешить путем операции кесарево сечение в экстренном порядке
261. У беременной в сроке гестации 35 недель на приеме в женской консультации измерено АД впервые обнаружено повышение АД до -140/90 ммртст. Тактика врача:
1. немедленно госпитализировать в роддом

2. +Произвести повторное измерение АД через 30 минут
  3. Консультация терапевта
  4. Консультация невропатолога
  5. Консультация окулиста
262. В гомеостазе переносенного новорожденного наблюдается:
1. +Гиперкоагуляция
  2. Гипокоагуляция
  3. Повышение АЧТВ
  4. Активирование плазменного звена
  5. Активирование эритроцитарного звена
263. Гормональная функция плаценты при переносенной беременности:
1. + Снижается
  2. Повышается
  3. Не меняется
  4. Повышается с последующим снижением
  5. Снижается с последующим повышением
264. Показание к применению нифедипина (блокатора кальциевых канальцев) во время беременности:
1. +Начинающиеся преждевременные роды
  2. Сахарный диабет
  3. Тиреотоксикоз
  4. Предлежание плаценты
  5. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
265. Показанием к операции кесарева сечения при переносенной беременности является:
1. Продольное положение плода
  2. Возраст старше 30 лет
  3. Юный возраст
  4. +Тазовое предлежание плода
  5. Паритет родов
266. При поступлении в роддом повторнородящей Н., 26 лет, выставлен диагноз: Беременность 42 недели. Объективно: положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд. в мин. Предполагаемая масса плода 3600,0. Влагалищное исследование: шейка матки «зрелая». Тактика врача:
1. Подготовка организма к родам в течение 2 –х дней
  2. Подготовка организма к родам в течение 3 –х дней
  3. +Амниотомия, родовозбуждение
  4. Экстренная операция кесарева сечения
  5. Плановая операция кесарева сечения
267. При поступлении в роддом первородящей Н., 25 лет, выставлен диагноз: Беременность 42 недели. Объективно: положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд. в мин. Предполагаемая масса плода 4100,0. Влагалищное исследование: шейка матки «незрелая». Тактика врача:
1. Подготовка организма к родам в течение 2 –х дней
  2. Подготовка организма к родам в течение 3 –х дней
  3. Амниотомия, родовозбуждение
  4. Экстренная операция кесарева сечения
  5. +Плановая операция кесарева сечения
268. При поступлении в роддом первородящей Н., 28 лет, выставлен диагноз: Беременность 42 недели. Дородовое излитие околоплодных вод. Объективно: положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд. в мин. Предполагаемая масса плода 3800,0. Влагалищное исследование: шейка матки «незрелая», околоплодные воды мекониевые. Тактика врача:
1. Подготовка организма к родам в течение 2 –х дней
  2. Подготовка организма к родам в течение 3 –х дней
  3. Амниотомия, родовозбуждение
  4. +Экстренная операция кесарева сечения
  5. Плановая операция кесарева сечения

269. При поступлении в роддом первородящей Н., 36 лет, выставлен диагноз: Беременность 42 недели. Объективно: положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд. в мин. Предполагаемая масса плода 4000,0. Влагалищное исследование: шейка матки «зрелая». Тактика врача:
1. Подготовка организма к родам в течение 2 –х дней
  2. Подготовка организма к родам в течение 5 –и дней
  3. Амниотомия, родовозбуждение
  4. Экстренная операция кесарева сечения
  5. +Плановая операция кесарева сечения
270. При поступлении в роддом первородящей Н., 28 лет, выставлен диагноз: Беременность 42 недели. Тазовое предлежание плода. Дородовое излитие околоплодных вод. Объективно: положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд. в мин. Предполагаемая масса плода 3800,0. Влагалищное исследование: шейка матки «незрелая», околоплодные воды светлые. Тактика врача:
1. Подготовка организма к родам в течение суток
  2. Подготовка организма к родам в течение 3 –х дней
  3. Амниотомия, родовозбуждение
  4. +Экстренная операция кесарева сечения
  5. Плановая операция кесарева сечения
271. Основной признак плоско - рахитического таза:
1. +Крестцовый мыс смещен в полость таза
  2. Гребни подвздошных костей расправлены
  3. Гребни подвздошных костей широко расставлены
  4. Крестец утолщен, плоский
  5. Увеличены размеры выхода малого таза
272. Часто встречающиеся осложнения беременности при узком тазе:
1. Многоводие
  2. Маловодие
  3. +Преждевременное излитие околоплодных вод
  4. Преэклампсия
  5. Преждевременные роды
273. Редко встречающаяся форма узкого таза:
1. Плоский
  2. Простой плоский
  3. +Косо-суженный
  4. Поперечно-суженный
  5. Плоско-рахитический
274. Основной признак поперечно-суженного таза:
1. Крестцовый мыс смещен в полость таза
  2. Гребни подвздошной кости расправлены
  3. Гребни подвздошной кости менее расправлены
  4. Крестец утолщен, плоский
  5. +Увеличены прямые размеры малого таза
275. У первородящей 22 лет диагностирован поперечно-суженный таз. Укажите особенности биомеханизма родов:
1. Сгибание головки, высокое прямое стояние стреловидного шва
  2. Сгибание головки, стреловидный шов в косом размере входа в малый таз
  3. Разгибание головки, стреловидный шов в поперечном размере входа в малый таз
  4. Разгибание головки, стреловидный шов в прямом размере входа в малый таз
  5. Разгибание головки, стреловидный шов в косом размере входа в малый таз
276. Признаком преэклампсии тяжелой степени является:
1. Патологическая прибавка веса
  2. Снижение гемоглобина
  3. Полиурия
  4. +Головная боль
  5. Отеки на нижних конечностях

277. Первородящей Н., 25 лет, выставлен диагноз: Беременность 42 недели. Первый период родов. Вторичная слабость родовой деятельности. Объективно: положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд. в мин. Схватки через 5-6 минут по 25 сек, слабой силы. Предполагаемая масса плода 3500,0. Тактика врача:
1. Амниотомия
  2. Родостимуляция
  3. Амниотомия с последующей родостимуляцией
  4. +Экстренная операция кесарева сечения
  5. Родостимуляция, при безэффективности - операция кесарева сечения
278. К признакам переносности новорожденного относится:
1. У девочек большие половые губы закрывают малые
  2. У мальчиков яички опущены в мошонку
  3. +Узкие швы и роднички
  4. Обильная первородная смазка
  5. Волосы на головке 2см
279. Положительный признак Вастена свидетельствует о:
1. + Клинически узким тазом
  2. Первичной слабости I периода родов
  3. Вторичной слабости I периода родов
  4. Слабости потуг
  5. Начавшемся разрыве матки
280. Отрицательный признак Вастена означает, что:
1. +Головка плода соответствует размерам таза
  2. Излились околоплодные воды
  3. Головка плода прижата ко входу в малый таз
  4. Открытие шейки матки на 8 см
  5. Темп родов недостаточный
281. У первородящей Н., 22 лет, с поперечно-суженным тазом во втором периоде родов определен положительный симптом Вастена. Диагноз:
1. + Клинически узкий таз
  2. Слабости потуг
  3. Угрожающий разрыв матки
  4. Начавшийся разрыв матки
  5. Совершившийся разрыв матки
282. У роженицы Н., 24 лет, с плоскорихитическим узким тазом I степени при влагалитном исследовании обнаружено: открытие маточного зева полное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере плоскости входа в малый таз, смещен к мысу. Укажите вставление головки:
1. Задний вид затылочного предлежания
  2. Передний вид затылочного предлежания
  3. Заднее асинклитическое вставление
  4. +Переднее асинклитическое вставление
  5. Лобное предлежание
283. У роженицы Н., 24 лет, с плоскорихитическим узким тазом I степени при влагалитном исследовании обнаружено: открытие маточного зева полное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере плоскости входа в малый таз, смещен к лону. Укажите вставление головки:
1. Задний вид затылочного предлежания
  2. Передний вид затылочного предлежания
  3. +Заднее асинклитическое вставление
  4. Переднее асинклитическое вставление
  5. Лобное предлежание
284. У роженицы Н., 24 лет, с плоскорихитическим узким тазом I степени выставлен диагноз: Заднее асинклитическое вставление. Тактика врача:
1. Родостимуляция
  2. Акушерские щипцы
  3. Вакуум-экстракция
  4. +Операция кесарева сечения

5. Акушерский сон- отдых
285. Укажите признак переносимости новорожденного:
  1. У девочек большие половые губы закрывают малые
  2. У мальчиков яички опущены в мошонку
  3. Широкие швы и роднички
  4. Обильная первородная смазка
  5. + «Баннные» ручки и ножки
286. У первородящей Н., 22 лет, с поперечно-суженным тазом во втором периоде родов выставлен диагноз: Клинически узкий таз. Врачебная тактика:
  1. Родостимуляция
  2. Акушерские щипцы
  3. Вакуум-экстракция
  4. +Экстренная операция кесарева сечения
  5. Акушерский сон- отдых
287. У первородящей Н., 23 лет, при обследовании определены размеры таза D.Sp 26 см, D.Cr. 28 см, D.Tr . – 31 см, С.ext.- 17 см. При влагищном исследовании мыс достигим, С.diag 10 см. Диагноз:
  1. Общеравномерно суженный таз I степени
  2. Простой плоский таз I степени
  3. Косо-суженный таз
  4. Поперечно-суженный таз II степени
  5. +Плоско-рахитический таз II степени
288. Что НЕ относится к проявлениям клинически узкого таза:
  1. Схватки при сдавлении головки
  2. Положительный признак Вастена
  3. Отсутствие продвижения головки плода
  4. Отек наружных гениталий
  5. +Отрицательный признак Вастена
289. Максимальное сгибание головки, долгое прижатие головки ко входу в малый таз. Какому виду узкого таза соответствует данный биомеханизм родов:
  1. +Общеравномерносуженному
  2. Плоскорахитическому
  3. Нормальному
  4. Простому плоскому
  5. Поперечно-суженному
290. По какому размеру судят о степени сужения таза:
  1. По боковой конъюгате
  2. +По истинной конъюгате
  3. По анатомической конъюгате
  4. По диагональной конъюгате
  5. По горизонтальному размеру ромба Михаэлиса
291. Какой степени сужения таза соответствует размер истинной конъюгаты 11-9 см:
  1. +I
  2. II
  3. III
  4. IV
  5. V
292. Какой степени сужения таза соответствует размер истинной конъюгаты 9-7,5 см:
  1. I
  2. +II
  3. III
  4. IV
  5. V
293. Какой степени сужения таза соответствует размер истинной конъюгаты 7,5-6,5 см:
  1. I

2. II
  3. + III
  4. IV
  5. V
294. Какой степени сужения таза соответствует размер истинной конъюгаты менее 6,5 см:
1. I
  2. II
  3. III
  4. +IV
  5. V
295. У первородящей Н., 28 лет, с общеравномерносуженным тазом I степени во втором периоде родов диагностирована вторичная слабость родовой деятельности. Врачебная тактика:
1. Родостимуляция
  2. Акушерские щипцы
  3. Вакуум-экстракция
  4. +Операция кесарева сечения
  5. Акушерский сон- отдых
296. При преэклампсии отмечается:
1. Увеличение количества эритроцитов
  2. Повышение тромбоцитов
  3. Гипокоагуляция
  4. +Гиперкоагуляция
  5. Снижение гематокрита
297. Беременность 28 недель, отеки на передней стенке живота, голенях. АД 160\110 мм.рт.ст., 170\110 мм.рт.ст., белок в моче 5,0 г\л. Ваш диагноз:
1. Артериальная гипертензия на фоне заболевания почек
  2. Преэклампсия легкой степени
  3. Отеки беременных
  4. +Преэклампсия тяжелой степени
  5. Гестационная гипертензия
298. На приеме в женской консультации беременной в сроке гестации 28 недель выставлен диагноз: Преэклампсия тяжелой степени. До приезда скорой помощи необходимо ввести:
1. Диазепам
  2. + Сульфат магния
  3. Диуретики
  4. Ганглиоблокаторы
  5. Эуфиллин
299. Доставлена беременная без сознания в сроке гестации 31-32 недели. Дома был приступ судорог. Состояние тяжелое, без сознания. АД 180\100 мм.рт.ст., АД 190\110 мм.рт.ст. Генерализованные отеки. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 ударов в минуту. Ваш диагноз:
1. Беременность 31-32 недель. Эпилепсия
  2. Беременность 31-32 недель. Гломерулонефрит
  3. Беременность 31-32 недель. Преэклампсия тяжелой степени
  4. +Беременность 31-32 недель. Эклампсия. Кома.
  5. Беременность 31-32 недель. Острая почечная недостаточность
300. Беременной при сроке гестации 31-32 недели выставлен диагноз: Эклампсия. Объективно: состояние тяжелое, без сознания. АД 180\100 мм.рт.ст. Генерализованные отеки. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 ударов в минуту. Вагинально: шека матки «незрелая». Врачебная тактика:
1. Пролонгировать беременность до 34 недель беременности
  2. Пролонгировать беременность до 36 недель беременности
  3. Пролонгировать беременность до 38 недель беременности
  4. Амниотомия, родовозбуждение
  5. +Операция кесарево сечение
301. Ведущее звено в патогенезе гипертензии беременных:
1. +Обширная вазоконстрикция, гиповолемия, нарушение реологии, повреждение эндотелия, ДВС синдром
  2. Нарушение плацентарного барьера, обширная вазоконстрикция, ДВС синдром

3. Нарушение водно-солевого обмена, обширная вазоконстрикция, нарушение реологии
  4. Нарушения в ЦНС, обширная вазоконстрикция, повреждение эндотелия, ДВС синдром
  5. Нарушение маточно-плацентарного кровообращения, повреждение эндотелия, ДВС синдром
302. К гипертензии беременных относят:
1. +Повышение артериального давления выше 140/90 мм.рт.ст.
  2. Повышение артериального давления выше 130/80 мм.рт.ст.
  3. Среднее артериальное давление выше 90 мм.рт.ст.
  4. Систолическое давление повышается на 15% от исходного
  5. Диастолическое давление повышается на 10% от исходного
303. Беременная 24-х лет обратилась с жалобами на боль в эпигастральной области. При осмотре: Беременность 31-32 недели. АД 160/110 мм.рт.ст., отеки на животе, на нижних конечностях. Моча при кипячении мутная. Ваш диагноз:
1. Беременность 31-32 недель. Гестационная гипертензия
  2. Беременность 31-32 недель. Преэклампсия легкой степени
  3. Беременность 31-32 недель. Преэклампсия средней степени.
  4. +Беременность 31-32 недель. Преэклампсия тяжелой степени.
  5. Беременность 31-32 недель. Эклампсия
304. Приступ эклампсии НЕ может развиваться:
1. Во время беременности
  2. Во время родов
  3. В раннем послеродовом периоде.
  4. В позднем послеродовом периоде.
  5. +Через 6-8 недель после родов
305. Согласно клиническим протоколам родоразрешение при преэклампсии тяжелой степени должно быть произведено:
1. Сразу при поступлении
  2. В течение 2-3 часов
  3. В течение 4-6 часов
  4. В течение 8-10 часов
  5. +В течение 24-48 часов
306. Показание для ИВЛ при гипертензионном состоянии:
1. Преэклампсия легкой степени.
  2. Преэклампсия средней степени.
  3. Преэклампсия тяжелой степени.
  4. +Дыхательная недостаточность
  5. Артериальная гипертония
307. Неотложная помощь при приступе эклампсии :
1. +Уложить на левый бок, предотвратить механическую асфиксию
  2. Обеспечить подачу кислорода
  3. Уложить на спину, предотвратить ушибы
  4. Ввести в/в сульфат магния
  5. Ввести в/в промедол
308. Влияние гипертензии беременных на плод:
1. +Преждевременное истощение функции коры надпочечников
  2. Развитие гиперволемии
  3. Развитие гиперкетонурии
  4. Врожденные аномалии почек
  5. Перенашивание беременности
309. При инфузионной терапии у больных с гипертензией беременных гематокрит не должен быть ниже:
1. 27-28%
  2. 25-26%
  3. 20-24%
  4. +29-30%
  5. 32-34%
310. В первом периоде родов у беременных с преэклампсией необходимо предусмотреть:

1. +Эпидуральную анестезию
  2. Спазмолитики
  3. Магния сульфат
  4. Нейролептики
  5. Анальгетики
311. Основные клинические признаки преэклампсии:
1. Артериальная гипертензия
  2. Отеки
  3. Артериальная гипертензия +отеки
  4. Протеинурия
  5. +Артериальная гипертензия +протеинурия
312. У беременной М., 30 лет, при сроке гестации 37 недель жалоб нет. Объективно: АД 140/90 мм.рт.ст., отеки на нижних конечностях. В ОАМ – белок 0,066 г/л. Диагноз:
1. Хроническая гипертензия
  2. Гипертоническая болезнь
  3. Гипертензия беременных
  4. +Преэклампсия легкой степени
  5. Преэклампсия тяжелой степени
313. У беременной М., 20 лет, при сроке гестации 34 недели жалоб нет. Объективно: АД 140/90 мм.рт.ст., отеков нет. В ОАМ – белок 0,099 г/л. Диагноз:
1. Хроническая гипертензия
  2. Гипертоническая болезнь
  3. Гипертензия беременных
  4. +Преэклампсия легкой степени
  5. Преэклампсия тяжелой степени
314. Показание для досрочного родоразрешения при преэклампсии:
1. Преэклампсия легкой степени
  2. Хроническая гипоксия плода
  3. Предлежание плаценты
  4. +Преэклампсия тяжелой степени
  5. Фетоплацентарная недостаточность
315. Методом выбора противосудорожной терапии при гипертензиях беременных является:
1. +Магнезиальная терапия
  2. Спазмолитическая терапия
  3. Гипотензивная терапия
  4. Диуретическая терапия
  5. Анальгетическая терапия
316. Стартовая – нагрузочная доза магния сульфата составляет:
1. 1 г сухого вещества сульфата магния в/в медленно в течение 10-15 минут
  2. 2 г сухого вещества сульфата магния в/в медленно в течение 10-15 минут
  3. 3 г сухого вещества сульфата магния в/в медленно в течение 10-15 минут
  4. 4 г сухого вещества сульфата магния в/в медленно в течение 10-15 минут
  5. +5 г сухого вещества сульфата магния в/в медленно в течение 10-15 минут
317. Поддерживающая доза сульфата магния составляет:
1. 20 мл 25% р-ра на 120 мл физиологического р-ра в/в капельно
  2. 40 мл 25% р-ра на 220 мл физиологического р-ра в/в капельно
  3. 50 мл 25% р-ра на 320 мл физиологического р-ра в/в капельно
  4. 60 мл 25% р-ра на 420 мл физиологического р-ра в/в капельно
  5. + 80 мл 25% р-ра на 320 мл физиологического р-ра в/в капельно
318. При каком уровне АД начинают гипотензивную терапию при гипертензии беременных:
1. 110/70 мм рт.ст.
  2. 120/80 мм рт.ст.
  3. 130/90 мм рт.ст.
  4. 150/100 мм рт.ст.



5. +160/100 мм рт.ст.
319. Какой уровень систолического АД поддерживается при проведении гипотензивной терапии у беременных с преэклампсией:
1. 110/70 мм рт.ст.
  2. 120/80 мм рт.ст.
  3. +130/90 мм рт.ст.
  4. 150/100 мм рт.ст.
  5. 160/100 мм рт.ст.
320. Определите ситуацию на рисунке после акушерского исследования:
1. Продольное положение плода, тазовое предлежание, первая позиция, задний вид
  2. +Продольное положение плода, тазовое предлежание, первая позиция, передний вид
  3. Продольное положение плода, тазовое предлежание, вторая позиция, задний вид
  4. Продольное положение плода, тазовое предлежание, вторая позиция, передний вид
  5. Продольное положение плода, тазовое предлежание, первая позиция
321. Определите ситуацию на рисунке после акушерского исследования:
1. Продольное положение плода, неполное ягодичное предлежание, первая позиция, передний вид
  2. Продольное положение плода, неполное ножное предлежание, первая позиция, задний вид
  3. Продольное положение плода, неполное ножное предлежание, вторая позиция, задний вид
  4. +Продольное положение плода, неполное ножное предлежание, вторая позиция, передний вид
  5. Продольное положение плода, полное ножное предлежание, первая позиция, задний вид
323. Укажите дозу дексаметазона, используемую для профилактики респираторного дистресс синдрома у плода:
1. 5 мг
  2. 10 мг
  3. 15 мг
  4. +24 мг
  5. 48 мг
324. Часто встречающаяся патология щитовидной железы в Казахстане
1. Диффузно-токсический зоб
  2. + Эндемический зоб
  3. Аутоиммунный зоб
  4. Узловой зоб
  5. Рак щитовидной железы
325. Концентрация альфа-фетопротеина при беременности повышается:
1. При патологии плаценты
  2. +При дефекте нервной трубки у плода
  3. При патологии почек у плода
  4. При патологии матки
  5. При патологии внутренних органов плода
326. В каком сроке беременности определяют альфа-фетопротеин у матери:
1. 5-6 недель
  2. +10-12 недель
  3. 16-18 недель
  4. 18-20 недель
  5. 15-20 недель
327. Децелерация это:
1. +Учащение сердечных сокращений плода
  2. Урежение сердечных сокращений плода
  3. Аритмичное сердцебиение плода
  4. Экстрасистолия
  5. Глухое сердцебиение
328. Амниоскопия наиболее информативна для диагностики:
1. +Гемолитической болезни плода
  2. Предлежании петель пуповины
  3. Предлежания плаценты

4. Маловодия
  5. Многоводия
329. На хроническую плацентарную недостаточность указывает:
1. +Снижение уровня эстриола на одно и более стандартных отклонений от среднего уровня
  2. Повышение уровня прогестерона на одно и более стандартных отклонений от среднего уровня
  3. Увеличение экскреции эстрадиола с мочой ниже 16 мг/сут
  4. Уменьшение экскреции эстрадиола с мочой ниже 26 мг/сут
  5. Повышение уровня прегнандиола на пять и более стандартных отклонений от среднего уровня
330. Что НЕ входит в понятие «биофизический профиль плода»:
1. Частота дыхательных движений
  2. Двигательная активность
  3. Мышечный тонус
  4. Объем околоплодных вод
  5. +Цвет околоплодных вод
331. Для чего определяют «биофизический профиль плода»:
1. Диагностика предлежания плода
  2. Диагностика положения плода
  3. +Диагностика угрожаемых состояний плода
  4. Диагностика пороков развития
  5. Диагностика гемолитической болезни плода
332. Допплерометрия НЕ позволяет определить:
1. Кровоток в сосудах плода и матери
  2. Локализацию пуповины
  3. Большинство врожденных пороков сердца плода
  4. +Начальные стадии задержки развития плода
  5. Кровоток в сосудах плаценты
333. В какие сроки беременности чаще всего используют доплеровское исследование:
1. 16-18 недель
  2. 18-20 недель
  3. 22-24 недели
  4. 4.+ 24-26 недель
  5. 28-30 недель
334. Амниоцентез – это:
1. Исследование оптическим прибором состояния плодного пузыря
  2. Исследование оптическим прибором состояния околоплодных вод
  3. +Пункция амниотической полости, взятие околоплодных вод на исследование
  4. Взятие крови из пуповины плода
  5. Измерение количества амниотической жидкости
335. Кордоцентез – это:
1. Пункция амниотической полости
  2. +Взятие крови из пуповины плода
  3. Исследование оптическим прибором состояния плодного пузыря
  4. Исследование оптическим прибором состояния околоплодных вод
  5. Исследование ворсин хориона
336. Беременная 23-х лет со сроком гестации 35 недель обратилась с жалобами на головную боль, тошноту, рвоту. Объективно: АД 160/110 мм.рт.ст., отеки на животе, на нижних конечностях, пастозность лица. Моча при кипячении мутная. Диагноз:
1. Беременность 35 недель. Гестационная гипертензия
  2. Беременность 35 недель. Преэклампсия легкой степени
  3. +Беременность 35 недель. Преэклампсия тяжелой степени.
  4. Беременность 35 недель. Эклампсия
  5. Беременность 35 недель. Острый гастрит

337. Беременная 23-х лет со сроком гестации 35 недель обратилась с жалобами на головную боль, тошноту, рвоту. Выставлен диагноз: Преэклампсия тяжелой степени. Объективно: матка соответствует 35 неделям беременности, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд. в мин. PV: шейка матки «зрелая», предлежит головка. Акушерская тактика:
- 1.+ Досрочное родоразрешение через естественные родовые пути
  2. Досрочное родоразрешение путем операции кесарева сечения
  3. Провести профилактику СДР плода в течение 48 часов, после чего родоразрешить через естественные половые пути
  4. Провести профилактику СДР плода в течение 48 часов, после чего родоразрешить путем операции кесарева сечения
  5. На фоне проводимой терапии пролонгировать беременность до 38 недель
338. Беременная 25-и лет со сроком гестации 32 недели обратилась с жалобами на головную боль, тошноту, рвоту. Выставлен диагноз: Преэклампсия тяжелой степени. Объективно: матка соответствует 32 неделям беременности, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд. в мин. PV: шейка матки «незрелая», предлежит головка. Акушерская тактика:
1. Досрочное родоразрешение через естественные родовые пути
  2. +Досрочное родоразрешение путем операции кесарева сечения
  3. Провести профилактику СДР плода в течение 48 часов, после чего родоразрешить через естественные половые пути
  4. Провести профилактику СДР плода в течение 48 часов, после чего родоразрешить путем операции кесарева сечения
  5. На фоне проводимой терапии пролонгировать беременность до 38 недель
339. Беременная 22-х лет со сроком гестации 36 недель обратилась с жалобами на тошноту, рвоту. Выставлен диагноз: Преэклампсия тяжелой степени. Объективно: матка соответствует 36 неделям беременности, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд. в мин. PV: шейка матки "незрелая", предлежит тазовый конец. Акушерская тактика:
1. Досрочное родоразрешение через естественные родовые пути
  2. +Досрочное родоразрешение путем операции кесарева сечения
  3. Провести профилактику СДР плода в течение 48 часов, после чего родоразрешить через естественные половые пути
  4. Провести профилактику СДР плода в течение 48 часов, после чего родоразрешить путем операции кесарева сечения
  5. На фоне проводимой терапии пролонгировать беременность до 38 недель
340. Беременная 29-и лет со сроком гестации 38 недель обратилась с жалобами на боль в эпигастральной области, тошноту, рвоту. Объективно: АД 170/110 мм.рт.ст., отеки на животе, на нижних конечностях, пастозность лица. В ОАМ белок 3 г/л. Диагноз:
1. Беременность 38 недель. Гестационная гипертензия
  2. Беременность 38 недель. Преэклампсия легкой степени
  3. +Беременность 38 недель. Преэклампсия тяжелой степени.
  4. Беременность 38 недель. Эклампсия
  5. Беременность 38 недель. Острый гастрит
341. У беременной 25-и лет со сроком гестации 35 недель на приеме определено АД 150/90 мм.рт.ст. Жалоб нет. Объективно: отеки на нижних конечностях. В ОАМ белок 0,099 г/л. Диагноз:
1. Беременность 35 недель. Гестационная гипертензия
  2. +Беременность 35 недель. Преэклампсия легкой степени
  3. Беременность 35 недель. Преэклампсия тяжелой степени.
  4. Беременность 35 недель. Хроническая гипертензия
  5. Беременность 35 недель. Хронический гломерулонефрит
342. У беременной 30-и лет со сроком гестации 35 недель на приеме определено АД 140/90 мм.рт.ст. Жалоб нет. Объективно: отеков нет. В ОАМ белок отсутствует. Диагноз:
1. +Беременность 35 недель. Гестационная гипертензия
  2. Беременность 35 недель. Преэклампсия легкой степени
  3. Беременность 35 недель. Преэклампсия тяжелой степени.
  4. Беременность 35 недель. Хроническая гипертензия
  5. Беременность 35 недель. Хронический гломерулонефрит
343. У беременной 30-и лет со сроком гестации 35 недель на приеме определено АД 140/90 мм.рт.ст. Жалоб нет. Выставлен диагноз: Гипертензия, вызванная беременностью. Акушерская тактика:
1. Досрочное родоразрешение через естественные родовые пути
  2. Досрочное родоразрешение путем операции кесарева сечения
  3. Провести профилактику СДР плода в течение 48 часов, после чего родоразрешить через естественные половые пути
  4. Провести профилактику СДР плода в течение 48 часов, после чего родоразрешить путем операции кесарева сечения

5. +Пролонгировать беременность, при нарастании гипертензии - родоразрешить
344. Беременной 25-и лет со сроком гестации 34 недели выставлен диагноз: Преэклампсия легкой степени. Акушерская тактика:
1. Досрочное родоразрешение через естественные родовые пути
  2. Досрочное родоразрешение путем операции кесарева сечения
  3. Провести профилактику СДР плода в течение 48 часов, после чего родоразрешить через естественные половые пути
  4. Провести профилактику СДР плода в течение 48 часов, после чего родоразрешить путем операции кесарева сечения
  5. +Пролонгировать беременность, при нарастании симптомов - родоразрешить
345. При проведении доплерометрии у беременной со сроком гестации 35 недель и задержкой внутриутробного развития плода обнаружено нарушение плодово-плацентарного кровотока по типу реверсного кровотока. Диагноз:
1. Компенсированная плацентарная недостаточность
  2. Субкомпенсированная плацентарная недостаточность
  3. +Декомпенсированная плацентарная недостаточность
  4. Острая гипоксия
  5. Хроническая гипоксия
346. У беременной со сроком гестации 35 недель и задержкой внутриутробного развития плода установлена декомпенсированная плацентарная недостаточность (на доплерометрии реверсный кровоток). Акушерская тактика:
1. Досрочное родоразрешение через естественные родовые пути
  2. +Досрочное родоразрешение путем операции кесарева сечения
  3. Провести профилактику СДР плода, после чего родоразрешить через естественные половые пути
  4. Провести профилактику СДР, после чего родоразрешить путем операции кесарева сечения
  5. Пролонгировать беременность, при нарастании плацентарной недостаточности - родоразрешить
347. У беременной со сроком гестации 35 недель на доплерометрии обнаружено нарушение плодово-плацентарного кровотока I Б степени. Акушерская тактика:
1. Досрочное родоразрешение через естественные родовые пути
  2. Досрочное родоразрешение путем операции кесарева сечения
  3. Провести профилактику СДР плода, после чего родоразрешить через естественные половые пути
  4. Провести профилактику СДР плода, после чего родоразрешить путем операции кесарева сечения
  5. + Пролонгировать беременность, при нарастании плацентарной недостаточности - родоразрешить
348. У беременной со сроком гестации 35 недель и задержкой внутриутробного развития плода излились зеленые околоплодные воды, родовой деятельности нет. Акушерская тактика:
1. Досрочное родоразрешение через естественные родовые пути
  2. + Досрочное родоразрешение путем операции кесарева сечения
  3. Провести профилактику СДР, после чего родоразрешить через естественные половые пути
  4. Провести профилактику СДР, после чего родоразрешить путем операции кесарева сечения
  5. Наблюдение в течение 24 часов, при отсутствии спонтанной родовой деятельности - родовозбуждение
349. У беременной со сроком гестации 38 недель и задержкой внутриутробного развития плода по данным доплерометрии нарушений маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока нет. PV: шейка матки «зрелая», предлежит головка. Акушерская тактика:
1. +Амниотомия, родовозбуждение
  2. Экстренная операция кесарева сечения
  3. Плановая операция кесарева сечения
  4. Провести профилактику СДР, после чего родоразрешить через естественные половые пути
  5. На фоне проводимой терапии пролонгировать беременность до 40 недель
350. Показанием для кесарева сечения при фетоплацентарной недостаточности является :
1. Маловодие
  2. На кардиотокографии базальная частота 120\160 ударов\мин
  3. Нарушение маточно-плодово –плацентарного кровотока I ст.
  4. Задержка внутриутробного развития I ст.
  5. + Реверсный или нулевой кровоток по доплерометрии
351. Какие изменения происходят в желудочно-кишечном тракте во время беременности:
1. +Гиперхлоргидрия
  2. Повышение моторной функции желудка
  3. Повышение перистальтики кишечника
  4. Пповышение секреции пепсина

5. Гипохлоргидрия
352. Какие изменения происходят в сердечно-сосудистой системе во время беременности :
1. +Гипертрофия левого желудочка, повышение выброса сердца на 40%
  2. Понижение выброса сердца на 40%, повышение тонуса стенок сосудов
  3. Повышение тонуса стенок сосудов, повышение выброса сердца на 40%
  4. Тахикардия, понижение выброса сердца на 40%
  5. Гипертрофия правого желудочка, понижение выброса сердца на 40%
353. Что НЕ является причиной гипогалактии:
1. Экстрагенитальная патология
  2. Эндокринная патология
  3. Большая кровопотеря во время родов
  4. Понижение синтеза пролактина
  5. +Повышение синтеза пролактина
354. К признакам легочной недостаточности НЕ относится:
1. Диффузный цианоз
  2. Одышка
  3. Набухание шейных вен
  4. Беспокойство
  5. +Частота дыхания 16-18 в минуту
355. Факторы, приводящие к развитию холестаза:
1. +Длительное действие прогестерона
  2. Гипохолестеринемия
  3. Врожденная патология поджелудочной железы
  4. Астеническое телосложение
  5. Гиперандрогения
356. Какой метод исследования наиболее информативен для постановки диагноза хронического холецистита:
1. Рентгенография
  2. Радиохолецистография
  3. Компьютерная томография
  4. Ядерно-магнитный резонанс
  5. +Ультразвуковое исследование
357. Когда чаще встречается внутрипеченочный холестаз:
1. В 1 триместре
  2. +Во 2 триместре
  3. В 3 триместре
  4. За 2-3 недели до родов
  5. После родов
358. Клиника внутрипеченочного холестаза:
1. +Зуд кожных покровов
  2. Повышение уровня непрямого билирубина
  3. Бледность кожных покровов
  4. Снижение уровня общего билирубина
  5. Металлический привкус во рту
359. Основные симптомы диабетической комы
1. Тремор конечностей
  2. + Запах ацетона изо рта
  3. Повышение аппетита
  4. Тонические судороги
  5. Бледность кожных покровов
360. Какое количество килокалорий должен содержать рацион беременной с сахарным диабетом и ожирением:
1. 1.1800-1900
  2. +2000-2200
  3. 2300-3000

4. 3100-3500
  5. 3600-3800
361. После обнаружения внутрипеченочного холестаза необходимо:
1. Экстренное прерывание беременности в любом сроке
  2. + Пролонгирование беременности с назначением антигистаминных препаратов
  3. Назначение антигистаминных препаратов
  4. Назначение желчегонных препаратов
  5. Назначение рефлексотерапии
362. Симптом, НЕ встречающийся при жировом гепатозе
1. Изжога
  2. Рвота кофейной гущей
  3. Желтуха кожи и склер
  4. +Повышение трансаминазы в крови
  5. Гипопротеинемия
363. Беременной 23 лет выставлен диагноз: Беременность 32 недели. Острый жировой гепатоз. Акушерская тактика:
1. Подготовка к родам и комплексное лечение жирового гепатоза
  2. + Досрочное родоразрешение в течение 24-48 часов
  3. Продолжать консервативное лечение жирового гепатоза до доношенного срока
  4. Общеукрепляющая терапия и комплексное лечение гепатоза
  5. Подготовка к оперативному родоразрешению
364. Беременной 33 лет выставлен диагноз: Беременность 34 недели. HELLP синдром. Акушерская тактика:
1. Профилактика СДР плода, подготовка к родам
  2. + Досрочное родоразрешение в течение 24-48 часов
  3. Продолжать консервативное лечение до доношенного срока
  4. Общеукрепляющая терапия
  5. Оперативное родоразрешение в доношенном сроке
365. Тактика врача при остром панкреатите :
1. Прерывание беременности в любом сроке
  2. прерывание беременности
  3. +Комплексное лечение панкреатита, сохраняющая терапия
  4. Комплексное лечение панкреатита, прерывание беременности
  5. Родоразрешение оперативным путем
366. Основные мероприятия для снижения уровня перинатальной смертности :
1. Выявление противопоказаний для вынашивания беременности
  2. Анализ причин перинатальной смертности
  3. Рациональное питание беременной
  4. +Своевременная диагностика и лечение гипоксии плода
  5. Проведение санитарно-просветительной работы
367. В патогенезе развития СПИДа, какой фермент вируса играет основную роль:
1. +Обратная транскриптаза
  2. Синтез ДНК
  3. Коллогеназа
  4. Стрептокиназа
  5. РНК полимеразы
368. Возбудитель СПИДа:
1. ВПЧ
  2. Цитомегаловирус
  3. Аденовирус
  4. +Ретровирус
  5. Нейротропный вирус
369. В патогенезе развития СПИДа важное значение имеет:
1. Увеличение Т-супрессоров
  2. Понижение Т-супрессоров

3. Повышение Т-хелперлеров
  4. +Одновременное понижение Т-хелперлеров и супрессоров
  5. Повышение Б-супрессоров
370. Минимальная концентрация ВИЧ отмечается:
1. В сперме
  2. В слюне
  3. В моче
  4. +В коже
  5. В поте
371. К индикаторам СПИДа НЕ относится:
1. +А типный микобактериоз
  2. Пневмоцистопневмония
  3. Обширный кандидоз
  4. Цитомегаловирусный гепатит
  5. Саркома.капоши у лиц моложе 60 лет
372. Скрининговый метод определения ВИЧ:
1. Молекулярная гибридизация
  2. Радиоиммунный
  3. Иммуноблот+ПЦР
  4. +Иммуноблот+2 ИФА
  5. ПЦР+ Иммуноблот
373. Акушерский фактор, НЕ определяющий передачу от матери к ребенку ВИЧ инфекции :
1. +Безводный период менее 4-х часов
  2. Метод родоразрешения
  3. Вагинальные исследования во время родов
  4. Акушерские мероприятия, связанные с травмой новорожденного
  5. Инвазивный мониторинг
374. К ТОРСЧ-инфекции относятся:
1. Стафилококки
  2. +Токсоплазмы
  3. Стрептококки
  4. Кишечная палочка
  5. Гарднерелла
375. Когда развиваются патологические изменения плода у беременных женщин, больных сифилисом:
1. До 12 недель
  2. +После 20 недель
  3. В 30 недель
  4. В 38-40 недель
  5. В родах
376. Наиболее частый путь передачи вируса простого герпеса плоду:
1. Антенатальный
  2. + Интранатальный
  3. Постнатальный
  4. Гематогенный
  5. Лимфогенный
377. Когда НЕ показана операция кесарева сечения при инфицировании вирусом простого герпеса:
1. Во время родов при наличии герпеса на половых органах
  2. Если прошел 21 день от появления последних герпетических высыпаний
  3. +Герпетическая инфекция в анамнезе
  4. Наличие м-антител в крови против обычного герпеса
  5. Обнаружение в мазке эпителия герпеса
378. Причиной возникновения какой патологии у плода НЕ является вирус краснухи:
1. Сердечно-сосудистая патология

2. Катаракта
  3. Нарушение слуха
  4. Нарастающие повреждения ЦНС
  5. +Внутриутробная пневмония
379. В каком сроке гестации вирус краснухи опасен для плода :
1. +4-8 недель
  2. 20 недель
  3. 30 недель
  4. Перед родами
  5. Во время родов
380. Осложнения для плода и новорожденного при инфицировании уреоплазмозом и микоплазмозом беременной:
1. +Внутриутробная пневмония
  2. Врожденный порок сердца
  3. Поражение ЦНС
  4. Антенатальная гибель плода
  5. Дисплазия тазобедренных суставов
381. Какими антибактериальными препаратами лечат хламидиоз во время беременности:
1. Нитрофураны
  2. Пенициллины
  3. Тетроциклины
  4. +Макролиды
  5. Сульфаниламиды
382. При слабости родовой деятельности у роженицы с рубцом на матке показано:
1. Родостимуляция окситоцином
  2. + Экстренное кесарево сечение
  3. Родостимуляция простагландинами
  4. Амниотомия
  5. Выжидательная тактика
383. Первородящая Н., 22 лет, поступила в роддом с жалобами на схваткообразные боли внизу живота в течение 4-х часов. Срок беременности 39-40 недель. Объективно схватки через 5 минут до 35 секунд. Вагинально: шейка матки сглажена, открытие маточного зева на 2 см, плодный пузырь цел, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Диагноз:
1. Беременность 39-40 недель. Прелиминарный период.
  2. Беременность 39-40 недель. Патологический прелиминарный период.
  3. Беременность 39-40 недель. Ложные схватки.
  4. +Беременность 39-40 недель. Первый период родов, латентная фаза.
  5. Беременность 39-40 недель. Первый период родов, активная фаза.
384. Повторнобеременная Н., 23 лет, поступила в роддом с жалобами на схваткообразные боли внизу живота в течение 4-х часов. Срок беременности 38-39 недель. Объективно схватки через 4-5 минут до 45 секунд. Вагинально: шейка матки сглажена, открытие маточного зева на 4 см, плодный пузырь цел, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Диагноз:
1. Беременность 38-39 недель. Прелиминарный период.
  2. Беременность 38-39 недель. Патологический прелиминарный период.
  3. Беременность 38-39 недель. Ложные схватки.
  4. Беременность 38-39 недель. Первый период родов, латентная фаза.
  5. +Беременность 38-39 недель. Первый период родов, активная фаза.
385. Повторнобеременная Н., 33 лет, поступила в роддом с жалобами на схваткообразные боли внизу живота в течение 6-и часов. Срок беременности 38-39 недель. Объективно схватки через 2-3 минуты до 60 секунд, потужного характера. Вагинально: шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, предлежит головка, большим сегментом во входе в малый таз. Диагноз:
1. Беременность 38-39 недель. Ложные схватки.
  2. Беременность 38-39 недель. Патологический прелиминарный период.
  3. Беременность 38-39 недель. Первый период родов, латентная фаза.
  4. Беременность 38-39 недель. Первый период родов, активная фаза.
  5. +Беременность 38-39 недель. Второй период родов.



386. У первородящей К., 24 лет, первый период родов продолжается 8 часов. Объективно схватки через 4-5 минут до 45 секунд. Вагинально: шейка матки сглажена, открытие маточного зева на 5 см, плодный пузырь цел, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Оцените темп родов:

1. Монотонный
2. Быстрый
3. Умеренный
4. Недостаточный
5. +Достаточный

387. У роженицы К., 29 лет, первый период родов продолжается 8 часов. Объективно схватки через 5-6 минут до 30 секунд. Вагинально: шейка матки сглажена, открытие маточного зева на 2 см, плодный пузырь цел, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Оцените темп родов:

1. Монотонный
2. Быстрый
3. Умеренный
4. +Недостаточный
5. Достаточный

388. Первородящая К., 26 лет, поступила в роддом через 5 часов от начала схваток. Объективно: схватки через 4 минут по 40 секунд. Вагинально: шейка матки сглажена, открытие на 3 см, плодный пузырь цел, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Повторный вагинальный осмотр через 4 часа: открытие шейки матки 7 см. Оцените темп родов:

1. Монотонный
2. Быстрый
3. Умеренный
4. Недостаточный
5. +Достаточный

389. Первородящая К., 23 лет, поступила в роддом через 6 часов от начала схваток. Объективно: схватки через 3-4 минут по 45 секунд. Вагинально: шейка матки сглажена, открытие на 4 см, плодный пузырь цел, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. В течение последнего часа схватки через 5 минут по 35-40 секунд. Повторный вагинальный осмотр через 4 часа: открытие шейки матки 6 см. Оцените темп родов:

1. Монотонный
2. Быстрый
3. Умеренный
4. +Недостаточный
5. Достаточный

390. Роженица К., 27 лет, поступила в роддом через 5 часов от начала схваток. Объективно: схватки через 3-4 минут до 40 секунд. Вагинально: шейка матки сглажена, открытие маточного зева на 3 см, плодный пузырь цел, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Через какое время следует произвести повторное влагалищное исследование:

1. 2 часа
2. 3 часа
3. +4 часа
4. 5 часов
5. 6 часов

391. Повторнобеременная Н., 29 лет, поступила в роддом с жалобами на схваткообразные боли внизу живота в течение 3-х часов. Срок беременности 38-39 недель. Объективно: схватки нерегулярные через 20-30 минут по 15- 20 секунд. Вагинально: шейка матки «зрелая», плодный пузырь цел, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз.

Диагноз:

1. +Беременность 38-39 недель. Прелиминарный период.
2. Беременность 38-39 недель. Патологический прелиминарный период.
3. Беременность 38-39 недель. Предвестники родов.
4. Беременность 38-39 недель. Первый период родов, латентная фаза.
5. Беременность 38-39 недель. Первый период родов, активная фаза.

392. Повторнобеременная Н., 30 лет, поступила в роддом с жалобами на схваткообразные боли внизу живота в течение 8-и часов. Срок беременности 38-39 недель. Объективно схватки нерегулярные через 20-30 минут по 10-20 секунд. Вагинально: шейка матки «зрелая», плодный пузырь цел, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз

Диагноз:

1. Беременность 38-39 недель. Прелиминарный период.
2. +Беременность 38-39 недель. Патологический прелиминарный период.

3. Беременность 38-39 недель. Предвестники родов.
  4. Беременность 38-39 недель. Первый период родов, латентная фаза.
  5. Беременность 38-39 недель. Первый период родов, активная фаза.
393. Каким символом отмечают на партограмме открытие шейки матки:
1. «O»
  2. +«X»
  3. «M»
  4. «A»
  5. «I»
394. Каким символом отмечают на партограмме местоположение головки:
1. +«O»
  2. «X»
  3. «M»
  4. «A»
  5. «I»
395. Каким символом отмечают на партограмме зеленые околоплодные воды:
1. «O»
  2. «X»
  3. +«M»
  4. «C»
  5. «I»
396. Каким символом отмечают на партограмме целые околоплодные воды :
1. «O»
  2. «X»
  3. «M»
  4. «C»
  5. +«I»
397. Каким символом отмечают на партограмме прозрачные околоплодные воды:
1. «O»
  2. «X»
  3. «M»
  4. «A»
  5. +«C»
398. Каким символом отмечают на партограмме отсутствие околоплодных вод:
1. «O»
  2. «X»
  3. «M»
  4. +«A»
  5. «C»
399. Какой из указанных параметров НЕ фиксируется на партограмме:
1. Сердцебиение плода
  2. +Шевеление плода
  3. Цвет околоплодных вод
  4. Конфигурация головки плода
  5. Продвижение головки плода
400. Какой из указанных параметров партограммы помогает диагностировать гипоксию плода:
1. Динамика открытия шейки матки
  2. Характер схваток
  3. +Цвет околоплодных вод
  4. Конфигурация головки плода
  5. Продвижение головки плода
401. На партограмме в графе конфигурация головки отмечено «+++». Это свидетельствует о:

1. Хорошей родовой деятельности
  2. Начале второго периода родов
  3. Неэффективности схваток
  4. +Несоответствии размеров таза матери и головки плода
  5. Соответствии размеров таза матери и головки плода
402. Через какой промежуток времени в партограмме отмечают местоположение головки плода:
1. 2 часа
  2. 3 часа
  3. +4 часа
  4. 5 часов
  5. 6 часов
403. Через какой промежуток времени в партограмме отмечают частоту сердцебиения плода:
1. 10 минут
  2. 15 минут
  3. 20 минут
  4. 25 минут
  5. + 30 минут
404. Через какой промежуток времени в партограмме отмечают частоту и характер схваток:
1. 10 минут
  2. 20 минут
  3. + 30 минут
  4. 40 минут
  5. 50 минут
405. Какое открытие шейки матки свидетельствует о начале активной фазы первого периода родов:
1. 1 см
  2. 2 см
  3. +3 см
  4. 4 см
  5. 5 см
406. Через какой промежуток времени при физиологических родах в партограмме отмечают артериальное давление и пульс роженицы:
1. 30 минут
  2. +1 час
  3. 2 часа
  4. 3 часа
  5. 4 часа
407. Через какой промежуток времени при физиологических родах в партограмме отмечают температуру тела роженицы:
1. 1 час
  2. 2 часа
  3. 3 часа
  4. +4 часа
  5. 5 часов
408. Слабые схватки у роженицы в партограмме маркируют:
1. +Точками
  2. Косыми штрихами
  3. Сплошным закрашиванием
  4. Поперечными штрихами
  5. Продольными штрихами
409. Схватки средней силы у роженицы в партограмме маркируют:
1. Точками
  2. +Косыми штрихами
  3. Сплошным закрашиванием
  4. Поперечными штрихами
  5. Продольными штрихами

410. Схватки хорошей силы у роженицы в партограмме маркируют:
1. Точками
  2. Косыми штрихами
  3. +Сплошным закрашиванием
  4. Поперечными штрихами
  5. Продольными штрихами
411. При влагалищном исследовании обнаружено, что швы на головке плода легко прощупываются, кости черепа не соприкасаются друг с другом. Каким символом в партограмме обозначают указанные данные:
1. (-)
  2. + (0)
  3. (+)
  4. (++)
  5. (+++)
412. При влагалищном исследовании обнаружено, что кости черепа слегка соприкасаются друг с другом. Каким символом в партограмме обозначают указанные данные:
1. (-)
  2. (0)
  3. +(+)
  4. (++)
  5. (+++)
413. При влагалищном исследовании обнаружено, что кости черепа плода заходят друг на друга. Каким символом в партограмме обозначают указанные данные:
1. (-)
  2. (0)
  3. (+)
  4. +(++)
  5. (+++)
414. При влагалищном исследовании обнаружено, что кости черепа плода значительно заходят друг на друга. Каким символом в партограмме обозначают указанные данные:
1. (-)
  2. (0)
  3. (+)
  4. (++)
  5. +(+++)
415. Укажите местоположение линии «действия» в партограмме:
1. Справа от линии «бдительности» на расстоянии 3-х часов
  2. Слева от линии «бдительности» на расстоянии 3-х часов
  3. +Справа от линии «бдительности» на расстоянии 4-х часов
  4. Слева от линии «бдительности» на расстоянии 4-х часов
  5. Справа от линии «бдительности» на расстоянии 5 часов
416. В партограмме в графе «количество схваток за 10 минут» закрашены 2 клетки косыми штрихами. Это означает, что в данный момент у роженицы родовая деятельность протекает со следующей частотой и характером схваток:
1. 2 схватки слабой силы
  2. +2 схватки средней силы
  3. 2 схватки хорошей силы
  4. Нерегулярные, слабые схватки
  5. Прелиминарные схватки
417. В партограмме в графе «количество схваток за 10 минут» закрашены 4 клетки косыми штрихами. Это означает, что в данный момент у роженицы родовая деятельность протекает со следующей частотой и характером схваток:
1. 4 схватки слабой силы
  2. +4 схватки средней силы
  3. 4 схватки хорошей силы
  4. Регулярные, слабые схватки

5. Прелиминарные схватки
418. В партограмме в графе «количество схваток за 10 минут» произведено сплошное закрашивание 5-ти клеток. Это означает, что в данный момент у роженицы родовая деятельность протекает со следующей частотой и характером схваток:
1. 5 схваток слабой силы
  2. 5 схваток средней силы
  3. +5 схваток хорошей силы
  4. Регулярные потуги
  5. Нерегулярные потуги
419. В партограмме в графе «количество схваток за 10 минут» произведено сплошное закрашивание 3-х клеток. Это означает, что в данный момент у роженицы родовая деятельность протекает со следующей частотой и характером схваток:
1. 3 схватки по 5-10 секунд
  2. 3 схватки по 15-20 секунд
  3. 3 схватки по 25-30 секунд
  4. 3 схватки по 30-35 секунд
  5. +3 схватки по 40-45 секунд
420. В партограмме в графе «количество схваток за 10 минут» закрашены 2 клетки точками. Это означает, что в данный момент у роженицы родовая деятельность протекает со следующей частотой и характером схваток:
1. +2 схватки слабой силы
  2. 2 схватки средней силы
  3. 2 схватки хорошей силы
  4. Нерегулярные, слабые схватки
  5. Прелиминарные схватки
421. В партограмме в графе «количество схваток за 10 минут» закрашены 3 клетки точками. Это означает, что в данный момент у роженицы родовая деятельность протекает со следующей частотой и характером схваток:
1. +3 схватки слабой силы
  2. 3 схватки средней силы
  3. 3 схватки хорошей силы
  4. Нерегулярные, слабые схватки
  5. Прелиминарные схватки
422. В партограмме первородящей линия «открытия шейки матки» расположена справа от линии «бдительности». Указанные данные свидетельствуют, что темп родов:
1. + Недостаточный
  2. Достаточный
  3. Чрезмерный
  4. Дискоординированный
  5. Характерен для начала 2-го периода
423. В партограмме первородящей линия «открытия шейки матки» расположена слева от линии «бдительности». Указанные данные свидетельствуют, что темп родов:
1. Недостаточный
  2. +Достаточный
  3. Чрезмерный
  4. Дискоординированный
  5. Характерен для начала 2-го периода
424. Укажите местоположение линии «бдительности» в партограмме:
1. 2 часа
  2. 4 часа
  3. 6 часов
  4. +8 часов
  5. 10 часов
425. В партограмме роженицы в графе «количество схваток за 10 минут» закрашивание произведено косыми штрихами. Какой силе схваток соответствует данная маркировка:
1. Слабой
  2. + Средней

3. Хорошей
  4. Чрезмерной
  5. Потуги
426. В партограмме роженицы в графе «количество схваток за 10 минут» закрашивание произведено точками. Какой силе схваток соответствует данная маркировка:
1. +Слабой
  2. Средней
  3. Хорошей
  4. Чрезмерной
  5. Потуги
427. В партограмме роженицы в графе «количество схваток за 10 минут» произведено сплошное закрашивание. Какой силе схваток соответствует данная маркировка:
1. Слабой
  2. Средней
  3. +Хорошей
  4. Чрезмерной
  5. Потуги
428. В партограмме роженицы в графе «количество схваток за 10 минут» закрашивание произведено косыми штрихами. Укажите какова продолжительность схваток:
1. 20-25 секунд
  2. +30-35 секунд
  3. 40-45 секунд
  4. 50-55 секунд
  5. 60-65 секунд
429. В партограмме роженицы в графе «количество схваток за 10 минут» закрашивание произведено «точками». Укажите какова продолжительность схваток:
1. +20-25 секунд
  2. 30-35 секунд
  3. 40-45 секунд
  4. 50-55 секунд
  5. 60-65 секунд
430. В партограмме роженицы в графе «количество схваток за 10 минут» произведено сплошное закрашивание. Укажите какова продолжительность схваток:
1. До 10 секунд
  2. 10-15 секунд
  3. 20-25 секунд
  4. 30-35 секунд
  5. +40-45 секунд
431. К врачу женской консультации обратилась беременная со сроком гестации 8-9 недель. При объективном осмотре обнаружено повышение артериального давления до 140/90 мм.рт.ст. Укажите наиболее вероятную причину повышения артериального давления:
1. Вегетосудистая дистония
  2. + Хроническая гипертензия
  3. Гипертензия, вызванная беременностью
  4. Преэклампсия легкой степени
  5. Преэклампсия тяжелой степени
432. Наиболее вероятная причина повышения артериального давления после 22 недель беременности:
1. Хроническая артериальная гипертензия
  2. + Преэклампсия
  3. Хронический гломерулонефрит
  4. Хронический пиелонефрит
  5. Нейро-циркуляторная дистония
433. Для беременных с хронической артериальной гипертензией наиболее характерно:
1. +Повышение артериального давления в ранние и поздние сроки беременности и снижение его в середине гестации

2. Повышение артериального давления в течение всей беременности
  3. Повышение артериального давления в течение всей беременности и в родах
  4. Повышение артериального давления в родах и послеродовом периоде
  5. Снижение артериального давления в ранние и поздние сроки беременности и повышение его в середине гестации
434. При ведении первого периода родов у рожениц с хронической артериальной гипертензией НЕ используется:
1. Обезболивание родов
  2. Гипотензивная терапия
  3. Ранняя амниотомия
  4. +Сульфат магния
  5. Мониторное наблюдение плода
435. Во втором периоде родов у роженицы с хронической артериальной гипертензией повысилось артериальное давление до 170/100 мм рт ст, сердцебиение плода 146 ударов в 1 минуту, ясное, ритмичное, головка плода в плоскости выхода малого таза.
- Акушерская тактика:
1. Произвести перинеотомию
  2. + Наложить акушерские щипцы
  3. Провести перидуральную анестезию
  4. Ввести сульфат магния
  5. Произвести кесарево сечение
436. С целью управляемой нормотонии во втором периоде родов используют:
1. Сульфат магния
  2. β-адреноблокаторы
  3. + Ганглиоблокаторы
  4. Глюкозо-новокаиновую смесь
  5. Перидуральную анестезию
437. Обострению пиелонефрита у беременной НЕ способствуют:
1. Инфицирование организма
  2. Изменение гормонального баланса
  3. Давление матки на мочеточники
  4. Пузырно-маточный рефлюкс
  5. +Отёки, вызванные беременностью
438. Осложнение, которое НЕ характерно для гестационного пиелонефрита:
1. Анемия
  2. Синдром задержки развития плода
  3. + Предлежание плаценты
  4. Преждевременные роды
  5. Внутриутробное инфицирование плода
439. Наиболее частым заболеванием почек у беременных является:
1. Гломерулонефрит
  2. Гидронефроз
  3. +Пиелонефрит
  4. Мочекаменная болезнь
  5. Киста почек
440. Предпочтительные антибактериальные препараты для лечения пиелонефрита у беременных в первом триместре:
1. Аминогликозиды
  2. Нитрофураны
  3. Макролиды
  4. +Полусинтетические пенициллины
  5. Сульфаниламиды
441. Оптимальный метод родоразрешения у беременных с хроническим пиелонефритом:
1. Кесарево сечение в плановом порядке
  2. Кесарево сечение в экстренном порядке
  3. Кесарево сечение в срочном порядке
  4. +Через естественные родовые пути

5. Через естественные родовые пути с наложением акушерских щипцов
442. Наиболее частая форма течения хронического гломерулонефрита у беременных:
  1. + Латентная
  2. Гипертоническая
  3. Нефротическая
  4. Смешанная
  5. С выраженной симптоматикой
443. Наиболее частое осложнение беременности при гломерулонефрите:
  1. + Преэклампсия
  2. Гидрокаликоз
  3. Предлежание плаценты
  4. Маловодие
  5. Почечная колика
445. Наиболее частое заболевание печени, связанное с беременностью:
  1. Вирусный гепатит А
  2. Вирусный гепатит В
  3. +Холестатический гепатоз
  4. Острый жировой гепатоз
  5. Холецистит
446. Для вирусного гепатита во время беременности НЕ характерно:
  1. +Рвота, тошнота по утрам до приема пищи
  2. Повышение температуры тела, нередко с ознобом
  3. Появление желтухи
  4. Гипербилирубинемия и повышение АЛТ и АСТ
  5. Темный цвет мочи
447. Для вирусного гепатита В при беременности НЕ является характерным:
  1. Продолжительный инкубационный период
  2. Выраженная интоксикация
  3. Боли в суставах и уртикарные высыпания
  4. Значительное повышение АСТ и АЛТ
  5. +Гемолитическая желтуха
448. Наиболее частым акушерским осложнением при вирусном гепатите является:
  1. Острая печеночная недостаточность
  2. Внутриутробное инфицирование плода
  3. Интранатальная гибель плода
  4. +Кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периодах
  5. Дородовое излитие околоплодных вод
449. При выявлении вирусного гепатита А у беременных в доношенном сроке показано:
  1. Наблюдение до начала спонтанной родовой деятельности
  2. Плановое кесарево сечение после проведения симптоматического лечения
  3. Экстренное кесарево сечение без проведения симптоматического лечения
  4. +Родоразрешение через естественные родовые пути после предварительного симптоматического лечения
  5. Экстренное родоразрешение через естественные родовые пути без предварительного симптоматического лечения
450. У беременной в сроке 32-33 недели выставлен диагноз вирусного гепатита В.  
Тактика врача:
  1. +Симптоматическое лечение и пролонгирование беременности
  2. Плановое кесарево сечение после проведения симптоматического лечения
  3. Экстренное кесарево сечение без проведения симптоматического лечения
  4. Срочное родоразрешение через естественные родовые пути после предварительного симптоматического лечения
  5. Экстренное родоразрешение через естественные родовые пути без предварительного симптоматического лечения
451. Беременной в сроке 34 недели выставлен диагноз острого жирового гепатоза.  
Тактика врача:
  1. Симптоматическое лечение и пролонгирование беременности



2. Плановое кесарево сечение после проведения симптоматического лечения
  3. Экстренное кесарево сечение без проведения симптоматического лечения
  4. Срочное родоразрешение через естественные родовые пути после предварительного симптоматического лечения
  5. +Досрочное родоразрешение через естественные родовые пути без предварительного симптоматического лечения
452. Наиболее часто встречающаяся форма анемии у беременных:
1. Мегалобластная, гиперхромная
  2. +Железодефицитная, гипохромная
  3. Гипопластическая
  4. Гемолитическая
  5. Апластическая
453. Развитию анемии у беременных НЕ способствует:
1. Апрофессиональные вредности
  2. +Интергенетический интервал более 2-х лет
  3. Заболевания желудочно-кишечного тракта
  4. Нерациональное питание
  5. Рвота беременных
454. Гипохромная анемия у беременных НЕ связана с:
1. Нарушением всасывания железа при анацидном гастрите
  2. Нерациональным питанием
  3. Повышенным расходом железа в процессе развития плода
  4. Повышенным тканевым обменом при беременности
  5. +Дефицитом фолиевой кислоты
455. При каких экстрагенитальных заболеваниях наиболее часто развивается преэклампсия:
1. +Артериальной гипертензии
  2. Ожирении
  3. Миопии высокой степени
  4. Врожденных пороках сердца
  5. Варикозной болезни
456. Развитие сердечной недостаточности у беременных в сроке 24-26 недель, как правило, связано с:
1. +Увеличением объема циркулирующей крови и минутного объема сердца
  2. Увеличением объема циркулирующей крови и снижением минутного объема сердца
  3. Увеличением объема циркулирующей крови и снижением сердечного выброса
  4. Снижением объема циркулирующей крови и минутного объема сердца
  5. Снижением объема циркулирующей крови и повышением минутного объема сердца
457. К диагностическим критериям активности ревматического процесса во время беременности НЕ относится:
1. +Повышение скорости оседания эритроцитов
  2. Недостаточность кровообращения при активном лечении
  3. Снижение количества ретикулоцитов
  4. Повышение титра анти-О-стрептолизина и антигиалуронидазы
  5. Лейкоцитоз  $11,0 \cdot 10^9/\text{л}$  и более, сдвиг лейкоцитарной формулы влево
458. Пролонгирование беременности допустимо при:
1. +Недостаточности митрального клапана и отсутствии гемодинамических нарушений
  2. Стенозе митрального клапана и отсутствии гемодинамических нарушений
  3. Аортальных пороках и отсутствии гемодинамических нарушений
  4. Пороках сердца с мерцательной аритмией
  5. Декомпенсированных пороках сердца
459. Лечение сердечной недостаточности у беременных при пороках сердца НЕ включает:
1. Ограничение потребления соли
  2. Кардиальные препараты
  3. Противовоспалительную терапию
  4. Диуретики
  5. +Магнезимальную терапию
460. Укажите порок сердца, при котором роды через естественные родовые пути возможны:

1. Возвратный и подострый септический эндокардит без нарушения кровообращения
  2. Любой порок с выраженным нарушением кровообращения
  3. Сочетание порока сердца с акушерской патологией
  4. Порок с длительно существующей мерцательной аритмией
  5. +Врожденный дефект межпредсердной перегородки без нарушения кровообращения
461. У беременной 37 лет при первом посещении врача женской консультации в сроке гестации 9-10 недель артериальное давление равно 150/90 мм.рт.ст.
- Предположительный диагноз:
1. + Хроническая гипертензия
  2. Гипотония беременной
  3. Гипертонический криз
  4. Ранний токсикоз
  5. Преэклампсия легкой степени
462. Осложнение, которое НЕ характерно для беременных с хронической гипертензией:
1. Преждевременные роды
  2. Развитие преэклампсии
  3. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
  4. Кровоизлияние в мозг
  5. +Предлежание плаценты
463. Наиболее часто кесарево сечение производится:
1. Корпорально
  2. Экстраперитонеально
  3. +В нижнем сегменте поперечным разрезом
  4. Через влагалище
  5. В нижнем сегменте продольным разрезом
464. Выкидышем называется прерывание беременности до:
1. +22 недель
  2. 28 недель
  3. 37 недель
  4. 40 недель
  5. 42 недель
464. Ранним выкидышем называется прерывание беременности до:
1. +16 недель
  2. 22 недель
  3. 28 недель
  4. 37 недель
  5. 42 недель
465. Поздним выкидышем называется прерывание беременности до:
1. 16 недель
  2. +22 недель
  3. 28 недель
  4. 37 недель
  5. 42 недель
466. Привычный выкидыш — это самопроизвольное прерывание беременности:
1. В раннем сроке 1 раз
  2. В позднем сроке 1 раз
  3. Несостоявшийся аборт 1 раз
  4. + Два и более раз в любом сроке
  5. В сроке 28-29 недель 1 раз
467. Симптомы угрожающего выкидыша:
1. Отсутствие роста матки
  2. Изменение сердцебиения плода
  3. Маточное кровотечение

4. +Повышение тонуса матки
  5. Частое мочеиспускание
468. Средняя продолжительность родов у первородящей составляет:
1. 2-4 часа
  2. 5-7 часов
  3. 8-10 часов
  4. +11-12 часов
  5. 13-16 часов
469. Из аномалий родовой деятельности реже всего встречается:
1. Дискординированная родовая деятельность.
  2. Слабость родовой деятельности
  3. Чрезмерная родовая деятельность
  4. +Дистоция шейки матки
  5. Патологический прелиминарный период.
470. Какие этиологические факторы прерывания беременности в 1-ом триместре гестации:
1. Истмико-цервикально недостаточность
  2. Гипертонус матки
  3. Воспалительные заболевания половой системы
  4. Механическая травма
  5. +Гипофункция яичников
471. Из аномалий родовой деятельности наиболее часто встречается:
1. Дискординированная родовая деятельность.
  2. +Слабость родовой деятельности
  3. Чрезмерная родовая деятельность
  4. Дистоция шейки матки
  5. Патологический прелиминарный период.
472. У беременной при сроке 28 недель с хронической артериальной гипертензией появились жалобы на одышку, заложенность носа, отеки на лице, туловище и нижних конечностях. Объективно: частота дыхательных движений 23 в минуту, артериальное давление 170/100 мм рт ст, пульс 84 в минуту, анасарка. Ваш диагноз?
1. ОРВИ
  2. хроническая артериальная гипертензия, криз
  3. Аллергический ринит
  4. +Преэклампсия тяжелой степени
  5. Эклампсия, ОРВИ
473. Беременная с гестационным пиелонефритом получает антибиотики широкого спектра действия, гипертермия периодически повторяется. Эффективность антибактериальной терапии следует оценить через:
1. 24 часа
  2. 48 часов
  3. + 72 часа
  4. 96 часов
  5. 120 часов
474. Наиболее частой причиной прерывания беременности во втором триместре является:
1. +Истмико-цервикальная недостаточность
  2. Гипертонус матки
  3. Воспалительные заболевания половой системы
  4. Механическая травма
  5. Хромосомные заболевания
475. Наиболее частой причиной прерывания беременности в ранних сроках является:
1. Истмико-цервикально недостаточность
  2. Гипертонус матки
  3. Воспалительные заболевания половой системы
  4. Механическая травма
  5. +Хромосомные заболевания

476. Клиническая картина гипотиреоза:
1. +Бледность, отечность, брадикардия, сухость кожи, заторможенность речи
  2. Влажная кожа, тахикардия, быстрая речь, гипертензия, гипергидратация
  3. Экзофтальм, тремор рук, заторможенность речи, гипотензия, гипергидратация
  4. Энофтальм, повышение аппетита, похудание, гипертензия гипергидратация,
  5. Умственное развитие адекватное, артериальная гипертензия, влажная кожа, тахикардия
477. В женскую консультацию обратилась беременная с диагнозом: Беременность 4-5 недель. Ревматическая болезнь. Приобретенный порок сердца – митральный стеноз. Состояние после комиссуротомии. В анамнезе ревматизм, приобретенный порок сердца – стеноз митрального клапана, 1 год назад была проведена митральная комиссуротомия. В течение последних 5 лет ревматическая болезнь не обострялась. Ваша тактика:
1. Госпитализация в стационар, прерывание беременности до 12 недель
  2. Пролонгирование беременности до 28 недель, родоразрешение в плановом порядке.
  3. Пролонгирование беременности до 32 недель, после 30 недель проведение кардиальной и антиревматической терапии
  4. Пролонгирование беременности до 36 недель, после 30 недель проведение кардиальной и антиревматической терапии
  5. +Пролонгирование беременности до доношенного срока, после 30 недель проведение кардиальной и антиревматической терапии
478. Какие виды из нижеперечисленных желтух связаны с беременностью?
1. Гепатит А
  2. Гепатит В
  3. Гепатит С
  4. Гепатит Д
  5. +Острая жировая дистрофия печени
479. У беременной в сроке гестации 32 недели отмечается желтушное окрашивание кожи и склер. Объективно: АД 140/90 мм.рт.ст., отеки на нижних конечностях. В лабораторных исследованиях крови отмечен гемолиз, тромбоциты до 80 тыс., гемоглобин 78 г/л. Предварительный диагноз:
1. +HELLP-синдром
  2. Гепатит А
  3. Гепатит С
  4. Гепатит В
  5. Гепатит Д
480. Клиническая картина тиреотоксикоза?
1. Бледность, отечность лица, брадикардия, сухость кожи,
  2. +Влажная кожа, тахикардия, быстрая речь, гипертензия
  3. Экзофтальм, тремор рук, заторможенность речи, гипотензия
  4. Энофтальм, повышение аппетита, похудание, гипертензия
  5. Артериальная гипертензия, сухая кожа, тахикардия
481. При каком пороке сердца беременность НЕ противопоказана:
1. Рестеноз после комиссуротомии
  2. +Недостаточность митрального клапана
  3. Комбинированный митральный порок
  4. Комплекс Эйзенменгера
  5. Тетрада Фалло
482. Какой врожденный порок сердца является противопоказанием для вынашивания беременности:
1. Дефект межжелудочковой перегородки
  2. Дефект межпредсердной перегородки
  3. Дополнительная хорда в левом желудочке
  4. Тетрада Фалло после хирургической коррекции
  5. +Коарктация аорты
483. При каком врожденном пороке сердца допустимо вынашивание беременности:
1. Тетрада Фалло
  2. Коарктация аорты
  3. Комплекс Эйзенменгера
  4. +Дефект межпредсердной перегородки
  5. Пентада Фалло

484. Количество околоплодных вод при физиологической доношенной беременности:
1. 100-200мл
  2. 200-300мл
  3. 300-400мл
  4. +500-1500мл
  5. 1600-2000мл
485. Беременная со сроком беременности 9 недель жалуется на рвоту до 22-х раз, потерю в весе. Объективно: гипотония, тахикардия до 110 раз в минуту, снижение диуреза, остаточный азот и креатинин повышены, в моче ацетон ++++. Ваш диагноз:
1. +Беременность 9 недель. Ранний токсикоз, рвота беременных тяжелой степени.
  2. Беременность 9 недель. Ранний токсикоз, рвота беременных средней степени
  3. Беременность 9 недель. Ранний токсикоз. Рвота беременных степени легкой
  4. Беременность 9 недель. Острый холецистопанкреатит
  5. Беременность 9 недель. Дизентерия, энтероколит.
486. Беременная со сроком беременности 8-9 недель жалуется на рвоту до 22-х раз в сутки, потерю в весе. Выставлен диагноз: Беременность 8-9 недель. Ранний токсикоз. Рвота беременных тяжелой степени. Тактика врача?
1. Госпитализация, пролонгирование беременности на фоне инфузионной терапии
  2. Госпитализация, инфузионная дезинтоксикационная, общеукрепляющая терапия
  3. +Госпитализация, комплексное лечение в течение 2 суток, при безэффективности- прерывание беременности
  4. Госпитализация в дневной стационар
  5. Диспансерное наблюдение
487. Беременная со сроком беременности 9 недель жалуется на рвоту до 15-ти раз в сутки. Объективно: артериальное давление 90/60 мм рт ст, пульс 96 раз в минуту, диурез не изменен, остаточный азот и креатинин в норме. В моче ацетон +. Ваш диагноз:
1. +Беременность 9 недель. Ранний токсикоз, рвота беременных тяжелой степени.
  2. Беременность 9 недель. Ранний токсикоз, рвота беременных средней степени
  3. Беременность 9 недель. Ранний токсикоз. Рвота беременных степени легкой
  4. Беременность 9 недель. Острый холецистопанкреатит
  5. Беременность 9 недель. Дизентерия, энтероколит.
488. Беременная со сроком беременности 8-9 недель жалуется на рвоту до 15-ти раз в сутки. Выставлен диагноз: Беременность 8-9 недель. Ранний токсикоз. Рвота беременных средней степени. Тактика врача?
1. В лечении не нуждается
  2. +Госпитализация, инфузионная дезинтоксикационная, общеукрепляющая терапия с оценкой эффективности
  3. Госпитализация, прерывание беременности на фоне инфузионной терапии
  4. Диспансерное наблюдение
  5. Госпитализация в дневной стационар
489. Беременная со сроком беременности 9 недель жалуется на рвоту до 5-ти раз в сутки. Объективно: артериальное давление 100/60 ммртст, пульс 78 в минуту, диурез не изменен, остаточный азот и креатинин в норме, в моче ацетон не обнаружен. Ваш диагноз:
1. Беременность 9 недель. Ранний токсикоз, рвота беременных тяжелой степени.
  2. Беременность 9 недель. Ранний токсикоз, рвота беременных средней степени
  - 3.+ Беременность 9 недель. Ранний токсикоз. Рвота беременных легкой степени
  4. Беременность 9 недель. Острый холецистопанкреатит
  5. Беременность 9 недель. Дизентерия, энтероколит.
490. Беременная со сроком беременности 8-9 недель жалуется на рвоту до 6-ти раз всутки. Выставлен диагноз: Беременность 8-9 недель. Ранний токсикоз. Рвота беременных легкой степени. Тактика врача?
1. Госпитализация, инфузионная дезинтоксикационная, общеукрепляющая терапия с оценкой эффективности
  2. Госпитализация, прерывание беременности на фоне инфузионной терапии
  3. Госпитализация, пролонгирование беременности на фоне инфузионной терапии
  4. +Амбулаторное наблюдение
  5. Прерывание беременности по медицинским показаниям
491. Беременная со сроком беременности 8-9 недель жалуется на постоянное слюнотечение, потерю в весе. Объективно: гипотония, тахикардия до 110 раз в минуту, диурез снижен, остаточный азот и креатинин повышены. В моче ацетон ++++. Ваш диагноз:
1. +Беременность 8-9 недель. Птиализм.
  2. Беременность 8-9 недель. Ранний токсикоз. Остеопатия беременных.
  3. Беременность 8-9 недель. Ранний токсикоз. Рвота беременных средней степени

4. Беременность 8-9 недель. Острый панкреатит
  5. Беременность 8-9 недель. Дизентерия.
492. Беременная со сроком беременности 8-9 недель жалуется на постоянное слюнотечение, потерю в весе. Объективно: гипотония, тахикардия до 90 уд. в минуту, диурез снижен, остаточный азот и креатинин повышены. В моче ацетон ++++. Выставлен диагноз: Беременность 8-9 недель. Ранний токсикоз. Птиализм. Тактика врача?
1. +Госпитализация, комплексная дезинтоксикационная, инфузионная, общеукрепляющая терапия
  2. Госпитализация, диета, общеукрепляющая терапия
  3. Госпитализация, прерывание беременности на фоне инфузионной терапии
  4. Диспансерное наблюдение
  5. Госпитализация в дневной стационар
493. Беременная со сроком беременности 28 недель отмечает отеки на нижних конечностях, передней стенке живота. Головной боли, головокружения нет, зрение ясное. Объективно: состояние тяжелое, АД 160/110 и 165/100 мм рт ст, пульс 90 в минуту, анасарка. Матка увеличена до 28 недель беременности, не возбудима. Положение плода продольное, головное. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 136 ударов в минуту. Ваш диагноз:
1. Беременность 28 недель. Хроническая артериальная гипертензия.
  2. Беременность 28 недель. Хронический гломерулонефрит, смешанная форма
  3. + Беременность 28 недель. Преэклампсия тяжелой степени
  4. Беременность 28 недель. Преэклампсия легкой степени
  5. Беременность 28 недель. Обострение хронического пиелонефрита
494. Беременная со сроком беременности 32 недель отмечает отеки на нижних конечностях, передней стенке живота. Объективно: состояние тяжелое, АД 160/110 мм.рт.ст. 165/100 мм.рт.ст. пульс 90 в минуту, анасарка. Выставлен диагноз: Беременность 32 недели. Преэклампсия тяжелой степени. Ваша тактика:
1. + Комплексное лечение преэклампсии в условиях ОРИТ, профилактика СДР плода, досрочное родоразрешение в течение 24-48 часов
  2. Лечение преэклампсии в условиях отделения патологии беременности
  3. Лечение преэклампсии в условиях ОРИТ с оценкой эффективности через 1 неделю
  4. Продолжить амбулаторное наблюдение
  5. Госпитализация и лечение в дневном стационаре
495. В родильный дом доставили беременную без сознания. Родственники отмечают, что она 6 дней назад жаловалась на головные боли. При осмотре: скованность, состояние тяжелое, без сознания. АД 180/100 мм.рт.ст., матка увеличена соответственно 31-32 неделям беременности, положение плода продольное, головное, сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ясное, ритмичное, моча по катетеру мутная, в количестве 40 мл. Ваш диагноз?
1. Беременность 31-32 недель. Вирусный менингит
  2. Беременность 31-32 недель. Преэклампсия тяжелой степени
  3. Беременность 31-32 недель. Острое нарушение мозгового кровообращения
  4. +Беременность 31-32 недель. Эклампсия. Кома
  5. Беременность 31-32 недель. Острая почечная недостаточность.
496. В родильный дом доставили беременную без сознания. Выставлен диагноз: Беременность 31-32 недель. Эклампсия. Кома. Врачебная тактика?
1. + Интубация трахеи, искусственная вентиляция легких, экстренное кесарево сечение
  2. Лечение эклампсии в условиях отделения патологии беременности
  3. Лечение эклампсии в условиях ОРИТ с оценкой эффективности через 1 неделю
  4. Диспансерное наблюдение
  5. Госпитализация и лечение в дневном стационаре
497. У беременной со сроком 9-10 недель отмечается жалобы на боли в костях, мышцах, изменение походки, парестезия в области таза и лобка. Ваш диагноз:
1. Беременность 8-9 недель. Корешковый синдром
  2. Беременность 8-9 недель. Симфизит
  3. +Беременность 8-9 недель. Остеопатия беременных
  4. Беременность 8-9 недель. Воспаление седалищного нерва
  5. Беременность 8-9 недель. Угроза прерывания беременности
499. Одним из наиболее часто встречающихся осложнений при многоплодной беременности является:
1. Предлежание плаценты
  2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
  3. Переношенная беременность

4. + Слабость родовой деятельности
  5. Внутритрубная гипоксия плодов
500. В приемный покой обратилась первобеременная, 24 лет со сроком беременности 37-38 недель. При УЗИ определена двойня, оба плода в продольном положении, головном предлежании. Предположительный вес плодов 3000 г. План ведения родов:
1. Кесарево сечение в плановом порядке
  2. +Консервативные роды, при развитии слабости родовой деятельности – кесарево сечение
  3. Консервативные роды, при развитии слабости родовой деятельности - родостимуляция
  4. Консервативные роды, кесарево сечение по жизненным показаниям со стороны роженицы
  5. Амниотомия, родовозбуждение окситоцином
501. Признаком многоплодной беременности является определение:
1. Тазового предлежания плода
  2. Снижение шевелений плода
  3. +Трех или более крупных частей плода
  4. Косого и поперечного положения плода
  5. Многоводия
502. При преждевременных родах с целью профилактики дистресс-синдрома плода глюкокортикоиды применяются до:
1. 32 недель беременности
  2. +34 недель беременности
  3. 36 недель беременности
  4. 38 недель беременности
  5. 40 недель беременности
503. При физиологической беременности плацента преимущественно располагается:
1. В дне матки
  2. В нижнем сегменте матки,
  3. По передней стенке матки
  4. +По задней стенке матки
  5. По боковой стенке матки.
504. При предлежании плаценты последняя располагается:
1. В дне матки с переходом на переднюю или заднюю стенку
  2. +В нижнем сегменте матки, перекрывая внутренний зев
  3. По передней стенке матки
  4. По задней стенке матки
  5. По боковой стенке матки.
505. Одной из причин предлежания плаценты является:
1. Хромосомные аномалии
  2. Врожденные пороки развития плода
  3. +Воспалительные процессы эндометрия
  4. Маловодие, многоводие
  5. Неправильные положения плода
506. Информативным методом диагностики предлежания плаценты является:
1. Сбор анамнеза
  2. Наружное акушерское обследование
  3. Осмотр на зеркалах
  4. Влагалищное исследование
  5. +Ультразвуковое исследование
507. Высокий риск преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты отмечается у беременных:
1. + С преэклампсией
  2. Повторнородящих
  3. С крупным плодом
  4. С анемией
  5. С узким тазом
508. В роддом поступила беременная с жалобами на слабость, обильное кровотечение из половых путей. В обменной карте при последней явке вытравлен диагноз: Беременность 35-36 недель. Полное предлежание плаценты. Тактика акушера-гинеколога:

1. Родоразрешение путем операции кесарево сечение в плановом порядке
  2. Сохраняющая терапия, пролонгирование беременности
  3. Родоразрешение путем операции кесарево сечение в срочном порядке
  4. Аминиотомия и родовозбуждение в плановом порядке
  5. +Родоразрешение путем кесарево сечения в экстренном порядке
509. В роддом поступила беременная со сроком 35-36 недель беременности с жалобами на слабость, обильное кровотечение из половых путей. В анамнезе: 4 медицинских аборта, последний осложнился метроэндометритом, данная беременность пятая. Объективно: кожные покровы бледные, артериальное давление 90/60 мм рт ст, пульс 96 в минуту, матка не возбудима, положение плода продольное, головка высоко над входом в малый таз, сердцебиение плода 140 ударов в минуту, отеков нет. В зеркалах: кровянистые выделения.
- Предварительный диагноз:
1. +Беременность 35-36 недель. Предлежание плаценты. Кровотечение. Геморрагический шок 1 степени
  2. Беременность 35-36 недель. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
  3. Беременность 35-36 недель. Кровотечение из варикозно расширенных вен влагалища
  4. Беременность 35-36 недель. Начавшийся разрыв матки.
  5. Беременность 35-36 недель. Предлежание плаценты.
510. Беременная в 19-20 недель обратилась с жалобами на внезапное кровотечение из половых путей. Объективно: высота дна матки - 25 см, окружность живота - 89 см. На зеркалах: шейка матки цианотичная, выделения кровянистые, имеются соединительнотканые пузырьки диаметром до 0,8 см с жидким содержимым. Вагинально: матка увеличена до 24-25 недель, цервикальный канал проходим для 1,5 см.
- Ваш предварительный диагноз:
1. Беременность 19-20 недель. Аборт в ходу
  2. +Беременность 19-20 недель. Пузырный занос
  3. Беременность 19-20 недель. Начавшийся самопроизвольный аборт
  4. Беременность 19-20 недель, предлежание плаценты
  5. Беременность 19-20 недель, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
511. Беременная в 9-10 недель обратилась с жалобами на внезапное кровотечение из половых путей. При ультразвуковом исследовании выявлено несоответствие размеров матки сроку гестации, эмбрион не визуализируется, в полости матки картина «снежной бури».
- Ваш предварительный диагноз:
1. Беременность 9-10 недель. Аборт в ходу
  2. +Беременность 9-10 недель. Пузырный занос
  3. Беременность 9-10 недель. Начавшийся самопроизвольный аборт
  4. Беременность 9-10 недель. Предлежание хориона
  5. Беременность 9-10 недель. Несостоявшийся аборт
512. Беременная в 9-10 недель обратилась с жалобами на внезапное кровотечение из половых путей. Выставлен диагноз: Беременность 9-10 недель. Пузырный занос.
- Ваша тактика:
1. +Выскабливание полости матки
  2. Пролонгирование беременности
  3. Ампутация матки без придатков
  4. Экстирпация матки без придатков
  5. Сохраняющая терапия, химиотерапия
512. Беременной произведено выскабливание полости матки в 9-10 недель по поводу пузырного заноса, передана на диспансерное наблюдение в женскую консультацию. Гистологический диагноз: трофобластическая болезнь, пузырный занос. Определение какого гормона необходимо проводить систематически:
1. + Хорионического гонадотропина в моче
  2. Прогестерона в крови
  3. Тестостерона в крови
  4. 17-КС в моче
  5. Фолликулостимулирующего гормона крови
513. Беременной произведено выскабливание полости матки в 9-10 недель по поводу пузырного заноса. Гистологический диагноз: трофобластическая болезнь, пузырный занос. Передана на диспансерное наблюдение в женскую консультацию
- Какова длительность диспансерного наблюдения пациентки с пузырным заносом:
1. 6 месяцев
  2. 1 год



3. +2 года
  4. 3 года
  5. 4 года
514. Основной клинический симптом предлежания плаценты:
1. Локальная болезненность и напряжение матки
  2. Нарушение ритма сердцебиения плода
  3. Шарообразная форма матки
  4. +Кровотечение из половых путей на фоне полного покоя
  5. Дородовое излитие околоплодных вод
515. Основной клинический симптом преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты:
1. +Локальная болезненность и напряжение матки
  2. Аномалия родовой деятельности
  3. Шарообразная форма матки
  4. Кровотечение из половых путей
  5. Дородовое излитие околоплодных вод
516. При влагалищном исследовании у первородящей открытие маточного зева 4 см, определено неполное предлежание плаценты и тазовое предлежание плода.
- Тактика ведения родов?
1. Амниотомия и родостимуляция
  2. Продолжать роды вести консервативно
  3. +Кесарево сечение в экстренном порядке
  4. Роды вести по Цовьянову
  5. Экстракция плода за тазовый конец
517. У первородящей, не состоявшей на учете по беременности, в доношенном сроке при влагалищном исследовании открытие маточного зева 4 см, предлежит губчатая ткань на всем протяжении. Ваш диагноз:
1. +Беременность доношенная. I период родов. Полное предлежание плаценты.
  2. Беременность доношенная. I период родов. Неполное предлежание плаценты.
  3. Беременность доношенная. II период родов. Краевое предлежание плаценты.
  4. Беременность доношенная. I период родов. Низкая плацентация.
  5. Беременность доношенная. I период родов. Краевое предлежание плаценты.
518. У первородящей, не состоявшей на учете по беременности, в доношенном сроке при влагалищном исследовании открытие маточного зева 4 см, определяется губчатая ткань на протяжении 3 см, оболочки шероховатые. Ваш диагноз:
1. Беременность доношенная. I период родов. Полное предлежание плаценты.
  2. +Беременность доношенная. I период родов. Неполное предлежание плаценты.
  3. Беременность доношенная. II период родов. Краевое предлежание плаценты.
  4. Беременность доношенная. I период родов. Низкая плацентация.
  5. Беременность доношенная. I период родов. Краевое предлежание плаценты.
519. У первородящей в доношенном сроке при ультразвуковом исследовании выявлено, что нижний край плаценты на расстоянии 5 см от внутреннего зева. Ваш диагноз:
1. Беременность доношенная. Полное предлежание плаценты.
  2. Беременность доношенная. Неполное предлежание плаценты.
  3. Беременность доношенная. Краевое предлежание плаценты.
  4. +Беременность доношенная. Низкая плацентация.
  5. Беременность доношенная.
520. У первородящей в доношенном сроке при ультразвуковом исследовании выявлено, что нижний край плаценты на расстоянии 3 см от внутреннего зева.
- Ваш диагноз:
1. Беременность доношенная. Полное предлежание плаценты.
  2. +Беременность доношенная. Неполное предлежание плаценты.
  3. Беременность доношенная. Краевое предлежание плаценты.
  4. Беременность доношенная. Низкая плацентация.
  5. Беременность доношенная.

521. Во время операции кесарево сечение, произведенного в связи с полным предлежанием плаценты, при попытке отделения плаценты началось обильное кровотечение, плацента не отделяется на всем протяжении.

Ваш диагноз:

1. Плотное прикрепление плаценты
2. + Полное истинное приращение плаценты
3. Нарушения отделения плаценты
4. Неполное истинное приращение плаценты
5. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

522. Во время операции кесарево сечение, произведенного в связи с полным предлежанием плаценты, при попытке отделения плаценты началось обильное кровотечение, плацента отделилась по периферии и не отделяется на участке 5\*6 см .

1. Плотное прикрепление плаценты
2. Полное истинное приращение плаценты
3. Нарушения отделения плаценты
4. +Неполное истинное приращение плаценты
5. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

523. Во время операции кесарево сечение, произведенного, в связи с полным предлежанием плаценты, при попытке отделения плаценты началось обильное кровотечение, плацента не отделяется на всем протяжении. Выставлен диагноз: полное истинное приращение плаценты

Ваша дальнейшая тактика:

1. Введение окситоцина в миометрий
2. Введение окситоцина внутривенно
3. Экстирпация матки с придатками
4. +Экстирпация матки без придатков
5. Ампутация матки без придатков

524. Для профилактики дистресс-синдрома плода при преждевременных родах применяется:

1. β-адреномиметики
2. β-адреноблокаторы
3. Гестагены
4. +Глюкокортикоиды
5. Эстрогены

525. Основная роль в патогенезе аномалий родовой деятельности отводится:

1. +Снижению уровня эстрогена
2. Повышению уровня эстрогена
3. Повышению уровня прогестерона
4. Снижению уровня кальция
5. Снижению уровня кортизола

526. При проведении ультразвуковом исследовании в сроке 37-38 недель выявлено, что плацента находится на расстоянии 6 см от внутреннего зева.

Ваш диагноз:

1. Беременность доношенная. Полное предлежание плаценты.
2. Беременность доношенная. Неполное предлежание плаценты.
3. Беременность доношенная. Краевое предлежание плаценты.
4. +Беременность доношенная. Низкая плацентация.
5. Беременность доношенная.

527. При проведении ультразвуковом исследовании в сроке 37-38 недель выявлено, что плацента находится на расстоянии 7,5 см от внутреннего зева.

Ваш диагноз:

1. Беременность доношенная. Полное предлежание плаценты.
2. Беременность доношенная. Неполное предлежание плаценты.
3. Беременность доношенная. Краевое предлежание плаценты.
4. Беременность доношенная. Низкая плацентация.
5. +Беременность доношенная.

528. При низкой плацентации нижний край плаценты расположен от внутреннего зева на расстоянии менее:

1. 9 см
2. +7 см
3. 5 см

4. 3 см
  5. 2 см
529. При нормальной локализации плаценты нижний ее край расположен от внутреннего зева на расстоянии более:
1. 9 см
  2. +7 см
  3. 5 см
  4. 3 см
  5. 2 см
530. У беременной с предлежанием плаценты в сроке 26-27 недель появились кровянистые выделения из половых путей в количестве 150 мл.  
Тактика врача:
1. Госпитализация, экстренное кесарево сечение
  2. Лечение в дневном стационаре
  3. Госпитализация, экстренное кесарево сечение, ампутация матки
  4. +Госпитализация, сохраняющая терапия
  5. Госпитализация, наблюдение до спонтанных родов в стационаре
531. У беременной с предлежанием плаценты в сроке 37-38 недель появились кровянистые выделения из половых путей в количестве 150 мл.  
Тактика врача:
1. +Госпитализация, экстренное кесарево сечение
  2. Лечение в дневном стационаре
  3. Госпитализация, экстренное кесарево сечение, ампутация матки
  4. Госпитализация, сохраняющая терапия
  5. Госпитализация, наблюдение до спонтанных родов в стационаре
532. Беременная с полным предлежанием плаценты в сроке 37-38 недель поступила в роддом, родовой деятельности нет, из половых путей слизистые выделения.  
Тактика врача:
1. Госпитализация, плановое кесарево сечение, с последующей ампутацией матки
  2. Госпитализация, экстренное кесарево сечение
  3. +Госпитализация, плановое кесарево сечение
  4. Госпитализация, экстренное кесарево сечение, ампутация матки
  5. Госпитализация, сохраняющая терапия
533. Беременной с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты в сроке 37-38 недель показана:
1. +Госпитализация, экстренное кесарево сечение
  2. Госпитализация, плановое кесарево сечение
  3. Госпитализация, срочное кесарево сечение
  4. Госпитализация, сохраняющая терапия
  5. Госпитализация, наблюдение до спонтанных родов в стационаре
534. У роженицы диагностирована преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты в первом периоде родов при открытии маточного зева на 3-4 см. Тактика врача:
1. Амниотомия и консервативное ведение родов
  2. +Кесарево сечение в экстренном порядке
  3. Консервативное ведение родов
  4. Амниотомия, родостимуляция
  5. Наложение акушерских щипцов
535. У роженицы диагностирована преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты в первом периоде родов при открытии маточного зева на 3-4 см. Тактика врача:
1. Амниотомия и консервативное ведение родов
  2. +Кесарево сечение в экстренном порядке
  3. Консервативное ведение родов
  4. Амниотомия, родостимуляция
  5. Наложение акушерских щипцов
536. У роженицы во втором периоде родов диагностирована преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, начавшаяся острая гипоксия плода, головка на тазовом дне.  
Тактика врача:

1. Консервативное ведение родов
  2. Кесарево сечение в экстренном порядке
  3. Эпизиотомия
  4. Родостимуляция окситоцином внутривенно капельно
  5. +Наложение акушерских щипцов
538. У роженицы при вагинальном исследовании: открытие маточного зева полное, крестцовая впадина и лонное сочленение свободны, головка плода не отталкивается, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева и спереди.  
Определите позицию, вид плода и местоположение головки:
1. I позиция, передний вид, головка прижата ко входу в малый таз
  2. I позиция, задний вид, головка большим сегментом во входе в малый таз
  3. II позиция, передний вид, головка над входом в малый таз
  4. II позиция, задний вид, головка над входом в малый таз
  5. +I позиция, передний вид, головка малым сегментом во входе в малый таз
539. У роженицы при вагинальном исследовании: открытие маточного зева полное, крестцовая впадина и лонное сочленение свободны, головка плода не отталкивается, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа и спереди.  
Определите позицию, вид плода и местоположение головки:
1. I позиция, передний вид, головка прижата ко входу в малый таз
  2. I позиция, задний вид, головка большим сегментом во входе в малый таз
  3. +II позиция, передний вид, головка малым сегментом во входе в малый таз
  4. II позиция, задний вид, головка над входом в малый таз
  5. I позиция, передний вид, головка малым сегментом во входе в малый таз
540. При каком предлежании головка прорезывается малым косым размером:
1. +Переднем виде затылочного
  2. Заднем виде затылочного
  3. Переднетеменном
  4. Лобном
  5. Лицевом
541. При каком предлежании головка прорезывается средним косым размером:
1. Переднем виде затылочного
  2. +Заднем виде затылочного
  3. Переднетеменном
  4. Лобном
  5. Лицевом
542. При переднем виде затылочного предлежания родовая опухоль расположена в области:
1. + Малеого родничка
  2. Большого родничка
  3. Лба
  4. Лица
  5. Середины расстояния между малым и большим родничками
543. При заднем виде затылочного предлежания родовая опухоль расположена в области:
1. Малеого родничка
  2. Большого родничка
  3. + Середины расстояния между малым и большим родничками
  4. Лица
  5. Подбородка
544. У повторнородящей родовая деятельность в течение 5-ти часов, схватки каждые 2-3 минуты, по 40-50 секунд. Вагинально: открытие маточного зева на 7 см, плодный пузырь цел, головка малым сегментом во входе в малый таз.  
Оцените темп родов:
1. Стремительный
  2. Быстрый
  3. Недостаточный
  4. Слабый
  5. +Удовлетворительный

545. У повторнородящей родовая деятельность в течение 3-х часов, схватки каждые 1-2 минуты, по 50-55 секунд. Вагинально: открытие маточного зева на 7 см, плодный пузырь цел, головка малым сегментом во входе в малый таз.

Оцените темп родов:

1. Стремительный
2. +Быстрый
3. Недостаточный
4. Слабый
5. Удовлетворительный

546. У повторнородящей родовая деятельность в течение 2-х часов, схватки каждые 1-2 минуты, по 50-55 секунд. Вагинально: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка большим сегментом во входе в малый таз.

Оцените темп родов:

1. +Стремительный
2. Быстрый
3. Недостаточный
4. Слабый
5. Удовлетворительный

547. У первородящей родовая деятельность в течение 3-х часов, схватки каждые 1-2 минуты, по 50-55 секунд. Вагинально: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка большим сегментом во входе в малый таз.

Оцените темп родов:

1. +Стремительный
2. Быстрый
3. Недостаточный
4. Слабый
5. Удовлетворительный

548. У первородящей родовая деятельность в течение 5-ти часов, схватки каждые 1-2 минуты, по 50-55 секунд. Вагинально: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка большим сегментом во входе в малый таз.

Оцените темп родов:

1. Стремительный
2. +Быстрый
3. Недостаточный
4. Слабый
5. Удовлетворительный

549. У первородящей родовая деятельность в течение 15-ти часов, схватки каждые 5 минут, по 30 секунд. Вагинально: открытие маточного зева 7 см, плодного пузыря нет, головка малым сегментом во входе в малый таз.

Оцените темп родов:

1. Стремительный
2. Быстрый
3. Чрезмерный
4. +Слабый
5. Удовлетворительный

550. У повторнородящей родовая деятельность в течение 10-ти часов, схватки через 5 минут, по 30 секунд. Вагинально: открытие маточного зева 6 см, плодного пузыря нет, головка большим сегментом во входе в малый таз.

Оцените темп родов:

1. Стремительный
2. Быстрый
3. Чрезмерный
4. +Слабый
5. Удовлетворительный

551. У роженицы при вагинальном исследовании: открытие маточного зева полное, нижняя половина лонного сочленения, три нижних крестцовых позвонка и ости седалищных костей свободны. Определите местоположение головки плода:

1. Малым сегментом во входе в малый таз
2. Большим сегментом во входе в малый таз
3. +В широкой части полости малого таза

4. В узкой части полости малого таза
  5. На тазовом дне
552. У роженицы при вагинальном исследовании: открытие маточного зева полное, головка занимает всю крестцовую впадину и лонное сочленение, пальпируются седалищные бугры и верхушка копчика. Определите местоположение головки плода:
1. Прижата ко входу в таз
  2. Большим сегментом во входе в малый таз
  3. В широкой части полости малого таза
  4. + В узкой части полости малого таза
  5. На тазовом дне
553. У роженицы при вагинальном исследовании: открытие маточного зева полное, головка занимает всю крестцовую впадину и лонное сочленение, седалищные бугры и верхушка копчика не пальпируются. Стреловидный шов в прямом размере плоскости выхода малого таза, малый родничок спереди. Определите местоположение головки плода:
1. Прижата ко входу в таз
  2. Большим сегментом во входе в малый таз
  3. В широкой части полости малого таза
  4. В узкой части полости малого таза
  5. + На тазовом дне
554. Длительное нахождение роженицы в положении на спине может привести к:
1. Преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты
  2. Ослаблению родовой деятельности
  3. + Сдавлению нижней полой вены
  4. Усилению родовой деятельности
  5. Затяжным родам
555. Течение какого периода родов отражает партограмма:
1. + 1-го
  2. 2-го
  3. 1-го и 2-го
  4. 2-го и 3-го
  5. Всех периодов родов
556. Какой срок гестации соответствует переношенной беременности?
1. +42 и более недель
  2. 41-42 недель
  3. 40-41 недель
  4. 38-39 недель
  5. 37-38 недель
557. Преждевременные роды соответствуют срок гестации :
1. с момента зачатия до 12 недель
  2. с 12 до 16 недель
  3. с 16 недель до 22 недель
  4. с 22 недель до 32 недель
  5. + с 22 недель до 37 недель
558. Наиболее часто встречающееся осложнение у переношенного новорожденного при запоздалых родах:
1. + Аспирация околоплодными водами
  2. Травма ключицы
  3. Кефалогематома
  4. Паралич лицевого нерва
  5. Паралич Эрба
559. Объективный метод исследования для подтверждения многоплодной беременности?
1. Наружное акушерское исследование
  2. + Ультразвуковое исследование
  3. Аускультация сердцебиения плодов
  4. Измерение окружности живота и высоты стояния дна матки
  5. Бимануальное брюшно-стеночно-влагалищное исследование

560. Первородящая Н., 24 лет, поступила через 3 час от начала родовой деятельности с потугами через 1 минуту по 55-60 секунд. Вагинально: открытие маточного зева полное, головка на тазовом дне. Ваш диагноз:

1. Слабость родовой деятельности
2. Дискординация родовой деятельности
3. +Стремительные роды,
4. Тетанус матки
5. Быстрые роды

561. Первородящая Н., 24 лет поступила через 5 часов от начала родовой деятельности с потугами через 1-2 минуты по 55-60 секунд. Вагинально: открытие маточного зева полное, головка на тазовом дне.

1. Слабость родовой деятельности
2. Дискординация родовой деятельности
3. Стремительные роды,
4. Тетанус матки
5. +Быстрые роды,

562. Повторнородящая Н., 24 лет, поступила через 3 часа от начала родовой деятельности с потугами через 1 минуту по 55-60 секунд, сердцебиение плода 100 ударов в минуту, приглушено, после потуг не приходит в норму. Вагинально: открытие маточного зева полное, головка на тазовом дне. Ваш диагноз:

1. Слабость родовой деятельности, гипоксия плода
2. Дискординация родовой деятельности
3. Стремительные роды, гипоксия плода
4. Тетанус матки, гипоксия плода
5. +Быстрые роды, гипоксия плода

563. Повторнородящая Н., 24 лет, поступила через 1 час от начала родовой деятельности с потугами через 1 минуту по 55-60 секунд, сердцебиение плода 100 ударов в минуту, приглушено, после потуг не приходит в норму. Вагинально: открытие маточного зева полное, головка на тазовом дне. Ваш диагноз:

1. Слабость родовой деятельности, гипоксия плода
2. Дискординация родовой деятельности
3. +Стремительные роды, гипоксия плода
4. Тетанус матки, гипоксия плода
5. Быстрые роды, гипоксия плода

564. Первородящая А, 26 лет, поступила в роддом через 13 часов от начала регулярной родовой деятельности, схватки через 5-6 минут по 20-25 секунд, сердцебиение плода 132 удара в минуту. Вагинально: открытие маточного зева – 4 см. Ваш диагноз?

1. +Слабость родовой деятельности
2. Дискординация родовой деятельности
3. Быстрые роды
4. Тетанус матки
5. Стремительные роды

565. Беременная 20 лет, поступила при сроке гестации 35-36 недель с кровотечением из половых путей. Акушерский статус: матка в тонусе, не расслабляется, положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода приглушенное, 170 ударов в минуту. На зеркалах: кровянистые выделения из цервикального канала. По данным ультразвукового исследования, произведенного в 30 недель, плацента по задней стенке.

Ваш предварительный диагноз:

1. +Беременность 35-36 недель. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Начавшаяся острая гипоксия плода
2. Беременность 35-36 недель. Предлежание плаценты. Начавшаяся острая гипоксия плода
3. Беременность 35-36 недель. Начавшаяся острая гипоксия плода
4. Беременность 35-36 недель. I период родов. Хроническая гипоксия плода.
5. Беременность 35-36 недель. II период родов. Хроническая гипоксия плода

566. Беременная 20 лет, поступила при сроке гестации 35-36 недель с кровотечением из половых путей. Выставлен предварительный диагноз: Беременность 35-36 недель. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Начавшаяся острая гипоксия плода. Ваша тактика:

1. +Экстренное кесарево сечение
2. Лечение преэклампсии
3. Плановое кесарево сечение
4. Лечение гипоксии плода
5. Амниотомия, родовозбуждение

567. При пельвиометрии выявлены следующие размеры: *distantia spinarum* – 25 см, *distantia cristarum* - 29 см, *distantia trochanterica* – 33 см, *conjugata externa* – 20 см. Индекс Соловьева – 15 см. Длина истинной конъюгаты равна:
1. 9 см
  2. 10 см
  3. +11 см
  4. 12 см
  5. 13 см
568. При пельвиометрии выявлены следующие размеры: *distantia spinarum* – 25 см, *distantia cristarum* - 29 см, *distantia trochanterica* – 33 см, *conjugata externa* – 18 см. Индекс Соловьева – 15 см. Длина истинной конъюгаты равна:
1. +9 см
  2. 10 см
  3. 11 см
  4. 12 см
  5. 13 см
569. Роженице во II-ом периоде родов выставлен диагноз: Клинический узкий таз.
- Ваша тактика ведения родов:
1. Родостимуляция окситоцином
  2. Акушерские щипцы
  3. Вакуум-экстракция плода
  4. +Кесарево сечение
  5. Выжидательная тактика
570. Когда диагностируется клинически узкий таз :
1. До беременности
  2. Во время беременности
  3. В I-ом периоде родов
  4. + Во II-ом периоде родов
  5. После родов
571. Когда диагностируется анатомически узкий таз :
1. До беременности
  2. +Во время беременности
  3. В I-ом периоде родов
  4. Во II-ом периоде родов
  5. После родов
572. Возможная причина преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты во 2-ом периоде родов:
1. Слабость родовой деятельности
  2. Хориоамнионит
  3. +Абсолютно короткая пуповина
  4. Дородовое излитие околоплодных вод
  5. Истинное приращение плаценты
573. Наиболее частым осложнением при антенатальной гибели плода является
1. Гипотоническое кровотечение
  2. Плотное прикрепление плаценты
  3. Приращение плаценты
  4. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
  5. +Коагулопатическое кровотечение
574. Наиболее частым осложнением в родах крупным плодом является:
1. +Гипотоническое кровотечение
  2. Плотное прикрепление плаценты
  3. Приращение плаценты
  4. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
  5. Коагулопатическое кровотечение
575. Наиболее частым осложнением при предлежании плаценты является:
1. Выворот матки



2. Плотное прикрепление плаценты
  3. +Приращение плаценты
  4. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
  5. Коагулопатическое кровотечение
576. При разрыве промежности 2-ой степени нарушается целостность:
1. Задней спайки
  2. +Кожи, стенки влагалища, мышц промежности
  3. Кожки промежности
  4. Передней стенки влагалища, сфинктера мочеиспускательного канала
  5. Сфинктера прямой кишки
578. При разрыве промежности 1-ой степени нарушается целостность:
1. +Задней спайки
  2. Кожки, стенки влагалища, мышц промежности
  3. Передней стенки влагалища, сфинктера мочеиспускательного канала
  4. Сфинктера прямой кишки
  5. Кожки промежности
579. При разрыве промежности 3-ей степени нарушается целостность:
1. Задней спайки
  2. +Кожки, влагалища, мышц промежности, сфинктера прямой кишки
  3. Кожки промежности
  4. Передней стенки влагалища,
  5. Сфинктера мочеиспускательного канала
580. Для истинного полного приращения плаценты характерно:
1. + Отсутствие кровотечения в третьем периоде родов
  2. Обильное кровотечение после рождения новорожденного
  3. Умеренное кровотечение после рождения новорожденного
  4. Скудное кровотечение после рождения новорожденного
  5. Обильное кровотечение во 2-ом периоде родов
581. Согласно партограмме для определения темпа родов вагинальное исследование проводится через:
1. 2 часа
  2. 3 часа
  3. +4 часа
  4. 5 часов
  5. 6 часов
582. Согласно партограмме для определения темпа родов у первородящей вагинальное исследование проводится через:
1. 2 часа
  2. 3 часа
  3. +4 часа
  4. 5 часов
  5. 6 часов
583. Согласно партограмме для определения темпа родов у повторнородящей вагинальное исследование проводится через:
1. 2 часа
  2. 3 часа
  3. +4 часа
  4. 5 часов
  5. 6 часов
584. При пельвиометрии выявлены следующие размеры таза: distantia cristarum – 29, distantia spinarum - 26, distantia trochanterica - 31, conjugata externa - 11 см Ваш диагноз?
1. + Простой плоский таз
  2. Общеравномерносуженный таз
  3. Плоскорохитический таз
  4. Кососмещенный таз
  5. Поперечносуженный таз

585. При пельвиометрии выявлены следующие размеры таза: *distantia spinarum* -23, *distantia cristarum* – 26, *distantia trochanterica* -29, *conjugata externa* - 20см. Ваш диагноз?
1. Простой плоский таз
  2. Общеравномерносуженный таз
  3. Плоскорихитический таз
  4. Кососмещенный таз
  5. + Поперечносуженный таз
586. При пельвиометрии выявлены следующие размеры таза: *distantia spinarum* -26, *distantia cristarum* -26, *distantia trochanterica* -31, *conjugata externa* -18 см. Ваш диагноз?
1. Простой плоский таз
  2. Общеравномерносуженный таз
  3. +Плоскорихитический таз
  4. Кососмещенный таз
  5. Поперечносуженный таз
587. При пельвиометрии выявлены следующие размеры таза *distantia spinarum* -24, *distantia cristarum* -26, *distantia trochanterica* -28, *conjugata externa* -18 см. Ваш диагноз?
1. Простой плоский таз
  2. +Общеравномерносуженный таз
  3. Плоскорихитический таз
  4. Кососмещенный таз
  5. Поперечносуженный таз
588. При пельвиометрии выявлены следующие размеры таза *distantia spinarum* -25, *distantia cristarum* -28, *distantia trochanterica* -31, *conjugata externa* -18 см, *conjugata diagonalis*-10 см. Ваш диагноз?
1. -Простой плоский таз
  2. Общеравномерносуженный таз
  3. Плоскорихитический таз
  4. Кососмещенный таз
  5. Поперечносуженный таз
589. Наиболее частым осложнением у беременных с сахарным диабетом является:
1. Маловодие
  2. Гипертензивное состояние
  3. Преждевременное прерывание беременности
  4. Врожденные пороки у плода
  5. + Крупный плод
590. У роженицы в первом периоде родов излилось 2,5 литров околоплодных вод. Вагинально: открытие маточного зева 3 см. Предлежит головка. Диагноз:
1. +Раннее излитие околоплодных вод. Многоводие
  2. Преждевременное излитие околоплодных вод. Многоводие
  3. Раннее излитие околоплодных вод. Маловодие
  4. Преждевременное излитие околоплодных вод. Маловодие
  5. Многоводие
591. В ранних сроках беременности гормональная функция трофобласта оценивается по уровню:
1. Эстрогена
  2. Эстрадиола
  3. Совокупности эстрогенов
  4. + Хориального гонадотропина
  5. Прегнандиола
592. При сроке беременности 32 недели высота дна матки, как правило, составляет:
1. 22-24 см
  2. 25-27 см
  3. +30-32 см
  4. 34- 36 см
  5. 37-38 см

593. Какой размер женского таза, полученный при пельвиометрии, наиболее важен в акушерстве?
1. distantia spinarum
  2. distantia trochanterica
  3. distantia cristarum
  4. +conjugata externa
  5. conjugata diagonalis
594. Какой размер женского таза можно определить при влагалищном исследовании:
1. distantia spinarum
  2. distantia trochanterica
  3. distantia cristarum
  4. conjugata externa
  5. +conjugata diagonalis
595. Объективным неинвазивным методом диагностики многоплодной беременности является:
1. +Ультразвуковое
  2. Рентгенологическое
  3. Радиоизотопная скintiграфия
  4. Компьютерная томография
  5. Внутреннее акушерское исследование
596. Клиника угрозы прерывания беременности характеризуется появлением:
1. + Боли внизу живота
  2. Дизурических явлений
  3. Кровянистых выделений
  4. Структурных изменений шейки матки
  5. Обильными белями
597. Одним из признаков доношенного новорожденного является:
1. + Расположение пупочного кольца на середине белой линии живота
  2. Яички не опущены в мошонку
  3. Широкие швы
  4. Широкие роднички
  5. Мягкие кости черепа, обильная сыровидная смазка
598. Дайте определение понятия невынашивание беременности:
1. Прерывание беременности в сроке до 22 недель
  2. Прерывание беременности в сроке 28-37 недель
  3. Прерывание беременности с ранних сроков до 28 недель
  4. Прерывание беременности с ранних сроков до 32 недель
  5. + Прерывание беременности с ранних сроков до 37 недель
599. Наиболее частой причиной позднего выкидыша является:
1. +Истмико-цервикальная недостаточность
  2. Ожирение
  3. Гиперандрогения
  4. Гипофункция яичника
  5. Инфекция
600. Преждевременные роды – роды, произошедшие в сроке беременности:
1. 15-16 недель
  2. 17-22 недель
  3. +22-37 недель
  4. 37-38 недель
  5. 39- 40 недель
601. В каком сроке беременности проводится антенатальная профилактика резус - сенсибилизации:
1. 11-12 недель
  2. 16-17 недель
  3. 20-22 недель

4. +28-29 недель
  5. 36-37 недель
602. У первобеременной женщины с Rh (-) фактором крови беременность закончилась самопроизвольным выкидышем в сроке 12-13 недель. Тактика врача:
1. Профилактика резус-сенсibilизации через 1 месяц после выкидыша
  2. Профилактика резус-сенсibilизации через 2 недели после выкидыша
  3. + Профилактика резус-сенсibilизации в течение первых 48 часов после выкидыша
  4. Обследование на наличие Rh-антител, при их отсутствии провести профилактику резус-сенсibilизации
  5. Обследование на наличие Rh-антител, при их наличии провести профилактику резус-сенсibilизации
603. Профилактика резус-сенсibilизации после родов проводится:
1. + Первые 48 часов
  2. Первые 72 часа
  3. На 5 суток
  4. На 7 суток
  5. На 10 суток
604. Во время УЗИ беременной с Rh (-) фактором крови при сроке гестации 36 недель определена толщина плаценты 60 мм. Указанные УЗ-данные соответствуют:
1. Физиологической беременности
  2. Анемической форме гемолитической болезни плода
  3. Желтушной форме гемолитической болезни плода
  4. + Отечной форме гемолитической болезни плода
  5. Гипоплазии плаценты
605. У новорожденного с гемолитической болезнью нарастает желтуха. Ребенок вялый, сосет плохо, уровень билирубина в сыворотке крови равен 362 мкмоль/л.  
План лечения:
1. Очистительная клизма
  2. Фототерапия
  3. Гемосорбция
  4. + Заменное переливание крови
  5. Плазмоферез
606. У беременной с плоскорихитическим тазом измерена диагональная конъюгата - 11 см. Чему равна истинная конъюгата:
1. 10 см
  2. +9 см
  3. 8 см
  4. 7,5 см
  5. 6,5 см
607. У беременной измерены размеры ромба Михаэлиса, вертикальный размер равен 11 см, горизонтальный - 10 см. Указанные размеры ромба Михаэлиса соответствуют:
1. + Нормальному тазу
  2. Общеравномерно суженному тазу
  3. Простому плоскому тазу
  4. Плоскорихитическому тазу
  5. Поперечно суженному тазу
608. При нормально развивающейся маточной беременности НЕ наблюдается следующий симптом:
1. Увеличение размеров матки
  2. Размягчение матки
  3. Изменена реакция при пальпации
  4. + Гипертонус матки
  5. Изменение формы матки
609. У повторнобеременной с резус-отрицательным фактором крови, отягощенным акушерским анамнезом (2 самопроизвольных выкидыша), при сроке гестации 32 недели отмечается рост титра Rh-антител. Какой метод исследования необходимо произвести для

уточнения диагноза:

1. Биопсия ворсин хориона
  2. Плацентоцентез
  3. Амниоскопия
  4. +Амниоцентез
  5. КТГ плода
610. При проведении II-го приема Леопольда- Левицкого обнаружена головка справа, тазовый конец слева. Указанные данные соответствуют:
1. Поперечное положение, первая позиция
  2. +Поперечное положение, вторая позиция
  3. Поперечное положение плода
  4. Косое положение, первая позиция
  5. Косое положение, вторая позиция
611. При проведении I-го приема Леопольда- Левицкого обнаружена высота стояния дна матки - на уровне пупка. Какому сроку беременности соответствуют указанные данные :
1. 20 недель
  2. +24 недель
  3. 28 недель
  4. 32 недели
  5. 36 недель
612. При проведении I-го приема Леопольда- Левицкого обнаружена высота стояния дна матки - на уровне мечевидного отростка. Какому сроку беременности соответствуют указанные данные:
1. 24 нед.
  2. 28 нед.
  3. 32 нед.
  4. +36 нед.
  5. 40 нед.
613. При проведении I-го приема Леопольда- Левицкого обнаружена высота стояния дна матки на середине между мечевидным отростком и пупком. Какому сроку беременности соответствуют указанные данные:
1. 28 нед.
  2. 32 нед.
  3. 36 нед.
  4. 40 нед.
  5. +32 нед. и 40 нед.
614. При проведении I-го приема Леопольда- Левицкого обнаружена высота стояния дна матки на середине между мечевидным отростком и пупком, ОЖ - 85 см, пупок сглажен. Какому сроку беременности соответствуют указанные данные:
1. 28 нед.
  2. +32 нед.
  3. 36 нед.
  4. 40 нед.
  5. 42 нед.
615. При проведении I-го приема Леопольда- Левицкого обнаружена высота стояния дна матки на середине между мечевидным отростком и пупком, ОЖ - 95 см, пупок выпячен. Какому сроку беременности соответствуют указанные данные:
1. 24 нед.
  2. 28 нед.
  3. 32 нед.
  4. 36 нед.
  5. +40 нед.

616. При проведении II-го приема Леопольда- Левицкого обнаружена головка в левой подвздошной области, справа в дне матки - тазовый конец. Указанные данные

соответствуют:

1. Поперечное положение, первая позиция
2. Поперечное положение, вторая позиция
3. Косое положение плода
4. +Косое положение, первая позиция
5. Косое положение, вторая позиция

617. При проведении II-го приема Леопольда- Левицкого обнаружена головка в правой подвздошной области, слева в дне матки - тазовый конец. Указанные данные

соответствуют:

1. Поперечное положение, первая позиция
2. Поперечное положение, вторая позиция
3. Косое положение плода
4. Косое положение, первая позиция
5. +Косое положение, вторая позиция

618. При проведении наружного акушерского исследования у беременной с доношенным сроком гестации определена высота стояния дна матки на уровне пупка, вторым приемом Леопольда- Левицкого обнаружена головка справа, тазовый конец слева, предлежащая часть отсутствует. Диагноз:

1. Задержка внутриутробного развития плода
2. Тазовое предлежание плода
3. Поперечное положение плода, первая позиция
4. +Поперечное положение плода, вторая позиция
5. Косое положение плода, первая позиция

619. В роддом поступила повторнородящая с доношенным сроком гестации с началом родовой деятельности, через 2 часа от излития околоплодных вод. При наружном акушерском исследовании высота стояния дна матки на уровне пупка, вторым приемом Леопольда- Левицкого обнаружена головка справа, тазовый конец слева, предлежащая часть отсутствует. Диагноз:

1. Первый период родов. Задержка внутриутробного развития плода
2. Первый период родов. Тазовое предлежание плода. Раннее излитие околоплодных вод
3. Поперечное положение плода, первая позиция. Преждевременное излитие околоплодных вод.
4. +Первый период родов. Поперечное положение плода, вторая позиция. Раннее излитие околоплодных вод
5. Первый период родов. Косое положение плода, первая позиция. Преждевременное излитие околоплодных вод.

620. У повторнородящей с доношенным сроком гестации выставлен диагноз: Первый период родов. Поперечное положение плода. Раннее излитие околоплодных вод. Тактика врача:

1. Произвести наружный поворот на головку
2. Произвести наружно-внутренний поворот на ножку с последующей экстракцией плода
3. Роды вести консервативно, при полном открытии маточного зева произвести наружно-внутренний поворот на ножку с последующей экстракцией плода
4. Плановое кесарево сечение
5. +Экстренное кесарево сечение

621. У повторнородящей с доношенным сроком гестации выставлен диагноз: Первый период родов. Косое положение плода. Раннее излитие околоплодных вод. Тактика врача:

1. Роды вести консервативно, произвести наружный поворот на головку
2. Произвести наружно-внутренний поворот на ножку с последующей экстракцией плода
3. Роды вести консервативно, при полном открытии маточного зева произвести наружно-внутренний поворот на ножку с последующей экстракцией плода
4. Плановое кесарево сечение
5. +Экстренное кесарево сечение

622. У повторнородящей с доношенным сроком гестации выставлен диагноз:Неполное предлежание плаценты. Косое положение плода. Тактика врача:
1. Роды вести консервативно, произвести наружный поворот на головку
  2. Произвести наружно-внутренний поворот на ножку
  3. Роды вести консервативно, при полном открытии маточного зева произвести наружно-внутренний поворот на ножку с последующей экстракцией плода
  4. +Плановое кесарево сечение
  5. Экстренное кесарево сечение
623. В роддом поступила повторнородящая с доношенным сроком гестации через 2 часа от начала родовой деятельности и излития околоплодных вод. При проведении II-го приема Леопольда- Левицкого обнаружена головка в правой подвздошной области, слева в дне матки - тазовый конец, предлежащей части нет. Диагноз:
1. Первый период родов. Тазовое предлежание плода. Раннее излитие околоплодных вод
  2. Поперечное положение плода, первая позиция. Преждевременное излитие околоплодных вод.
  3. Косое положение плода, вторая позиция. Преждевременное излитие околоплодных вод.
  4. +Первый период родов.Косое положение плода, вторая позиция.Раннее излитие околоплодных вод
  5. Первый период родов. Косое положение плода, первая позиция. Преждевременное излитие околоплодных вод.
624. У повторнородящей с доношенным сроком гестации выставлен диагноз:Многopлодная беременность, двойня. Тазовое предлежание обоих плодов. Тактика врача:
1. Роды вести консервативно, при диагностике слабости родовой деятельности родоразрешить путем операции кесарева сечения
  2. Роды вести консервативно, при полном открытии маточного зева произвести экстракцию плода за ножку
  3. Роды вести консервативно, при появлении акушерских осложнений родоразрешить путем операции кесарева сечения
  4. +Плановое кесарево сечение
  5. Экстренное кесарево сечение
625. У повторнородящей с доношенным сроком гестации выставлен диагноз:Многopлодная беременность, двойня. Головное предлежание обоих плодов. Тактика врача:
1. Роды вести консервативно, при диагностике слабости родовой деятельности - родостимуляция окситоцином
  2. Роды вести консервативно, профилактика кровотечения в последовом периоде
  3. +Роды вести консервативно, при появлении акушерских осложнений родоразрешить путем операции кесарева сечения
  4. Плановое кесарево сечение
  5. Экстренное кесарево сечение
626. У повторнородящей с доношенным сроком гестации выставлен диагноз:Многopлодная беременность, двойня. Тазовое предлежание первого плода, поперечное положение второго плода. Тактика врача:
1. Роды вести консервативно, при диагностике слабости родовой деятельности родоразрешить путем операции кесарева сечения
  2. Роды вести консервативно, при полном открытии маточного зева произвести экстракцию первого плода за ножку, наружно-внутренний поворот на ножку второго плода
  3. Роды вести консервативно, начать вести второй период по Цовьянову, наружно-внутренний поворот на ножку второго плода
  4. +Плановое кесарево сечение
  5. Экстренное кесарево сечение
627. У первородящей с доношенным сроком гестации выставлен диагноз:Тазовое предлежание.Размеры таза нормальные. Предполагаемая масса плода - 3200,0.Тактика врача:
1. Роды вести консервативно, при диагностике слабости родовой деятельности родоразрешить путем операции кесарева сечения

2. Роды вести консервативно, при полном открытии маточного зева произвести экстракцию плода за ножку
  3. +Роды вести консервативно, второй период по Цовьянову, при появлении акушерских осложнений родоразрешить путем операции кесарева сечения
  4. Плановое кесарево сечение
  5. Экстренное кесарево сечение
628. У первородящей с доношенным сроком гестации выставлен диагноз: Тазовое предлежание. Поперечносуженный таз. Предполагаемая масса плода - 3200,0. Тактика врача:
1. Роды вести консервативно по Цовьянову
  2. Роды вести консервативно, при полном открытии маточного зева произвести экстракцию плода за ножку
  3. Роды вести консервативно, второй период по Цовьянову, при появлении акушерских осложнений родоразрешить путем операции кесарева сечения
  4. +Плановое кесарево сечение
  5. Экстренное кесарево сечение
629. У повторнородящей с доношенным сроком гестации выставлен диагноз: Тазовое предлежание. Размеры таза нормальные. Предполагаемая масса плода - 3900,0. Тактика врача:
1. Роды вести консервативно по Цовьянову
  2. Роды вести консервативно, при полном открытии маточного зева произвести экстракцию плода за ножку
  3. Роды вести консервативно, при появлении акушерских осложнений родоразрешить путем операции кесарева сечения
  4. +Плановое кесарево сечение
  5. Экстренное кесарево сечение
630. У повторнородящей с доношенным сроком гестации при вагинальном исследовании: открытие маточного зева 6см, плодный пузырь цел, предлежат ягодицы, прижаты ко входу в малый таз. Диагноз:
1. +Первый период родов. Неполное ягодичное предлежание
  2. Первый период родов. Полное ягодичное предлежание
  3. Первый период родов. Смешанное ягодичное предлежание
  4. Второй период родов. Неполное ягодичное предлежание
  5. Второй период родов. Полное ягодичное предлежание
631. У повторнородящей с доношенным сроком гестации при вагинальном исследовании: открытие маточного зева 8 см, плодного пузыря нет, предлежат ягодицы и стопы плода. Диагноз:
1. Первый период родов. Неполное ягодичное предлежание
  2. +Первый период родов. Полное ягодичное предлежание
  3. Первый период родов. Чистоягодичное предлежание
  4. Второй период родов. Неполное ягодичное предлежание
  5. Второй период родов. Полное ягодичное предлежание
632. У повторнородящей с доношенным сроком гестации при вагинальном исследовании: открытие маточного зева 10 см, плодного пузыря нет, предлежат ягодицы и стопы плода. Диагноз:
1. Первый период родов. Неполное ягодичное предлежание
  2. Первый период родов. Полное ягодичное предлежание
  3. Первый период родов. Чистоягодичное предлежание
  4. Второй период родов. Неполное ягодичное предлежание
  5. +Второй период родов. Полное ягодичное предлежание
633. У повторнородящей с доношенным сроком гестации при вагинальном исследовании: открытие маточного зева 10 см, плодного пузыря нет, предлежат ягодицы плода, в полости малого таза. Диагноз:
1. Первый период родов. Неполное ягодичное предлежание
  2. Первый период родов. Полное ягодичное предлежание
  3. Первый период родов. Чистоягодичное предлежание
  4. +Второй период родов. Неполное ягодичное предлежание
  5. Второй период родов. Полное ягодичное предлежание



634. У повторнородящей с доношенным сроком гестации при вагинальном исследовании: открытие маточного зева 5 см, плодного пузыря нет, предлежит ножка плода. Диагноз:
1. Первый период родов. Неполное ягодичное предлежание
  2. Первый период родов. Полное ножное предлежание
  3. +Первый период родов. Неполное ножное предлежание
  4. Второй период родов. Неполное ягодичное предлежание
  5. Второй период родов. Полное ножное предлежание
635. У повторнородящей с доношенным сроком гестации при вагинальном исследовании: открытие маточного зева 10 см, плодного пузыря нет, предлежат ножки плода, в полости малого таза. Диагноз:
1. Первый период родов. Неполное ягодичное предлежание
  2. Первый период родов. Полное ножное предлежание
  3. Первый период родов. Неполное ножное предлежание
  4. Второй период родов. Неполное ягодичное предлежание
  5. +Второй период родов. Полное ножное предлежание
636. У повторнородящей с доношенным сроком гестации при вагинальном исследовании: открытие маточного зева 6 см, плодного пузыря нет, предлежат ножки плода, в полости малого таза. Диагноз:
1. Первый период родов. Неполное ягодичное предлежание
  2. +Первый период родов. Полное ножное предлежание
  3. Первый период родов. Неполное ножное предлежание
  4. Второй период родов. Неполное ягодичное предлежание
  5. Второй период родов. Полное ножное предлежание
637. У пациентки с привычным невынашиванием при сроке гестации 19 недель обнаружена истмико-цервикальная недостаточность. Лечение:
1. Гестагены
  2. Дексаметазон
  3. Строгий постельный режим
  4. +Хирургическая коррекция ицн
  5. Хирургическая коррекция ицн в сроке 27-28 недель
638. У пациентки с привычным невынашиванием при сроке гестации 20 недель жалоб нет. Объективно: матка не возбудима. Вагинально: шейка матки длиной 2,5 см, мягкая, канал шейки матки пропускает 1 п/п, выделения слизистые. Диагноз:
1. Угрожающий поздний самопроизвольный выкидыш
  2. Начавшийся поздний самопроизвольный выкидыш
  3. Неполный поздний самопроизвольный выкидыш
  4. Аборт в ходу
  5. +Истмико-цервикальная недостаточность
639. Первобеременная, первородящая 28 лет поступила с диагнозом беременность 43-44 недель. Рост-160 см., вес-90 кг. В анамнезе предшествующее бесплодие в течение 4 лет. Сердцебиение плода не прослушивается. Выберите правильный диагноз:
1. +Беременность 43-44 недель. Антенатальная гибель плода.ОАА. Ожирение II степени.
  2. Беременность 43-44 недель. Перинатальная гибель плода.ОАА. Ожирение I степени.
  3. Беременность 43-44 недель. Интранатальная гибель плода.ОАА. Ожирение II степени.
  4. Беременность 43-4 недель. Бесплодие. Ожирение II степени.
  5. Беременность 43-44 недель. Ожирение II степени.
640. Первобеременная, первородящая 28 лет поступила с диагнозом беременность 43-44 недель. Рост-160 см, вес-90 кг. В анамнезе бесплодие в течение 4 лет. Сердцебиение плода не прослушивается. Определите причину гибели плода:
1. Ожирение
  2. +Переношенная беременность
  3. Недоношенность плода
  4. Гипоксия плода
  5. Первичное бесплодие
641. Первобеременная, первородящая 29 лет поступила с диагнозом: Беременность 43-44 недель. Антенатальная гибель плода.ОАА. Ожирение II степени. Вагинально: шейка матки "зрелая". Тактика врача:
1. Амниотомия

2. +Амниотомия, родовозбуждение
  3. Плодоразрушающая операция
  4. Кесарево сечение
  5. Акушерские щипцы
642. В женскую консультацию обратилась первобеременная с жалобами на снижение двигательной активности плода. Срок беременности 35-36 недель, матка соответствует сроку беременности, сердцебиение плода ясное, ритмичное. Какой метод обследования даст информативную оценку состояния плода:
1. Гормональный метод (определение эстриол1.
  2. +Кардиотахография с использованием функциональных проб
  3. Метод наружного акушерского исследования
  4. УЗИ
  5. Функциональные пробы
643. На прием акушер-гинеколога обратилась беременная в сроке беременности 9-10 недель, пролеченная неделю назад в инфекционной больнице по поводу тяжелой формы краснухи. Акушерская тактика:
1. УЗИ для выявления ВПР плода
  2. Консультация генетика
  3. Биопсия ворсин хориона
  4. Определения ХГЧ в крови
  5. +Прерывание беременности
644. На прием акушер-гинеколога обратилась беременная в сроке беременности 9-10 недель, со слов месяц назад прошла флюорографию. Тактика врача:
1. +УЗИ для выявления ВПР плода
  2. Консультация генетика
  3. Биопсия ворсин хориона
  4. Определения ХГЧ в крови
  5. Прерывание беременности
645. При сроке беременности 16 недель в плазме крови беременной отмечается повышение уровня альфа-фетопротеина в 2,8 раз. Такое патологическое состояние наблюдается при:
1. Анэнцефалии
  2. +Синдроме Дауна
  3. Омфалоцеле
  4. Атрезии 12-перстной кишки
  5. Двойне
646. К ранним признакам развития гемолитической болезни плода относятся:
1. +Утолщение плаценты
  2. Гпатоспленомегалия
  3. Повышение уровня билирубина в амниотической жидкости
  4. Расширение вен пуповины
  5. Многоводие
647. Уровень какого гормона плаценты позволяет оценить функцию системы "мать-плацента-плод":
1. ХГЧ
  2. Пролактин
  3. СМТ
  4. Прогестерон
  5. +Эстрадиол
648. Беременная при сроке беременности 11-12 недель обратилась с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей. Вагинально: шейка матки длиной 2,5 см, наружный зев пропускает один п/п, матка увеличена до 11-12 недель беременности. Диагноз:
1. Угрожающий аборт
  2. +Начавшийся аборт
  3. Аборт в ходу
  4. Полный аборт
  5. Неполный аборт

649. В состоянии полного покоя у женщины в сроке беременности 37 недель появились кровянистые выделения из половых путей. Какая наиболее вероятная причина кровотечения:

1. Эрозия шейки матки
2. Полип шейки матки
3. +Предлежание плаценты
4. ПОНРП
5. Пузырный занос

650. Какая из нижеперечисленных процедур технически проста и практически безопасна для плода:

1. Плацентоцентез
2. Хорионбиопсия
3. Кордоцентез
4. Биопсия тканей плода
5. +Амниоцентез

651. В женскую консультацию обратилась беременная 28 лет при сроке беременности 24-25 недель с жалобами на боли внизу живота и в пояснице. Матка увеличена соответственно сроку беременности, возбудима, локальной болезненности нет. PV: шейка матки сохранена, выделения скудные, слизистые. Диагноз:

1. +Угрожающие преждевременные роды
2. Начинающиеся преждевременные роды
3. Начавшиеся преждевременные роды
4. ПОНРП
5. Предлежание плаценты

652. В женскую консультацию обратилась беременная 25 лет при сроке беременности 24-25 недель с жалобами на схваткообразные боли внизу живота. Матка увеличена соответственно сроку беременности, возбудима, локальной болезненности нет. PV: шейка матки укорочена, цервикальный канал пропускает 1 п/п, выделения скудные, слизистые. Диагноз:

1. Угрожающие преждевременные роды
2. +Начинающиеся преждевременные роды
3. Начавшиеся преждевременные роды
4. ПОНРП
5. Предлежание плаценты

653. В женскую консультацию обратилась беременная 23 лет при сроке беременности 35-36 недель с жалобами на схваткообразные боли внизу живота. Матка увеличена соответственно сроку беременности, локальной болезненности нет. PV: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4 см, плодный пузырь цел. Диагноз:

1. Угрожающие преждевременные роды
2. Начинающиеся преждевременные роды
3. +Начавшиеся преждевременные роды
4. ПОНРП
5. Предлежание плаценты

654. В женскую консультацию обратилась беременная 25 лет при сроке беременности 24-25 недель. В анамнезе 2 самопроизвольных выкидыша в сроке 20-21 неделя. Матка увеличена соответственно сроку беременности, невозбудима. PV: шейка матки укорочена до 2,0 см, цервикальный канал пропускает 1 п/п, выделения скудные, слизистые. Диагноз:

1. Угрожающие преждевременные роды
2. Начинающиеся преждевременные роды
3. Начавшиеся преждевременные роды
4. ПОНРП
5. +Истмико-цервикальная недостаточность

655. У беременной ОЖ равна 100 см, ВДМ равна 32 см. Предполагаемая масса плода по формуле Якубовой:

1. 3700,0
2. 3600,0
3. 3400,0
4. +3300,0
5. 3200,0

656. У беременной ОЖ равна 100 см, ВДМ равна 32 см. Предполагаемая масса плода по формуле Жордания:

1. 3700,0

2. 3600,0
3. 3400,0
4. 3300,0
5. +3200,0

657. В женскую консультацию обратилась беременная 21 года со сроком гестации 7-8 недель с жалобами отсутствие аппетита, рвоту до 25 раз всутки, снижение массы тела на 6 кг. При объективном осмотре: кожные покровы бледные, сухие, пульс 92 удара в минуту, АД 90\60 мм рт.ст., желтушность склер. Ваш диагноз:

1. Беременность 7-8 недель. Рвота беременных легкой степени.
2. Беременность 7-8 недель. Рвота беременных средней степени.
3. +Беременность 7-8 недель. Рвота беременных тяжелой степени.
4. Беременность 7-8 недель. Острый гастрит.
5. Беременность 7-8 недель. Пищевая токсикоинфекция.

658. В женскую консультацию обратилась женщина 34 лет при сроке беременности 10-11 недель с жалобами на слабость, головокружение, рвоту до 10 раз в сутки, снижение массы тела на 3 кг за неделю, снижение диуреза до 900-1000 мл в сутки. При объективном осмотре: кожные покровы бледные, сухие, язык обложен белым налетом, температура тела 37,5 С, пульс 90 ударов в минуту, АД 90\60 мм рт.ст., желтушность склер.

Ваш диагноз:

1. Беременность 10-11 недель. Рвота беременных легкой степени.
2. +Беременность 10-11 недель. Рвота беременных средней степени.
3. Беременность 10-11 недель. Рвота беременных тяжелой степени.
4. Беременность 10-11 недель. Острый гастрит.
5. Беременность 10-11 недель. Пищевая токсикоинфекция.

659. На учете в женской консультации состоит беременная со сроком беременности 17-18 недель. Отмечает периодические повышения диастолического артериального давления до 90 мм.рт.ст. Ваш предварительный диагноз:

1. +Хроническая артериальная гипертензия
2. Преэклампсия легкой степени на фоне хронической артериальной гипертензии
3. Гипертензия, связанная с беременностью
4. Преэклампсия легкой степени
5. Преэклампсия тяжелой степени

660. На учете в женской консультации состоит беременная со сроком беременности 17-18 недель с хронической артериальной гипертензией. Отмечает периодические повышения диастолического артериального давления до 90 мм.рт.ст. Ваша тактика:

1. +Назначить антигипертензивные препараты
2. Рекомендовать дополнительный отдых
3. Фитотерапия
4. Магнезиальная терапия
5. Седативные препараты

661. В женскую консультацию обратилась беременная со сроком беременности 22-23 недель. При измерении АД отмечалось повышение диастолического артериального давления до 90-110 мм.рт.ст. при измерении с интервалом 4 часа. Протеинурии нет. Ваш предварительный диагноз:

1. Хроническая артериальная гипертензия
2. Преэклампсия легкой степени на фоне хронической артериальной гипертензии
3. +Гипертензия, связанная с беременностью
4. Преэклампсия легкой степени
5. Преэклампсия тяжелой степени

662. В женскую консультацию обратилась беременная со сроком беременности 33-34 недель, АД 140/90 мм.рт.ст., протеинурии нет. Выставлен диагноз: преэклампсия легкой степени. Ваша тактика:

1. Антигипертензивные препараты
2. Рекомендовать дополнительный отдых
3. + Наблюдение в динамике, при нарастании симптомов направить в стационар
4. Магнезиальная терапия
5. Ограничение жидкости

663. Диагональная конъюгата определяется при:

1. Оценке объективного статуса
2. Наружном акушерском исследовании
3. Осмотре на зеркалах

4. +Вагинальном исследовании
  5. Пельмиометрии
664. Наружная конъюгата определяется при:
1. Оценке объективного статуса
  2. Наружном акушерском исследовании
  3. Осмотре на зеркалах
  4. Вагинальном исследовании
  5. +Пельмиометрии
665. Внутренняя конъюгата вычисляется на основании:
1. Пельмиометрии , поперечных размеров таза
  2. Наружного акушерского исследования
  3. Осмотра на зеркалах
  4. Вагинального исследования
  5. +Пельмиометрии, наружной конъюгаты
666. Ромб Михаэлиса форма у беременных нормостенического телосложения имеет форму:
1. +Геометрически правильного ромба
  2. Квадрата
  3. Пятиугольника
  4. Равнобедренного треугольника
  5. Разностороннего треугольника
667. У беременной с общеравномерносуженным тазом определена диагональ конъюгата 9,5 см. Чему равна истинная конъюгата:
1. 10,5 см
  2. 10 см
  3. 8,5 см
  4. 8,0 см
  5. +7,5 см
668. При диагностике предлежания плаценты на ультразвуковом исследовании необходимо избегать следующий вид исследования:
1. Кольпоскопию
  2. Наружное акушерское обследование
  3. +Вагинальный осмотр
  4. Допплерометрию
  5. Осмотр шейки матки на зеркалах
669. Беременная со сроком гестации 8-9 недель обратилась к врачу женской консультации. При объективном осмотре обнаружено повышение артериального давления до 140/90 мм.рт.ст. Укажите наиболее вероятную причину повышения артериального давления:
1. Вегетососудистая дистония
  2. +Хроническая артериальная гипертензия
  3. Гипертензия, вызванная беременностью
  4. Преэклампсия легкой степени
  5. Преэклампсия тяжелой степени
670. Наиболее частая причина повышения артериального давления после 22 недель беременности:
1. Хроническая артериальная гипертензия
  2. Хронический гломерулонефрит
  3. Хронический пиелонефрит
  4. Нейро-циркуляторная дистония
  5. +Преэклампсия
671. Для беременных с хронической артериальной гипертензией характерно:
1. Повышение артериального давления в течение всей беременности
  2. Повышение артериального давления в течение всей беременности и в родах
  3. Повышение артериального давления в родах и послеродовом периоде и снижение его в середине гестации
  4. Повышение артериального давления в ранние и поздние сроки беременности и снижение его в середине гестации
  5. Снижение артериального давления в ранние и поздние сроки беременности и повышение его в середине гестации

672. Во втором период родов у роженицы с хронической артериальной гипертензией повысилось артериальное давление до 175/100 мм рт ст, сердцебиение плода 150 ударов в 1 минуту, ясное, ритмичное, головка плода в плоскости выхода малого таза. Акушерская тактика:
1. Произвести перинеотомию
  2. Провести перидуральную анестезию
  3. Ввести сульфат магния согласно протоколам
  4. +Наложить акушерские щипцы
  5. Произвести кесарево сечение
673. Что НЕ способствует обострению пиелонефрита у беременной:
1. Инфицирование организма
  2. Изменение гормонального баланса
  3. +Отеки, вызванные беременностью
  4. Давление матки на мочеточники
  5. Пузырно-маточный рефлюкс
674. Какое частое заболевание почек встречается у беременных:
1. Гломерулонефрит
  2. Гидронефроз
  3. Мочекаменная болезнь
  4. +Пиелонефрит
  5. Киста почек
675. Антибактериальные препараты для лечения пиелонефрита у беременных в первом триместре:
1. +Полусинтетические пенициллины
  2. Аминогликозиды
  3. Нитрофураны
  4. Макролиды
  5. Сульфаниламиды
676. Какой метод родоразрешения у беременных с хроническим пиелонефритом применяют:
1. Кесарево сечение в плановом порядке
  2. Кесарево сечение в экстренном порядке
  3. Кесарево сечение в срочном порядке
  4. +Через естественные родовые пути
  5. Через естественные родовые пути с наложением акушерских щипцов
677. Какое частое осложнение беременности встречается при гломерулонефрите:
1. Гидрокаликоз
  2. +Преэклампсия
  3. Предлежание плаценты
  4. Маловодие
  5. Почечная колика
678. Какое частое осложнение беременности встречается при мочекаменной болезни:
1. Гидрокаликоз
  2. Многоводие
  3. Предлежание плаценты
  4. Маловодие
  5. +Почечная колика
679. В женскую консультацию обратилась женщина 20 лет с указанием на задержку месячных на 5-6 дней. Наиболее информативным методом диагностики беременности ранних сроков являются:
1. Оценка сомнительных признаков беременности
  2. Оценка вероятных признаков беременности
  3. Данные вагинального осмотра
  4. +Иммунологические тесты на беременность
  5. данные ультразвукового исследования
680. Достоверным признаком диагностики раннего срока беременности при бимануальном исследовании является:
1. Размягчение перешейка матки, нависание сводов влагалища

2. Возбудимость матки, увеличение придатков матки с обеих сторон
  3. Ассиметрия углов матки
  4. Нормальные размеры матки
  5. + Матка мягкая, увеличена соответственно сроку задержки менструации
681. Высота стояния дна матки в сроке беременности 36 недель:
1. На середине между лоном и пупком
  2. На середине между мечевидным отростком и пупком
  3. + На уровне мечевидного отростка
  4. Ниже мечевидного отростка на 2 пальца
  5. Ниже мечевидного отростка на 3 пальца
682. Аускультация сердечных тонов плода становится возможной при сроке беременности:
1. 12 недель
  2. 16 нед
  3. + 20 нед
  4. 24 нед
  5. 28 нед
684. Первоначально определение титра антител в сыворотке крови у беременных с резус-отрицательным фактором крови проводится в сроке:
1. 5-6 недель
  2. +11-12 недель
  3. 15-16 недель
  4. 17-20 недель
  5. 21-25 недель
685. У беременных с резус-отрицательным фактором крови титр антител в динамике проводится с частотой 1 раз в:
1. 1 неделю
  2. 2 недели
  3. 3 недели
  4. + 4 недели
  5. 6 недель
686. Достоверный метод определения гемолитической болезни плода:
1. + Кордоцентез, исследование крови плода
  2. мониторинг титра антител в крови матери
  3. Ультразвуковое исследование в динамике
  4. Кардиотахография
  5. Исследование биофизического профиля плода
687. У беременной наблюдается повышение титра антител, на УЗИ утолщение плаценты, у плода признаки гепатоспленомегалии. В каком сроке беременности нужно провести кордоцентез и исследование крови плода:
1. 16 недель
  2. 18 недель
  3. 20 недель
  4. 22 недели
  5. + 24 недели
688. С целью выявления гемолитической болезни плода при сроке беременности 26 недель проведен кордоцентез. Наиболее важным диагностическим критерием является:
1. Определение уровня гемоглобина
  2. + Определение объема гематокрита
  3. Проведение непрямого теста кумбса
  4. Определение уровня билирубина
  5. Определение группы крови и резус фактора плода
689. С целью выявления гемолитической болезни плода при сроке беременности 26 недель проведен кордоцентез. У плода резус-фактор положительный, гемоглобин и гематокрит в норме, ультразвуковые признаки гемолитической болезни плода не определяются.
- Ваша дальнейшая тактика:
1. Наблюдение
  2. Повторить кордоцентез через 2 недели

3. + Наблюдение, через 1 месяц повторить кордоцентез
  4. Наблюдение, через 2 месяца повторить кордоцентез
  5. Наблюдение, через 3 месяца повторить кордоцентез
690. Диагональную конъюгату можно измерить при нахождении головки плода в следующей плоскости малого таза:
1. Над входом в малый таз
  2. +Прижата ко входу в малый таз
  3. Малым сегментом в плоскости входа в малый таз
  4. Большим сегментом в плоскости входа в малый таз
  5. В плоскости малого таза
691. Какая форма ромба Михаэлиса у женщины нормального телосложения:
1. + Геометрический правильный ромб
  2. Треугольник
  3. Неправильный четырехугольник
  4. Вертикально вытянутый четырехугольник
  5. Горизонтально вытянутый четырехугольник
693. При нормально развивающейся маточной беременности не наблюдается следующий симптом:
1. Увеличение размеров матки
  2. Размягчение матки
  3. Изменена реакция при пальпации
  4. +Возбудимость матки
  5. Изменение формы матки
695. В роддом поступила повторнородящая 22 лет в сроке гестации 34 недели с жалобами на схваткообразные боли внизу живота. Объективно: схватки через 6-5 минут по 25 сек, слабой силы. Вагинально: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 2 см. Диагноз:
1. Беременность 36 нед. Угрожающие преждевременные роды
  2. Беременность 36 нед. Начинающиеся преждевременные роды
  3. Беременность 36 нед. Начавшиеся преждевременные роды
  4. +Беременность 36 нед. Первый период родов
  5. Преждевременные роды в сроке беременности 36 нед
696. В роддом поступила повторнородящая 22 лет в сроке гестации 32 недели, выставлен диагноз: Начинающиеся преждевременные роды. Тактика врача:
1. Сохраняющая терапия
  2. +Профилактика СДР плода, токолиз нифедипином
  3. Профилактика СДР плода, магнизиальная терапия
  4. Токолиз нифедипином
  5. Магнизиальная терапия
697. В роддом поступила повторнородящая 22 лет в сроке гестации 34-35 недель, выставлен диагноз: Начинающиеся преждевременные роды. Тактика врача:
1. Сохраняющая терапия
  2. Профилактика СДР плода, токолиз нифедипином
  3. Профилактика СДР плода, магнизиальная терапия
  4. +Токолиз нифедипином
  5. Магнизиальная терапия
698. В роддом поступила повторнородящая 22 лет в сроке гестации 36 недель, выставлен диагноз: Начавшиеся преждевременные роды. Тактика врача:
1. +Вести роды консервативно
  2. Профилактика СДР плода, токолиз нифедипином
  3. Профилактика СДР плода, консервативное ведение родов
  4. Токолиз нифедипином
  5. Магнизиальная терапия
699. Какое исследование нельзя проводить врачу женской консультации при подозрении на предлежание плаценты:
1. Сбор анамнеза



2. Наружное акушерское обследование
  3. Осмотр шейки матки на зеркалах
  4. +Вагинальный осмотр
  5. УЗИ
700. К факторам приводящим к маловодию не относится:
1. +Гипертензия беременных
  2. Патология мочевыводительной системы плода
  3. Функциональная несостоятельность плодных оболочек
  4. Фетоплацентарная недостаточность
  5. Гидроцефалия плода
701. Первородящая, первородящая 28 лет поступила с диагнозом беременность 42-43 нед. Объективно: Матка не возбудима. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода не прослушивается. Диагноз
1. +Беременность 42-43 нед. Антенатальная гибель плода
  2. Беременность 42-43 нед. Интранатальная гибель плода
  3. Перенесенная беременность. Антенатальная гибель плода
  4. Перенесенная беременность. Интранатальная гибель плода
  5. Беременность 42-43 нед. Замершая беременность
702. Первородящая, первородящая 30 лет поступила с диагнозом беременность 42-43 недель. Рост-160 см., вес-90 кг. В анамнезе бесплодие в течение 4 лет. Сердцебиение плода ясное, ритмичное. Вагинально: шейка матки "незрелая". Определите тактику ведения родов:
1. Кесарево сечение в экстренном порядке
  2. +Кесарево сечение в плановом порядке
  3. Амниотомия, во втором периоде родов - акушерские щипцы
  4. Амниотомия, во втором периоде родов - вакуум-экстракция плода
  5. Акушерские щипцы
703. Первородящая, первородящая 25 лет без экстрагенитальной патологии живет в районе. Где должна оказываться акушерская помощь в родах:
1. В перинатальном центре
  2. +В районной больнице
  3. В областном родильном доме
  4. В городском родильном доме
  5. В научно-исследовательском институте акушерства и гинекологии
704. В роддом обратилась первобеременная в сроке гестации 37 нед. с жалобами на слабые шевеления плода. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное. При проведении кардиотокографии выявлены множественные децелерации, базальный ритм 100 в минуту, STV-1,5. Диагноз:
1. Хроническая гипоксия плода
  2. +Острая гипоксия плода
  3. Хроническая гипоксия плода, компенсированная форма
  4. Хроническая гипоксия плода, субкомпенсированная форма
  5. Плацентарная недостаточность
705. В женскую консультацию обратилась первобеременная с жалобами на слабые шевеления плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное. Какой метод обследования даст информативную оценку состояния плода:
1. Гормональный метод исследования (определение эстриола)
  2. +Кардиотокография
  3. Метод наружного акушерского исследования
  4. УЗИ
  5. Функциональные пробы
706. В женскую консультацию обратилась первобеременная с жалобами на слабые шевеления плода. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное. При проведении кардиотокографии выявлены множественные децелерации, базальный ритм 100 в минуту, STV-1,5. Тактика врача женской консультации:
1. Диспансерное наблюдение
  2. +Экстренная госпитализация в родильный дом
  3. Витаминотерапия
  4. Контрольное УЗИ

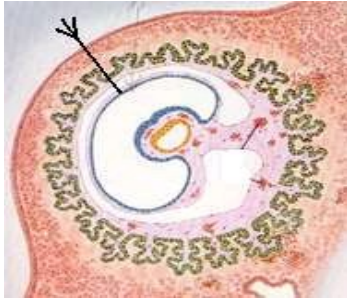
5. Допплерография
707. В женскую консультацию обратилась первобеременная с жалобами на слабые шевеления плода. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное. Какой метод обследования даст информативную оценку состояния плода:
1. Гормональный метод исследования (определение эстриола)
  2. +Кардиотахография с использованием функциональных проб
  3. Метод наружного акушерского исследования
  4. УЗИ
  5. Допплерография
709. В женскую консультацию обратилась первобеременная с жалобами на снижение двигательной активности плода. Срок беременности 35-36 недель, матка соответствует сроку беременности, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин. Какой метод исследования наиболее информативен в данной ситуации:
1. Биопсия плаценты
  2. +Кардиотокография
  3. Допплерометрия
  4. Амниоскопия
  5. Амниоцентез
710. При вагинальном исследовании предлежит головка, подвижная, пальпируется безмянные линии, внутренняя поверхность крестца и лонного сочленения, мыс не достижим. Определите местоположение головки относительно плоскостей малого таза
1. Во входе в малый таз
  2. В широкой части
  3. В узкой части
  4. Выходе из малого таза
  5. +Над входом в малый таз.
711. При вагинальном исследовании предлежит головка, неподвижна, пальпируется крестцовая впадина, внутренняя поверхность лонного сочленения, к мысу можно "подойти" лишь согнутым пальцем. Определите местоположение головки относительно плоскостей малого таза:
1. + Прижата ко входу в малый таз
  2. В широкой части
  3. В узкой части
  4. Выходе из малого таза
  5. Над входом в малый таз
712. При вагинальном исследовании предлежит головка, неподвижна, пальпируется две трети лонного сочленения и крестца, седалищные ости, мыс недостижим. Определите местоположение головки относительно плоскостей малого таза:
1. + Во входе в малый таз
  2. В широкой части
  3. В узкой части
  4. Выходе из малого таза
  5. Над входом в малый таз
713. При вагинальном исследовании предлежит головка, неподвижна, пальпируется IV и V крестцовые позвонки и седалищные ости, мыс недостижим. Определите местоположение головки относительно плоскостей малого таза:
1. Во входе в малый таз
  2. + В широкой части
  3. В узкой части
  4. Выходе из малого таза
  5. Над входом в малый таз
714. При вагинальном исследовании предлежит головка, неподвижна, пальпируется верхушка копчика, седалищные ости, нижний край симфиза. Определите местоположение головки относительно плоскостей малого таза:
1. Во входе в малый таз
  2. В широкой части
  3. +В узкой части
  4. Выходе из малого таза
  5. Над входом в малый таз
715. При вагинальном исследовании предлежит головка, неподвижна, пальпируется верхушка копчика, нижний край симфиза. Определите местоположение головки относительно плоскостей малого таза:

1. Во входе в малый таз
  2. В широкой части
  3. В узкой части
  4. +Выходе из малого таза
  5. Над входом в малый таз
716. Какой гормон свидетельствует о наличии беременности ранних сроков:
1. Эстриол
  2. Пролактин
  3. Плацентарного лактоген
  4. Прогестерона
  5. +Хорионический гонадотропин человека
717. Хориальная оболочка образуется из:
1. Пупочного канатика
  2. Эмбриобласта
  3. Эндометрия
  4. +Цитотрофобласта
  5. Децидуальной ткани
718. Децидуальная оболочка - это:
1. Гипоплазированная слизистая оболочка матки
  2. Атипический эндометрий
  3. Ворсинчатая оболочка плодного яйца
  4. +Видоизмененная слизистая матки в связи с беременностью
  5. Полиповидная гиперплазия эндометрия
719. Нормальное количество околоплодных вод составляет:
1. 50-500
  2. +500 – 1500 мл
  3. 1500-2000 мл
  4. 2000 – 2500 мл
  5. 2500 – 3000 мл
720. Из чего формируется плацента:
1. Амниотической оболочки
  2. +Базальной части децидуальной оболочки и ветвистого хориона
  3. Капсулярной части децидуальной оболочки
  4. Parietalной части децидуальной оболочки
  5. Лысого хориона и базальной части децидуальной оболочки
721. Какова в среднем длина пуповины доношенного плода:
1. 10-19 см
  2. 20-29 см
  3. 30-39 см
  4. +50-70 см
  5. 71-80 см.
722. Формирование плаценты заканчивается в сроке беременности:
1. 10 недель
  2. 13 недель
  3. +16 недель
  4. 19 недель
  5. 22 недель
723. В плаценте синтезируются гормоны:
1. +Хорионический гонадотропин человека, плацентарный лактоген, эстрогены, прогестерон
  2. Хорионический гонадотропин человека, эстрогены, прогестерон, глюкокортикоды
  3. Фолликулостимулирующий гормон, плацентарный лактоген, эстрогены, прогестерон
  4. Фолликулостимулирующий гормон, хорионический гонадотропин человека, плацентарный лактоген, прогестерон
  5. Хорионический гонадотропин человека, окситоцин, плацентарный лактоген, эстрогены

724. Диагноз маловодия выставляется при количестве околоплодных вод менее:
1. 100 мл
  2. +500 мл
  3. 600 мл
  4. 1000 мл
  5. 1500 мл
725. Повреждающие факторы, такие как радиация, перегревание, охлаждение, инфекция, в предимплантационную и имплантационную стадии вызывают, как правило:
1. Чрезмерное дробление зиготы
  2. +Гибель зародыша
  3. Внематочную беременность
  4. Нарушение плацентарного кровообращения
  5. Первичную плацентарную недостаточность
726. Повреждающие факторы в стадии органогенеза и плацентации вызывают:
1. Чрезмерное дробление зиготы
  2. Гибель зародыша
  3. +Врожденные пороки развития плода
  4. Антенатальную гибель плода
  5. Преждевременные роды
727. Связь материнского организма и плода осуществляется через:
1. +Плаценту
  2. Барорецепторы стенки матки
  3. Амниотическую оболочку
  4. Децидуальную оболочку
  5. Базальную оболочку матки
728. Первичные ворсин хориона образуются на:
1. 1-й неделе беременности
  2. +2-й неделе беременности
  3. 3-й неделе беременности
  4. 4-й неделе беременности
  5. 5-й неделе беременности
729. При нарушении маточно-плацентарного кровотока в первом триместре беременности, как правило, развивается:
1. +Первичная плацентарная недостаточность
  2. Ранний токсикоз беременных
  3. Гипертензия беременных
  4. Крупный плод
  5. Многоводие
730. Какова масса зрелой плаценты:
1. 100 – 200 г
  2. 300 – 400 г
  3. +500 - 600 г
  4. 700 - 800 г
  5. 900 – 1000г
731. Эмбриопатией называются заболевания возникшие:
1. +На стадии развития эмбриона, до завершения эмбриогенеза
  2. В первом триместре беременности
  3. Внутриутробные пороки развития плода
  4. При сроке 12-13 недель беременности
  5. Возникшие при сроке 15-16 недель беременности.
732. Стадия дифференцировки трофобласта означает образование:
1. +Первичных ворсин хориона
  2. Образование вторичных ворсин хориона
  3. Образование третичных ворсин хориона

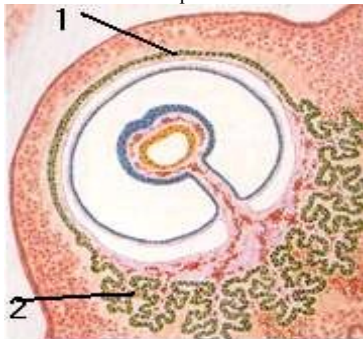
4. Зиготы
  5. Бластоцисты.
733. Обмен газами (кислорода, углекислого газа) между матерью и плодом осуществляется путем:
1. +Простой диффузии
  2. Осмоса
  3. Избирательной абсорбции
  4. Пиноцитоза
  5. Перфузии
734. Первый триместр беременности называется периодом:
1. +Органогенеза и плацентации
  2. Имплантации эмбриона
  3. Плодовым
  4. Бластоцисты
  5. Эмбриональным
735. На какой неделе развития плода заканчивается эмбриогенез на:
1. 4-й неделе
  2. 6-й неделе
  3. +8-й неделе
  4. 10-й неделе
  5. 12-й неделе
736. Плацентация начинается с:
1. +3-й недели развития зародыша
  2. 4-5 недели беременности
  3. 6-7 недели беременности
  4. 8-9 недели беременности
  5. 10-11 недели беременности
737. Перинатальный период начинается с:
1. 20 недель
  2. +22 недель
  3. 24 недель
  4. 26 недель
  5. 28 недель
738. Какой из указанных плацентарных гормонов свидетельствует о нормальном функционировании системы мать-плацента-плод в ранние сроки беременности:
1. +Хорионический гонадотропин человека
  2. Пролактин
  3. СМГ
  4. Прогестерон
  5. Эстрадиол
739. Основным компонентом фетоплацентарной системы является:
1. Спиральные сосуды матки
  2. Кровообращение плода
  3. +Плацента
  4. Пуловина
  5. Околоплодные воды
740. При развитии плацентарной недостаточности, в первую очередь, нарушается функция:
1. Транспортная
  2. Трофическая
  3. Эндокринная
  4. +Дыхательная
  5. Защитная
741. Какому отделу децидуальной оболочки соответствует указатель:
1. + decidua parietalis

2. decidua capsularis
3. decidua basalis



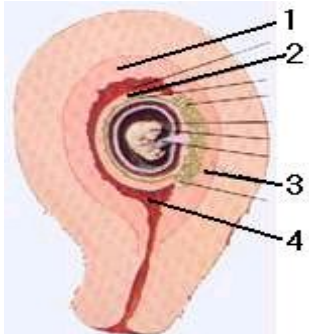
742. Как называется оболочка, обозначенная цифрой 2:

1. Децидуальная оболочка
2. Лысый хорион
3. +Ветвистый хорион



743. Укажите на данном рисунке decidua parietalis

1. 1
2. 2
3. +3

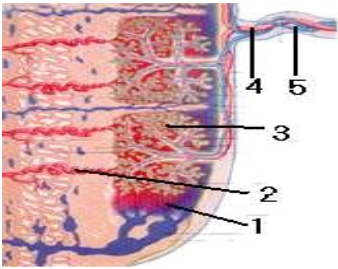


744. Под каким номером на данном рисунке обозначены спиральные артерии:

1. 1
2. +2

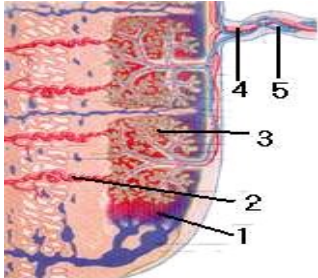
- 3. 3
- 4. 4

5. 5



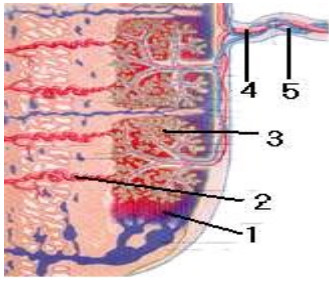
745. Под каким номером обозначена артерия пуповины:

- 1. 1
- 2. 2
- 3. 3
- 4. +4
- 5. 5



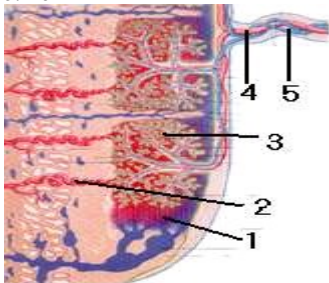
746. Под каким номером обозначена вена пуповины:

- 1. 1
- 2. 2
- 3. 3
- 4. 4
- 5. +5



747. Под каким номером обозначены ворсины хориона:

1. 1
2. 2
3. +3
4. 4
5. 5



748. В плаценте не синтезируется:

1. Хорионический гонадотропин человека
2. СМТ
3. +Пролактин
4. Прогестерон и эстрогены
5. Андрогены

749. Большая часть материнской артериальной крови проникает в межворсинчатое пространство через:

1. Плацентарные перегородки
2. +Спиральные артерии
3. Магистральные сосуды матки
4. Пупочную артерию
5. Пупочные вены

750. Какой из перечисленных методов исследования позволяет определить состояние маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока:

1. Ультразвуковая фетометрия
2. +Допплерометрия
3. Кардиотокография
4. Амниоцентез
5. Ультразвуковая плацентография.

751. Наиболее частой причиной врожденных пороков развития плода является:

1. +Краснуха
2. Туберкулез



3. Ветряная оспа
  4. Гепатит А
  5. Гепатит В
752. Перечислить последствия первичной плацентарной недостаточности:
1. Асфиксия новорожденного, внутричерепная травма
  2. Асфиксия новорожденного, антенатальная гибель плода
  3. +Симметричная форма задержки роста плода, асфиксия новорожденного, антенатальная гибель плода
  4. Асимметричная форма задержки роста плода, асфиксия новорожденного, антенатальная гибель плода
  5. Врожденные пороки развития плода, антенатальная гибель плода
753. Перечислить последствия вторичной плацентарной недостаточности:
1. Асфиксия новорожденного, внутричерепная травма
  2. Асфиксия новорожденного, антенатальная гибель плода
  3. Симметричная форма задержки роста плода, асфиксия новорожденного, антенатальная гибель плода
  4. +Асимметричная форма задержки роста плода, асфиксия новорожденного, антенатальная гибель плода
  5. Врожденные пороки развития плода, антенатальная гибель плода
754. При угрозе выкидыша с целью сохранения беременности назначают гестагены беременным с:
1. +Гипофункцией яичников
  2. Истмико-цервикальной недостаточностью органического характера
  3. Рубцом на матке
  4. Сахарным диабетом
  5. Анемией.
755. Основной причиной позднего выкидыша является:
1. +Истмико-цервикальная недостаточность
  2. Преэклампсия
  3. Гиперандрогения
  4. Анемия
  5. Хронический пиелонефрит.
756. Угрожающий ранний выкидыш следует дифференцировать от:
1. +Мочекаменной болезни
  2. Хронического пиелонефрита
  3. Аппендицита
  4. Вирусного гепатита
  5. Гастрита.
757. Невынашиванием называют прерывание беременности до:
1. 12 недель
  2. 22 недель
  3. 25 недель
  4. 28 недель
  5. +37 недель.
758. Подберите соответствующее описание результатов влагалищного исследования, характерное для угрожающего выкидыша:
1. Шейка матки укорочена, цервикальный канал пропускает 1п/п, выделения кровянистые, умеренные
  2. Шейка матки укорочена, канал шейки матки пропускает 1п/п, выделения кровянистые со сгустками
  3. +Шейка матки сохранена, наружный зев пропускает кончик пальца, выделения слизистые
  4. Шейка матки укорочена, цервикальный канал пропускает 2 п/п, пролабирует плодный пузырь
  5. Канал шейки матки раскрыт, плодное яйцо определяется во влагалище, обильные кровянистые выделения.
759. Подберите соответствующее описание результатов влагалищного исследования, характерное для начавшегося выкидыша:
1. +шейка матки укорочена, цервикальный канал пропускает 1п/п, выделения кровянистые, умеренные
  2. Шейка матки укорочена, канал шейки матки пропускает 1п/п, выделения кровянистые со сгустками
  3. Шейка матки сохранена, наружный зев пропускает кончик пальца, выделения слизистые
  4. Шейка матки укорочена, цервикальный канал пропускает 2 п/п, пролабирует плодный пузырь
  5. Канал шейки матки раскрыт, плодное яйцо определяется во влагалище, обильные кровянистые выделения.
760. Подберите соответствующее описание результатов влагалищного исследования, характерное для выкидыша в ходу:
1. Шейка матки укорочена, цервикальный канал пропускает 1п/п, выделения кровянистые, умеренные

2. Шейка матки укорочена, канал шейки матки пропускает 1 п/п, выделения кровянистые со сгустками
  3. Шейка матки сохранена, наружный зев пропускает кончик пальца, выделения слизистые
  4. +Шейка матки укорочена, цервикальный канал пропускает 2 п/п, пролабирует плодный пузырь
  5. Канал шейки матки раскрыт, плодное яйцо определяется во влагалище, обильные кровянистые выделения.
761. Наиболее частой причиной самопроизвольного аборта в первом триместре беременности является:
1. Несовместимость по Rh-фактору
  2. Стресс
  3. +Гипофункция желтого тела
  4. Ранний токсикоз
  5. Истмико-цервикальная недостаточность
762. Абортом называют прерывание беременности до:
1. 12 недель
  2. +21 недель
  3. 25 недель
  4. 28 недель
  5. 37 недель
763. Синтез хорионического гонадотропина происходит в:
1. Надпочечниках
  2. Гипофизе
  3. Яичниках
  4. +Плаценте
  5. Матке
764. Повторнородящие ощущают шевеление плода в сроке:
1. 16 недель
  2. + 18 недель
  3. 20 недель
  4. 22 недели
  5. 24 недели
765. Первородящие ощущают шевеление плода в сроке:
1. 16 недель
  2. 18 недель
  3. + 20 недель
  4. 22 недели
  5. 24 недели
767. Плодное яйцо попадает в полость матки на стадии:
1. Зиготы
  2. + Морулы
  3. Блastoцисты
  4. Эмбриона
  5. Плацентации
768. Различают следующие признаки беременности:
1. + Сомнительные, вероятные, достоверные
  2. Первичные, вторичные, третичные
  3. Явные, скрытые,
  4. Субъективные, объективные
  5. Раннее, средневременные, поздние
769. Одним из сомнительных признаков беременности является:
1. Увеличение матки
  2. Шевеление плода
  3. Цианоз слизистой
  4. Задержка менструации
  5. + Тошнота
770. Одним из сомнительных признаков беременности является:

1. Увеличение матки
  2. Шевеление плода
  3. Пальпация частей плода
  4. + Извращение вкуса
  5. Задержка менструации
771. Одним из достоверных признаков беременности является:
1. Увеличение матки
  2. Цианоз слизистой влагалища и шейки матки
  3. + Выслушивание сердечных тонов плода
  4. Задержка менструации
  5. Извращение вкуса
772. Одним из вероятных признаков беременности является:
1. + Увеличение матки
  2. Шевеление плода
  3. Пальпация частей плода
  4. Задержка менструации
  5. Извращение вкуса
773. У беременной в сроке гестации 38 недель обнаружена продольное положение плода, I позиция, передний вид, тазовое предлежание. Укажите место выслушивания сердечных тонов плода:
1. В области пупка
  2. Справа выше пупка
  3. + Слева выше пупка
  4. Справа ниже пупка
  5. Слева ниже пупка
774. Признак Горвица-Гегара при беременности - это:
1. + Размягчение матки, выраженное в области перешейка
  2. Изменчивость консистенции матки при пальпации
  3. Асимметрия матки
  4. Увеличение матки
  5. Гребневидное утолщение на передней поверхности матки
775. Признак Пискачека при беременности - это:
1. Размягчение матки, выраженное в области перешейка
  2. Размягчение изменчивость консистенции матки при пальпации
  3. + Асимметрия матки
  4. Увеличение матки
  5. Гребневидное утолщение на передней поверхности матки
776. Признак Гентера при беременности - это:
1. Размягчение матки, выраженное в области перешейка
  2. Изменчивость консистенции матки при пальпации
  3. Асимметрия матки
  4. Увеличение матки
  5. + Гребневидное утолщение на передней поверхности матки
777. Признака Снегирева при беременности - это:
1. Размягчение матки, выраженное в области перешейка
  2. + Изменчивость консистенции матки при пальпации
  3. Асимметрия матки
  4. Увеличение матки
  5. Гребневидное утолщение на передней поверхности матки
777. У беременной при сроке 38 недель появились жалобы на распирающие боли в животе. Матка напряжена, отмечается локальная болезненность, сердцебиение плода не прослушивается. Поставьте диагноз:
1. Беременность 38 недель. Острая гипоксия плода.
  2. Беременность 38 недель. Предлежание плаценты. Интранатальная гибель плода.
  3. Беременность 38 недель. Интранатальная гибель плода.

4. + Беременность 38 недель. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Антенатальная гибель плода.
5. Беременность 38 недель. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
778. В женскую консультацию обратилась беременная при сроке 26 недель с жалобами на скудные кровянистые выделения из половых путей, появившихся среди полного покоя. Матка не возбудима, при пальпации безболезненная, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту.
- Ваш предварительный диагноз:
1. Беременность 26 недель. Начавшаяся острая гипоксия плода.
  2. + Беременность 26 недель. Предлежание плаценты.
  3. Беременность 26 недель. Начавшиеся преждевременные роды.
  4. Беременность 26 недель. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
  5. Беременность 26 недель. Угрожающие преждевременные роды
779. При физиологической беременности в системе гомеостаза происходят следующие изменения:
1. + Гиперкоагуляция
  2. Гипокоагуляция
  3. Коагулопатия потребления
  4. Активизация сосудисто-тромбоцитарного звена
  5. Образование микротромбов
780. Высокий риск разрыва матки наблюдается у беременных с:
1. + Рубцом на матке
  2. Миомой матки
  3. Эндометритом
  4. Наличием аборт в анамнезе
  5. Тубэктомией в анамнезе
781. Первородящая 26 лет, при сроке беременности 34-35 недель поступила в родильный дом с синдромом задержки развития плода. Какова врачебная тактика:
1. Пролонгировать беременность до доношенного срока
  2. + Досрочное родоразрешение
  3. Консервативное лечение
  4. Профилактика синдрома дыхательных расстройств
  5. Гипербарическая оксигенация
782. У беременной при сроке 36 недель появились отеки на нижних конечностях, АД 110/70 мм. рт. ст., в анализе мочи белок 0,033 г/л, лейкоциты 2-3 в п/зр. Предварительный диагноз:
1. + Отеки беременных с протеинурией
  2. Гестационный пиелонефрит
  3. Преэклампсия легкой степени
  4. Преэклампсия тяжелой степени
  5. Гломерулонефрит
783. Для лечения гипертензии беременных наиболее часто применяется:
1. Дибазол
  2. Папаверин
  3. + Сульфат магния
  4. Пентамин
  5. Клофелин
784. У беременной при сроке 34 недель появились отеки на нижних конечностях. АД 140/90 мм. рт. ст., в анализе мочи белок 0,066 г/л, лейкоциты 2-3 в п/зр. Предварительный диагноз:
1. Отеки вызванные беременностью
  2. Гестационный пиелонефрит
  3. + Преэклампсия легкой степени
  4. Преэклампсия тяжелой степени
  5. Артериальная гипертензия
785. Беременная при сроке 5-6 недель жалуется на тошноту, рвоту до 5 раз в сутки. Состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, пульс 80 ударов в мин., АД 110/70 мм. рт. ст., диурез в норме. Предварительный диагноз
1. Острый гастрит
  2. Острый холецистит

- 3.+ Ранний токсикоз, рвота беременных легкой степени
  4. Ранний токсикоз, рвота беременных средней степени
  5. Ранний токсикоз, рвота беременных тяжелой степени
786. Беременная при сроке 6-7 недель жалуется на тошноту, рвоту до 10-12 раз в сутки, общую слабость, потерю веса на 2 кг. Кожные покровы бледные, пульс 90 уд. в мин., АД 90/60 мм. рт. ст. Предварительный диагноз:
1. Острый гастрит
  2. Острый холецистит
  3. Ранний токсикоз, рвота беременных легкой степени
  4. + Ранний токсикоз, рвота беременных средней степени
  5. Ранний токсикоз, рвота беременных тяжелой степени
787. Беременная при сроке 8-9 недель жалуется на тошноту, рвоту до 20 раз в сутки, общую слабость, потерю веса на 3 кг. При осмотре состояние тяжелое, кожные покровы иктеричные, пульс 110 уд. в мин., АД 90/60 мм. рт. ст., диурез снижен, в анализе мочи ацетон +++++. Предварительный диагноз:
1. Острый гастрит
  2. Острый холецистит
  3. Вирусный гепатит
  4. Ранний токсикоз, рвота беременных средней степени
  5. + Ранний токсикоз, рвота беременных тяжелой степени
788. В женскую консультацию обратилась беременная со сроком 29 недель с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. Тактика врача?
1. Вагинальное исследование
  2. Осмотр на зеркалах
  3. + Немедленно отправить беременную в родильный дом
  4. Отправить в дневном стационаре
  5. Продолжить диспансерное наблюдение
789. Вагинальный осмотр в родах проводится каждые:
1. 2 часа
  2. 3 часа
  3. + 4 часа
  4. 5 часов
  5. 6 часов
790. Раннее послеродовое кровотечение – это кровотечение, возникшее после родов:
1. В первые 2 часа
  2. В первые 4 часа
  3. В первые 8 часа
  4. В первые 16 часов
  5. + В первые 24 часа
791. Позднее послеродовое кровотечение – это, кровотечение, возникшее после родов:
1. После 2 часов
  2. После 4 часов
  3. После 8 часов
  4. После 16 часов
  5. + После 24 часов
792. Хроническая артериальная гипертензия – это гипертензия выявленная в следующем сроке беременности и сохраняющаяся после 6 недель послеродового периода:
1. 12 недель
  2. 16 недель
  3. +20 недель
  4. 24 недель
  5. 28 недель
793. Гипертензия, вызванная беременностью – это гипертензия возникшая в следующем сроке гестации и проходящая через 6 недель после родов:
1. + 20 недель
  2. 22 недель
  3. 24 недель

4. 28 недель
  5. 30 недель.
794. Привычное невынашивание – это наличие в анамнезе следующего количества самопроизвольных выкидышей:
1. Одного
  2. + Двух и более
  3. Трех и более
  4. Четырех и более
  5. Пяти и более
795. Укажите основные причины прерывания беременности в 1-ом триместре:
1. Истмико-цервикальная недостаточность
  2. Аномалии развития половых органов
  3. + Гормональные нарушения
  4. Воспалительные заболевания женских половых органов
  5. Экстрагенитальная патология.
796. Укажите основные причины прерывания беременности во второй половине беременности:
1. Хромосомные аномалии
  2. Аномалии развития половых органов
  3. Гормональные нарушения
  4. + Инфекция
  5. Экстрагенитальная патология
797. У беременной в сроке 19 недель диагностирована истмико-цервикальная недостаточность. Какое лечение необходимо?
1. Строгий постельный режим
  2. Витаминотерапия
  3. Гормонотерапия
  4. + Хирургическая коррекция шейки матки
  5. Спазмолитики.
799. В роддом поступила беременная в сроке 29 недель с регулярной родовой деятельностью, плодный пузырь цел, раскрытие шейки матки 2 см. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 ударов 1 минуту. Ваша тактика:
1. Родостимуляция
  2. + Подавление родовой деятельности
  3. Антибактериальная терапия
  4. Общеукрепляющая терапия
  5. Амниотомия
800. Запоздалые роды - это рождение ребенка с признаками:
1. Функционально зрелого
  2. Функционально незрелого
  3. Недоношенности
  4. + Переношенности
  5. Внутриутробного инфицирования
801. Укажите признаки переношенности новорожденного:
1. Мягкие кости черепа, широкие швы и роднички
  2. Тургор кожи снижен
  3. Обильная сыровидная смазка
  4. + Плотные кости черепа, узкие швы и роднички
  5. Низкое расположение пупочного кольца
802. Укажите признаки недоношенности новорожденного:
1. + Мягкие кости черепа, широкие швы и роднички
  2. Тургор кожи снижен
  3. Ручки «прачки»
  4. Плотные кости черепа, узкие швы и роднички
  5. Скудная сыровидная смазка
803. Причина, способствующая развитию слабости родовой деятельности:
1. ПОНРП

2. Преэклампсия
  3. + Крупный плод
  4. Предлежание плаценты
  5. Гипотрофия плода
804. Дискоординированная родовая деятельность - это
1. + Нарушение тройного нисходящего градиента
  2. Сокращение матки начинаются с дна матки
  3. Сокращения матки начинаются с правого угла матки
  4. Сокращения мускулатуры матки начинаются с левого угла матки
  5. Сокращение всей мускулатуры матки одновременно
805. Длительное стояние головки в одной плоскости может привести к:
1. Вторичной слабости родовой деятельности
  2. Инфицирование полости матки
  3. + Образования мочеполовых свищей
  4. Разрыву матки
  5. Кровотечению в брюшную полость.
806. При 3-ей степени сужения таза показано родоразрешение путем:
1. Родов через естественные родовые пути
  2. + Кесарева сечения в плановом порядке
  3. Кесарева сечения в экстренном порядке
  4. Акушерских щипцов
  5. Вакуум-экстрактора
807. При тазовом предлежании плода 3-им приемом Леопольда-Левитского определяется:
1. Балотирующая плотная часть справа
  2. Балотирующая плотная часть слева
  3. Низкое расположение дна матки
  4. Плотная предлежащая часть, прижатая ко входу в таз
  5. + Предлежащая часть мягкой консистенции над входом в малый таз.
808. Какое осложнение родов характерно для узкого таза?
1. +Несвоевременное излитие околоплодных вод
  2. Острая гипоксия плода
  3. Стремительные роды
  4. Быстрые роды
  5. Выпадение ручки плода
809. При ведении преждевременных родов с родовым излитием околоплодных вод рекомендуется назначение антибактериальной терапии:
- 1.+ Ампициллина
  2. Гентамицина
  3. Эритромицина
  4. Цефазолина
  5. Сумамеда.
810. Часто встречающаяся форма анатомически узкого таза в современных условиях:
1. Кососмещенный
  2. + Поперечносуженный
  3. Общеравномерносуженный
  4. Воронкообразный
  5. Плоский
811. Для поперечносуженного таза характерно:
1. Уменьшение вертикальной диагонали ромба Михаэлиса
  2. Уменьшение всех прямых размеров таза
  3. Увеличение истинной конъюгаты
  4. +Уменьшение поперечных размеров таза
  5. Уменьшение прямого размера плоскости входа в малый таз
814. Особенностью биомеханизма родов при плоскорохитическом тазе:

1. Сильное сгибание головки
  2. Высокое прямое стояние стреловидного шва
  3. Умеренное сгибание головки
  4. Длительное высокое стояние
  5. + Длительное поперечное стояние головки
815. Особенности биомеханизма родов при общеравномерносуженном тазе:
1. + Максимальное сгибание головки
  2. Высокое прямое стояние стреловидного шва
  3. Умеренное сгибание головки
  4. Разгибание головки
  5. Длительное поперечное стояние головки
816. Размеры таза 26-26-31-17см, что характеризует:
1. Нормальный таз
  2. + Плоскорахитический таз
  3. Простой плоский таз
  4. Общеравномерносуженный таз
  5. Поперечносуженный таз
817. Размеры таза 25-28-31-18 см, что характеризует:
1. Плоскорахитический таз
  2. Общеравномерносуженный таз
  3. + Простой плоский таз
  4. Поперечносуженный таз
  5. Сужение прямого размера широкой части полости малого таза
818. Размеры таза 23-26-28-20 см, что характеризует:
1. Плоскорахитический таз
  2. Простой плоский таз
  3. Общеравномерносуженный таз
  4. + Поперечносуженный таз
  5. Кососмещенный таз
819. Уменьшение всех прямых размеров плоскостей таза характерно для таза:
1. + Простого плоского
  2. Плоскорахитического
  3. Общеравномерносуженного
  4. Поперечносуженного
  5. Кососмещенного
820. Осложнения родов при тазовом предлежании плода:
1. ПОНРП
  2. Предлежание плаценты
  3. Многоводие
  4. + Преждевременное излитие околоплодных вод
  5. Преждевременные роды
821. Преждевременное излитие околоплодных вод - это излитие их:
1. + До начала родовой деятельности
  2. С началом регулярная родовая деятельность
  3. При открытии маточного зева на 3 см
  4. При открытии маточного зева на 6 см
  5. При полном открытии маточного зева
822. В группу риска по разрыву матки в родах входят беременные с:
1. + Анатомически узким тазом
  2. Преждевременными родами
  3. Ранним излитием околоплодных вод
  4. С маловодием
  5. С многоводием



823. Инволюцию матки после родов оценивают по:
1. + Высоте стояния дна матки в динамике
  2. Характеру лохий
  3. Заживлению разрывов промежности
  4. Выраженности лактации
  5. По общему состоянию родильницы
824. Отеки беременных появляются, начиная с:
1. 12 недель беременности
  2. 16 недель беременности
  3. + 20 недель беременности
  4. 24 недель беременности
  5. 28 недель беременности
825. Для преэклампсии легкой степени характерно:
1. Отеки на нижних конечностях, АД 120/80-130/80 мм рт. Ст., протеинурия до 0,033 г/сут
  2. + Отеки на нижних конечностях, АД 140/90 -160/110 мм рт. Ст., протеинурия 0,3 г/сут
  3. Отеки на нижних конечностях и передней брюшной стенке, АД 120/80 мм рт. Ст., протеинурия 0,099 г/сут
  4. Генерализованные отеки, АД 170/90 мм рт. Ст, судороги
  5. Генерализованные отеки, АД 170/100 мм рт ст, протеинурия 5,1 г/л
826. Какие жалобы характерны для преэклампсии тяжелой степени:
1. Ноющие боли внизу животаг незначительные кровянистые выделения из половых путей
  2. + Головная боль, тошнота, рвота, мелькание мушек перед глазами
  3. Увеличение диуреза, боли в области почек
  4. Судороги, мелькание мушек перед глазами
  5. Потеря сознания, кома
827. У первобеременной при сроке беременности 36 недели отмечаются отеки на нижних конечностях и передней брюшной стенке, в анамнезе хронический пиелонефрит. АД 140/90 мм. рт. ст , в анализе мочи обнаружен белок 0,3 г/сут, лейкоциты 5-6 в п/зр. Предварительный диагноз:
1. Беременность 36 недель. Отеки беременных. Хронический пиелонефрит
  2. Беременность 36 недель. Хронический пиелонефрит в стадии обострения
  3. + Беременность 36 недель. Преэклампсия легкой степени. Хронический пиелонефрит
  4. Беременность 36 недель. Преэклампсия тяжелой степени. Хронический пиелонефрит
  5. Беременность 36 недель. Эклампсия. Хронический пиелонефрит.
828. Первобеременная при сроке 32 недели жалуется на головную боль, тошноту, мелькание «мушек» перед глазами. В анамнезе хронический гломерулонефрит. При осмотре отмечаются генерализованные отеки, АД 160/110 мм. рт. ст , в анализе мочи обнаружен белок 3,3 г/л, лейкоциты 2-3 в п/зр, эритроциты – 1-2 в п/зр, цилиндры 3-4 в п/зр.Предварительный диагноз:
1. Беременность 32 нед. Отеки беременных. Хронический гломерулонефрит
  2. Беременность 32 нед. Хронический гломерулонефрит
  3. Беременность 32 нед. Преэклампсия легкой степени. Хронический гломерулонефрит
  4. + Беременность 32 нед. Преэклампсия тяжелой степени. Хронический гломерулонефрит
  5. Беременность 32 нед. Эклампсия. Хронический гломерулонефрит
829. На приеме в женской консультации беременной выставлен диагноз: Преэклампсия тяжелой степени. В чем состоит неотложная помощь:
1. Промедол 2%-1,0 в/в
  2. +Сульфата магния 5 г сухого вещества в/в
  3. Сульфата магния 10 г сухого вещества в/в
  4. Димедрол 1%-1,0 в/м
  5. Диазепам 10 мг в/м
830. Как вводится стартовая доза сульфата магния для лечения преэклампсии тяжелой степени:
1. + Внутривенно, медленно
  2. Внутривенно, струйно
  3. Внутримышечно
  4. Лимфогенно
  5. Подкожно

831. У роженицы с преэклампсией тяжелой степени во втором периоде родов появились жалобы на головную боль, мелькание «мушек» перед глазами. АД 180/100 мм.рт.ст., сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд.в мин., головка плода в плоскости выхода малого таза. Врачебная тактика:
1. Продолжить консервативное ведение родов
  2. + Акушерские щипцы
  3. Кесарево сечение
  4. Магнезиальная терапия
  5. Управляемая нормотония
832. Показанием к досрочному родоразрешению при преэклампсии тяжелой степени является неэффективность терапии в течение:
1. 1-2 часов
  2. 3-4 часов
  3. 3-4 часов
  4. + 4-6 часов
  5. 8-10 часов
833. У беременной в сроке 37-38 недель лечение преэклампсии легкой степени в течение 10 дней не дает эффекта. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд.в мин. При влагалищном исследовании шейка матки «зрелая», предлежит головка. Врачебная тактика:
1. Продолжить консервативное лечение
  2. + Индукция родов через естественные родовые пути
  3. Кесарево сечение в экстренном порядке
  4. Кесарево сечение в плановом порядке
  5. Выписать под наблюдение врача женской консультации
834. У беременной в сроке 37-38 недель лечение преэклампсии тяжелой степени в течение 10 часов не дает эффекта. АД 170/100 мм рт. ст. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд. в мин. При влагалищном исследовании шейка матки «незрелая», предлежит головка
1. Продолжить консервативное лечение
  2. Индукция родов через естественные родовые пути
  3. + Кесарево сечение в экстренном порядке
  4. Кесарево сечение в плановом порядке
  5. Выписать под наблюдение врача женской консультации
835. Для лечения преэклампсии тяжелой степени *поддерживающая* доза сульфата магния при внутривенном введении составляет:
1. + 1-3 г/час
  2. 4-6 г/час
  3. 7-9 г/час
  4. 10-12 г/час
  5. 13-15 г/час
836. В родильный дом доставлена беременная в сроке 35 недель родственниками, указавшими, что дома были судороги. Состояние тяжелое, сознание заторможено, имеются генерализованные отеки, АД 170/ 110 мм.рт.ст. Сердцебиение плода ритмичное, 140 уд.в мин. Предварительный диагноз:
1. Беременность 35 недель. Эпилепсия
  2. Беременность 35 недель. Преэклампсия легкой степени.
  3. Беременность 35 недель. Преэклампсия тяжелой степени.
  4. + Беременность 35 недель. Эклампсия.
  5. Беременность 35 недель. Отеки, вызванные беременностью
837. В родильный дом доставлена беременная в сроке 35 недель родственниками, указавшими, что дома были судороги. Состояние тяжелое, сознание заторможено, имеются генерализованные отеки, АД 170/ 110 мм.рт.ст. Сердцебиение плода приглушенное, 180 уд. в мин. Врачебная тактика:
1. Комплексная терапия эклампсии
  2. Индукция родов через естественные родовые пути
  3. + Кесарево сечение в экстренном порядке
  4. Кесарево сечение в плановом порядке
  5. Наблюдение в отделении реанимации
838. В родильный дом поступила беременная со сроком гестации 36-37 недель. Жалобы на отеки и снижение диуреза. В анамнезе хронический пиелонефрит. При осмотре имеются генерализованные отеки, АД 170/ 110 мм.рт.ст., Матка соответствует 33-34 нед., положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд.в мин, при влагалищном осмотре шейка матки «незрелая». Предварительный диагноз:
1. Беременность 36-37 недель. Преэклампсия легкой степени. Хронический пиелонефрит
  2. Беременность 36-37 недель. Преэклампсия легкой степени. Задержка роста плода. Хронический пиелонефрит
  3. Беременность 33-34 недели. Преэклампсия тяжелой степени. Хронический пиелонефрит

4. + Беременность 36-37 недель. Преэклампсия тяжелой степени. Задержка роста плода. Хронический пиелонефрит
5. Беременность 33-34 недели. Преэклампсия легкой степени. Хронический пиелонефрит
839. В родильный дом поступила беременная со сроком гестации 36-37 недель. Жалобы на отеки и снижение диуреза. В анамнезе хронический пиелонефрит. Выставлен диагноз: Беременность 36-37 недель. Преэклампсия тяжелой степени. Задержка роста плода. Хронический пиелонефрит. Матка соответствует 33-34 нед., положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд.в мин, при влажном осмотре шейка матки «незрелая». Врачебная тактика:
1. Комплексная терапия до начала регулярных схваток
  2. Индукция родов через естественные родовые пути
  3. Продолжить лечение до 40 недель, затем произвести амниотомию и родовозбуждение
4. + Кесарево сечение
5. Индукция родов через естественные родовые пути, исключить потужной период путем наложения акушерских щипцов
840. В родильный дом поступила беременная со сроком гестации 36-37 недель. Жалобы на отеки и снижение диуреза. Выставлен диагноз: Беременность 36-37 недель. Преэклампсия тяжелой степени. Матка соответствует 36-37 нед., положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд.в мин, при влажном осмотре шейка матки «зрелая». Врачебная тактика:
1. комплексная терапия до начала регулярных схваток
  2. + Индукция родов через естественные родовые пути
  3. Продолжить лечение до 40 недель, затем произвести амниотомию и родовозбуждение
  4. Кесарево сечение
  5. Индукция родов через естественные родовые пути, исключить потужной период путем наложения акушерских щипцов
841. У беременной при сроке 8-9 недель беременности рвота до 22 раз в сутки, теряет вес, гипотония, пульс 110 в мин. диурез снижен, остаточный азот и креатинин повышены, в моче ацетон - 4+. Диагноз?
1. Рвота беременных, легкая форма
  2. Почечная недостаточность, олигурия, интоксикация
  3. Рвота беременных, средней степени тяжести
  4. + Рвота беременных, тяжелая форма
  5. Обострение гастрита
842. У беременной при сроке 8-9 недель беременности рвота до 22 раз в сутки. Выставлен диагноз: Беременность 8-9 недель. Рвота беременных тяжелой степени. Тактика врача:
1. Лечение в терапевтическом стационаре
  2. Госпитализация в родильный дом, комплексная терапия в течение 2-х недель, при безэффективности - прерывание беременности
  3. + Госпитализация в родильный дом, комплексная терапия в течение 2-х суток, при безэффективности - прерывание беременности
  4. Лечение в дневном стационаре, при безэффективности – госпитализировать в родильный дом
  5. Амбулаторное наблюдение, соблюдение диеты
843. У повторнобеременной при сроке беременности 28 нед., обнаружены отеки на голенях, передней брюшной стенке, АД 140/90 мм рт.ст., в общем анализе мочи – белок 0,066 г/л, лейкоциты 2-3 в п/зр. Предварительный диагноз:
1. Гипертоническая болезнь
  2. + Преэклампсия легкой степени
  3. Преэклампсия тяжелой степени
  4. Хронический гломерулонефрит
  5. Обострение хронического пиелонефрита
844. На приеме у врача женской консультации у беременной при сроке гестации 28 нед., обнаружены отеки на голенях, передней брюшной стенке, лицо одутловатое. АД 160/100 мм рт.ст., 165/100 мм рт.ст. Предварительный диагноз:
1. Гипертоническая болезнь
  2. Преэклампсия легкой степени
  3. + Преэклампсия тяжелой степени
  4. Хронический гломерулонефрит
  5. Обострение хронического пиелонефрита
845. На приеме у врача женской консультации у первобеременной, 25 лет, выставлен диагноз: Беременность 28 недель. Преэклампсия тяжелой степени. Неотложная помощь начинается с:
1. Внутримышечного введения сульфата магния
  2. + Внутривенного введения стартовой дозы сульфата магния
  3. Введения ганглиоблокаторов
  4. Внутривенного введения нейролептиков

5. Введения диуретиков
846. В родильный дом доставлена беременная без сознания. Со слов родственников дома были судороги. Состояние тяжелое, без сознания, имеются генерализованные отеки, АД 180/100 мм.рт.ст., срок беременности 35-36 недель, положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд.в мин, при влагалищном осмотре шейка матки «незрелая». Поставьте диагноз:
1. Беременность 35-36 недель. Эпилепсия
  2. Беременность 35 -36 недель. Преэклампсия тяжелой степени
  3. Беременность 35-36 недель. Преэклампсия тяжелой степени. Эпилепсия
  4. + Беременность 35-36 недель. Эклампсия. Эклампсическая кома
  5. Беременность 35 -36 недель. Коматозное состояние
847. В родильный дом доставлена беременная без сознания. Со слов родственников дома были судороги. При поступлении выставлен диагноз: Беременность 35-36 недель. Эклампсия. Эклампсическая кома. Состояние тяжелое, без сознания, имеются генерализованные отеки, АД 180/100 мм.рт.ст., положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд.в мин, при влагалищном осмотре шейка матки «незрелая». Ваша тактика:
1. Комплексная терапия до начала регулярных схваток
  2. Индукция родов через естественные родовые пути
  3. Продолжить лечение до 40 недель, затем произвести амниотомию и родовозбуждение
  4. + Кесарево сечение
  5. Индукция родов через естественные родовые пути, исключить потужной период путем наложения акушерских щипцов
848. Ведущим звеном патогенеза гипертензий, вызванных беременностью, являются:
1. + Генерализованная вазоконстрикция, гиповолемия
  2. Нарушение проницаемости маточно-плацентарного барьера
  3. Нарушение водно-электролитного обмена
  4. Функциональные изменения в центральной нервной системе
  5. Снижение иммунологической толерантности
849. Основными симптомами преэклампсии являются:
1. + Артериальная гипертензия, протеинурия, отеки
  2. Гипотония, олигоурия, гематурия
  3. Боли, мажущие выделения, повышение температуры тела
  4. Лейкоцитурия, бактериурия, глюкозурия
  5. Лейкоцитоз, тромбоцитопения, нейтрофилез.
850. Гипертензией при беременности считается:
1. Однократное повышение АД до 130/80 мм.рт.ст.
  2. Повышение диастолического давления на 5 % от исходного
  3. Среднее артериальное давление 80 мм рт ст
  4. Повышение систолического давления на 10 % от исходного
  5. + Стабильно повышенное систолическое давление на 15-20% от исходного
853. Для подтверждения гипертензии при беременности артериальное давление следует измерять с интервалом не менее:
1. 1 часа
  2. 3 часов
  3. + 6 часов
  4. 9 часов
  5. 12 часов
851. Для преэклампсии легкой степени характерно:
1. + Отеки, повышение систолического давления на 30 % от исходного уровня, протеинурия до 0,3 г/сут
  2. Отеки, повышение ад до 170/90 мм рт ст, протеинурия до 0,3 г/сут
  3. Отеки, повышение систолического давления на 30 мм рт ст от исходного, протеинурия до 3 г/сут
  4. Головная боль, повышения ад до 160/100 мм рт ст, протеинурия до 3г/сут
  5. Анасарка, судороги, кома
852. Для HELLP – синдром характерно.:
1. + Гемолитическая анемия, повышение концентрации ферментов печени, тромбоцитопения
  2. Гемолиз, тромбоцитопения, увеличение размеров печени
  3. Тромбоцитопения, увеличение печени, селезенки
  4. Анемия, повышение концентрации ферментов печени, нормальное количество тромбоцитов

5. Железодефицитная анемия, спленомегалия, увеличение количества тромбоцитов
853. Одним из показаний к досрочному родоразрешению при гипертензиях, вызванных беременностью, является:
1. Выраженные отеки на нижних конечностях
  2. Протеинурия выше 0,3 г/сут
  3. + Олигоурия
  4. Повышение АД до 140/100 мм.рт.ст.
  5. Полиурия
854. Гипертензии, вызванные беременностью - это заболевание, возникающее при:
1. Хронических заболеваниях почек
  2. Нейро-циркуляторной дистонии по гипертоническому типу
  3. + Беременности, обусловленной полиорганной недостаточностью адаптационных систем
  4. Пороках сердца
  5. Хронической эндогенной интоксикации
855. В каком сроке беременности возникают ранние токсикозы?
1. + До 12 недель
  2. До 16 недель
  3. До 22 недель
  4. До 34 недель
  5. До 40 недель
856. Для раннего токсикоза беременных характерно:
1. Отеки, протеинурия
  2. Повышение АД, головная боль
  3. + Рвота, слюнотечение
  4. Протеинурия, бактериурия
  5. Гипотония, головокружение
857. Наиболее частой клинической формой раннего токсикоза беременных является:
1. Зуд беременных
  2. + Рвота беременных
  3. Дерматозы беременных
  4. Остеомаляция
  5. Слюнотечение
858. У беременной при сроке 8-9 недель отмечается рвота 20 и более раз в сутки, пищу не удерживает, истощена, прогрессивно теряет в весе, гипотония, пульс 110 ударов в минуту, сгущение крови, ацетон в моче ++++ . Предварительный диагноз:
1. Острый гастрит
  2. Острый холецистит
  3. Вирусный гепатит
  4. Ранний токсикоз, рвота беременных средней степени
  5. + Ранний токсикоз, рвота беременных тяжелой степени
859. У беременной в сроке 8-9 недель выставлен диагноз рвота беременных тяжелой степени. В течение 2-х суток проводится интенсивная терапия, рвота сохраняется до 22 раз, нарастают симптомы обезвоживания. Какова дальнейшая тактика врача:
1. Продолжить комплексную терапию
  2. + Прервать беременность
  3. Продолжить лечение в течение 2-х дней, при отсутствии эффекта – прервать беременность
  4. Пролонгировать до 34 недель
  5. Пролонгировать до доношенного срока
860. В ЖК обратилась беременная с жалобой на неукротимую рвоту. Тактика врача ЖК:
1. Госпитализация, седативная терапия
  2. + Срочная госпитализация, интенсивная борьба с гиповолемией, прерывание беременности
  3. Срочная консультация нефролога, гепатолога
  4. Гипнозотерапия, рефлексотерапия, гипербарическая оксигенация
  5. Амбулаторное лечение, диета, седативные средства
861. Укажите препараты, которые наиболее эффективны для лечения рвоты беременных:
1. Баралгин, но-шпа

2. Этаперазин
  3. + Дроперидол, реланиум
  4. Седуксен, андоксин
  5. Сернокислая магнезия
862. При сочетании каких симптомов следует поставить диагноз преэклампсия тяжелой степени:
1. Отеки, гипертензия, бактериурия
  2. Отеки, гипертензия, протеинурия
  3. Гипертензия, протеинурия, прибавка в весе
  4. + Гипертензия, протеинурия, головная боль
  5. Головная боль, повышение температуры, миалгия
863. Поступила первобеременная в сроке 39-40 нед с жалобами на регулярные схватки, с целыми околоплодными водами. Отеки на нижних конечностях, АД 140/100 мм.рт.ст. Сердцебиение плода ясное, 140 уд/мин. Схватки через 5 минут, средней силы. При влагиальном исследовании: шейка матки сглажена, открытие 2 см. Диагноз:
1. + Беременность 39-40 недель. Первый период родов. Преэклампсия легкой степени.
  2. Беременность 39-40 нед. Первый период родов. Преэклампсия тяжелой степени.
  3. Беременность 39-40 нед. Прелиминарный период. Артериальная гипертензия
  4. Беременность 39-40 нед. Предвестники родов. Артериальная гипертензия
  5. Беременность 39-40 нед. Прелиминарный период. Преэклампсия тяжелой степени
864. При поступлении в родильный дом роженице выставлен диагноз: Беременность 39-40 нед. Первый период родов. Преэклампсия легкой степени. Какие особенности ведения первого периода родов:
1. Амниотомия, родостимуляция
  2. + Ранняя амниотомия, эпидуральная анестезия, при ад свыше 160/100 мм рт ст – управляемая нормотония
  3. Амниотомия, родостимуляция, эпидуральная анестезия
  4. При ад свыше 160/100 мм рт ст – управляемая нормотония
  5. Магнезиальная терапия
865. Укажите основной симптом, характерный для эклампсии:
1. Повышение АД до 180/110 мм рт ст
  2. Головная боль, рвота
  3. + Судороги
  4. Протеинурия
  5. Гипотония
866. Основным симптомом преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты является:
1. Повторяющиеся кровянистые выделения во время беременности
  2. Нарастающая анемия
  3. +Локальная болезненность матки
  4. Симптом "подушки"
  5. Сердцебиение плода 136 уд. в мин
867. Какой дополнительный метод исследования позволяет уточнить предлежание плаценты?
1. Общий анализ крови
  2. кардиотокография
  3. +Ультразвуковое исследование
  4. Рентгенография матки
  5. Выслушивание сердцебиения плода
868. Лечебная тактика при предлежании плаценты зависит от:
1. +Степени кровотечения
  2. Срока беременности
  3. Вида предлежания плаценты
  4. Степени раскрытия шейки матки
  5. Состояния плода
869. Профилактика предлежания плаценты подразумевает :
1. Профилактику гипертензии беременных
  2. Правильное физическое развитие девочек

3. +Профилактику абортс и воспалительных заболеваний матки
  4. Правильное ведение родов
  5. Лечение кольпитов
870. Наиболее вероятная причина повышения АД после 22 недель беременности:
1. Гипертоническая болезнь
  2. + Гипертензия беременных
  3. Хронический гломерулонефрит
  4. Хронический пиелонефрит
  5. Мочекаменная болезнь
872. Наиболее информативными для диагностики предлежания являются данные:
1. Анамнеза
  2. Наружного акушерского исследования
  3. Осмотра с помощью зеркал
  4. Влагалищного исследования
  5. + УЗИ
874. Кесарево сечение при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты выполняется:
1. + Независимо от состояния плода
  2. Только при живом плоде
  3. Только при острой гипоксии
  4. Только при анемии
  5. Только при доношенной беременности
875. При ведении 1-го периода родов у рожениц с хронической артериальной гипертензией проводится:
1. Ограничение применения спазмолитических средств
  2. + Максимальное обезболивание родов, введение ганглиоблокаторов
  3. Амниотомия, родовозбуждение, родостимуляция
  4. Введение 25% раствора сульфата магния
  5. Применение адреномиметиков, адреноблокаторов
876. У рожениц с хронической артериальной гипертензией при наличии криза во 2-ом периоде родов необходимо:
1. Произвести перинеотомию
  2. Использовать эпидуральную анестезию
  3. Ввести сульфат магния
  4. Произвести кесарево сечение
  5. + Наложить акушерские щипцы
877. Диагноз у беременной с хронической артериальной гипертензией, как правило, основывается на показателях:
1. + АД в ранние сроки беременности
  2. АД в середине беременности
  3. АД в конце беременности
  4. Электрокардиограммы
  5. АД до беременности
878. Наиболее частое осложнение беременности при хронической артериальной гипертензии:
1. Развитие врожденных пороков у плода
  2. Развитие приобретенных пороков у плода
  3. Развитие ранних токсикозов беременности
  4. + Раннее присоединение преэклампсии
  5. Раннее присоединение анемии
879. Пролонгирование беременности у женщин с пороками сердца допустимо при:
1. + Недостаточности митрального клапана и отсутствии гемодинамических осложнений
  2. Стенозе митрального клапана с нарушением кровообращения
  3. Аортальных пороках и отсутствии гемодинамических осложнений
  4. Приобретенных пороках сердца, подлежащих кардиальной терапии
  5. Декомпенсированных пороках сердца, подлежащих кардиальной терапии
880. При взятии на «Д» учет беременной с пороком сердца, в первую очередь, необходимо:
1. Назначить кардиальную терапию и диуретики

2. Назначить постельный режим, ограничение потребления соли
  3. Назначить противовоспалительную терапию
  4. Назначить антигистаминные препараты и гипотензивные средства
  5. + Госпитализировать в кардиологический стационар для обследования
881. Повторная госпитализация беременной с заболеваниями сердца проводится:
1. В 16-18 недель
  2. В 20-24 недели
  3. + В 26-32 недели
  4. В 28-34 недели
  5. В 30-35 недель
882. Какие задачи решают во II триместре:
1. Продолжают динамическое наблюдение
  2. + Проводят профилактику осложнений
  3. Выявляют противопоказания для дальнейшего пролонгирования беременности
  4. Досрочно прерывают беременность
  5. Решают вопрос о методе родоразрешения
883. Какие задачи решают во III триместре:
1. Продолжают динамическое наблюдение
  2. Проводят профилактику осложнений
  3. Выявляют противопоказания для дальнейшего пролонгирования беременности
  4. Досрочно прерывают беременность
  5. + Решают вопрос о методе родоразрешения
884. Третья госпитализация беременной с заболеваниями сердца проводится:
1. В 32 недели
  2. В 34 недели
  3. В 36 недель
  4. + В 38 недель
  5. В 40 недель
885. Об активности ревматического процесса свидетельствуют:
1. Лейкоцитоз, лимфоцитоз, значительно ускоренное СОЭ
  2. Лейкоцитоз за счет нейтрофилов, отрицательная реакция на С-реактивный белок
  3. Лейкоцитоз, лимфопения, резко выраженный нейтрофилез
  4. + Лейкоцитоз за счет нейтрофилов, резко положительная реакция на С-реактивный белок
  5. Лейкоцитоз за счет нейтрофилов, сомнительный С-реактивный белок
886. Как изменяется потребление организмом кислорода при беременности:
1. + Нарастает и перед родами превышает на 15-30%
  2. Нарастает и перед родами превышает на 20-30%
  3. Нарастает и перед родами превышает на 30-40%
  4. Нарастает и перед родами превышает на 40-50%
  5. Нарастает и перед родами превышает на 50-60%
887. Наиболее часто сердечная недостаточность во время беременности и родов возникает:
1. В первые месяцы беременности
  2. В начале 2-го триместра
  3. + В конце 2-го триместра
  4. В начале 3-го триместра
  5. В конце 3-го триместра
888. Чаще всего недостаточность кровообращения у беременных с заболеваниями сердца возникает в сроки:
1. 8-12 недель
  2. 13-18 недель
  3. 19-24 недели
  4. + 24-32 недели
  5. 32-36 недель
889. Наиболее частая форма ревматического порока сердца:



1. Недостаточность митрального клапана
  2. +Митральный стеноз
  3. Стеноз устья аорты
  4. Недостаточность аортального клапана
  5. Пороки трехстворчатого клапана
891. Как протекает беременность при митральном стенозе:
1. Заметно не ухудшает течение заболевания сердца
  2. Отмечаются признаки сердечной недостаточности у 25% беременных
  3. Отмечаются признаки сердечной недостаточности у 45% беременных
  4. Отмечаются признаки сердечной недостаточности у 65% беременных
  5. + Отмечаются признаки сердечной недостаточности у 85% беременных
892. Беременность и роды при аортальном стенозе возможны при:
1. Недостаточности кровообращения 1 степени
  2. Недостаточности кровообращения 2 степени
  3. +Лишь при отсутствии выраженных признаков гипертрофии левого желудочка
  3. Лишь при отсутствии симптомов сердечной недостаточности
  4. Абсолютно невозможны
893. Основным методом родоразрешения у беременных с компенсированным пороком сердца являются роды через:
1. +Естественные родовые пути
  2. Естественные родовые пути с перинеотомией
  3. Естественные родовые пути с наложением акушерских щипцов
  4. Естественные родовые пути с наложением вакуум-экстрактора
  5. Путем кесарева сечения в плановом порядке
894. Показанием для родоразрешения беременных с пороками сердца путем кесарева сечения в плановом порядке является:
1. Недостаточность митрального клапана
  2. Дефект межпредсердной перегородки
  3. Дефект межжелудочковой перегородки
  4. Недостаточность аортального клапана
  5. +Любой порок сердца с выраженным нарушением кровообращения
895. Противопоказанием для донашивания беременности являются:
1. Недостаточность митрального клапана
  2. Дефект межпредсердной перегородки
  3. Ревматический порок сердца
  4. Миокардиодистрофия
  - 5.+ Пороки «синего» типа
896. Основной фактор, способствующий развитию и обострению пиелонефрита у беременной:
1. + Инфицирование организма матери
  2. Изменение гормонального баланса
  3. Присоединение анемии
  4. Развитие гипертензии беременных
  5. Сдавление мочеточников
897. Особенность течения пиелонефрита при беременности:
1. + В 1 триместре выраженный болевой синдром в поясничной области, во 2 и 3 триместре жалобы менее выражены
  2. В 1 триместре невыраженный болевой синдром в поясничной области, во 2 и 3 триместре жалобы болеевыражены
  3. В 1 триместре выраженная пиурия, во 2 и 3 триместре менее выражена
  4. В 1 триместре выраженная макротематурия, во 2 и 3 триместре менее выражена
  5. В 1 триместре выраженная микротематурия, во 2 и 3 триместре менее выражена
898. Критические сроки обострения при пиелонефрите у беременных:
1. 5-6 недель
  2. 12-16 недель
  3. 15-18 недель
  4. + 21-30 недель
  5. 32-36 недель

899. Основные принципы лечения пиелонефрита:
1. + Улучшение пассажа мочи, выведение микробов, санация мочевыводящих путей
  2. Понижение пассажа мочи, выведение микробов, санация мочевыводящих путей
  3. Стимуляция пассажа мочи, выведение микробов, санация мочевыводящих путей
  4. Улучшение реологических свойств крови, дезагрегация тромбоцитов
  5. Улучшение маточно-плацентарного кровотока
900. Оптимальный метод родоразрешения при пиелонефрите:
1. Кесарево сечение в плановом порядке
  2. Кесарево сечение в экстренном порядке
  3. +Через естественные родовые пути
  4. Через естественные родовые пути с наложением вакуум-экстрактора
  5. Через естественные родовые пути с наложением акушерских щипцов
901. Основное показание к прерыванию беременности при пиелонефрите:
1. +Пиелонефрит единственной почки
  2. Частые обострения пиелонефрита
  3. Присоединение анемии
  4. Развитие гипертензии
  5. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс
902. Какая форма хронического гломерулонефрита наиболее часто встречается у беременных:
1. + Латентная
  2. Гипертензионная
  3. Нефротическая
  4. Смешанная
  5. Гиперкалиемическая
903. Наиболее частое осложнение беременности при гломерулонефрите:
1. +Развитие гипертензии
  2. Острая почечная недостаточность
  3. Предлежание плаценты
  4. Преждевременные роды
  5. Запоздалые роды
904. Противопоказания для продления беременности при гломерулонефрите:
1. +Острый гломерулонефрит
  2. Нефротическая форма
  3. Латентная форма
  4. Смешанная форма
  5. Гипертензионная форма
905. Какова акушерская тактика при гломерулонефрите в ранние сроки беременности:
1. + Обследование и решение вопроса о возможности сохранения беременности
  2. Проведение антибактериальной терапии
  3. Улучшение пассажа мочи
  4. Интенсивное выведение микробов
  4. Санация мочевыводящих путей
  5. Улучшение реологических свойств крови
906. Показания для досрочного родоразрешения при гломерулонефрите:
1. +Преэклампсия тяжелой степени
  2. Латентная форма гломерулонефрита
  3. Смешанная форма гломерулонефрита
  4. Обострение пиелонефрита
  5. Хронический гломерулонефрит
907. Оптимальный метод родоразрешения при гломерулонефрите:
1. Кесарево сечение в плановом порядке
  2. Кесарево сечение в экстренном порядке
  - 3.+ Через естественные родовые пути

4. Через естественные родовые пути с наложением вакуум-экстрактора
  5. Через естественные родовые пути с наложением акушерских щипцов
908. Основное показание для досрочного родоразрешения при мочекаменной болезни:
1. Купирование приступов почечной колики
  2. +Длительно не купирующаяся почечная колика
  3. Хроническая мочекаменная болезнь
  4. Хронический пиелонефрит и мочекаменная болезнь
  5. Хронический гломерулонефрит и мочекаменная болезнь
909. Наиболее часто встречающаяся форма анемии у беременных:
1. Мегалобластическая гиперхромная анемия
  2. Метаболическая гипохромная анемия
  3. +Железодefицитная гипохромная анемия
  4. Гипопластическая анемия
  5. Гемолитическая анемия
910. Основной фактор, способствующий развитию анемии у беременных:
1. Профессиональные вредности
  2. Заболевания печени
  3. Заболевания щитовидной железы
  4. Гипотония
  5. +Короткий интергенетический интервал
912. Тяжелая форма железодефицитной анемии вызывает у плода:
1. Геморрагии;
  2. +Нарушение маточно-плацентарного кровообращения,
  3. Макросомию;
  4. Аномалии сердечно-сосудистой системы.
  5. Аномалии мочеполовой системы.
913. На первом месте среди осложнений анемии находятся:
1. Угроза прерывания беременности
  2. + Ранние токсикозы
  3. Гипертензии, вызванные беременностью
  4. Многоводие
  5. Многоплодие
914. Осложнение в родах при анемии беременных:
1. +Слабость родовой деятельности
  2. Чрезмерная родовая деятельность
  3. Дискоординированная родовая деятельность
  4. Разрыв матки
  5. Разрыв шейки матки
915. Основное осложнение послеродового периода при анемии:
1. +Гнойно-септические заболевания
  2. Гипертензия
  3. Гипотензия
  4. Олигоурия
  5. Анурия
916. Сахарный диабет-это заболевание, в основе которого лежат следующие изменения в организме:
1. Абсолютная недостаточность инсулина
  2. Относительная недостаточность инсулина,
  3. +Абсолютная и относительная недостаточность инсулина, нарушение обмена веществ
  4. Невыраженная недостаточность инсулина, повышение обмена веществ
  5. Однократная глюкозурия, снижение обмена веществ
917. Основные симптомы сахарного диабета:
1. Жажда, сухость во рту, кожный зуд, булемия
  2. + Жажда, сухость во рту, кожный зуд, полиурия

3. Жажда, сухость во рту, повышение массы тела
  4. Жажда, сухость во рту, понижение массы тела, олигоурия
  5. Жажда, сухость во рту, кожный зуд, слезотечение
918. Для уточнения диагноза сахарного диабета необходимо определение:
1. Глюкозы в крови и моче
  2. Кетоновых тел в моче
  3. Ацетона в крови
  - 4.+ Глюкозотолерантного теста
  5. Белка в моче
919. Одним из основных осложнений беременности при сахарном диабете является :
1. Гипотония
  2. Анемия
  3. +Тяжелые формы гипертензии беременных
  4. Задержка развития плода
  5. Маловодие
920. Особенность течения сахарного диабета в первые недели беременности:
1. + Улучшение толерантности к углеводам
  2. Снижение толерантности к углеводам
  3. Чаще без изменений
  4. Повышение толерантности к углеводам
  5. Резкое снижение толерантности к углеводам
921. Особенность течения сахарного диабета во 2 триместре беременности:
1. +Ухудшение толерантности к углеводам
  2. Снижение толерантности к углеводам
  3. Чаще без изменений
  4. Повышение толерантности к углеводам
  5. Резкое снижение толерантности к углеводам
922. Особенность течения сахарного диабета во 3 триместре беременности:
1. + Снижение уровня гликемии
  2. Снижение толерантности к углеводам
  3. Чаще без изменений
  4. Повышение толерантности к углеводам
  5. Резкое снижение толерантности к углеводам
923. Особенность течения сахарного диабета в родах:
1. Снижение уровня гликемии
  2. Снижение толерантности к углеводам
  3. +Гипергликемия и гипогликемия
  4. Повышение толерантности к углеводам
  5. Резкое снижение толерантности к углеводам
924. Особенность течения сахарного диабета в послеродовом периоде:
1. Снижение уровня гликемии
  2. Снижение толерантности к углеводам
  3. + Уровень гликемии падает, к 4-5 дню нарастает
  4. Повышение толерантности к углеводам
  5. Резкое снижение толерантности к углеводам
925. Первая госпитализация беременных с сахарным диабетом проводится:
1. +В ранние сроки беременности
  2. В 21-25 недель
  3. В 30-32 недели
  4. В 36 недель
  5. В 38 недель
926. Вторая госпитализация беременных с сахарным диабетом проводится:
1. В ранние сроки беременности

2. +В 21-25 недель
  3. В 30-32 недели
  4. В 36 недель
  5. В 38 недель
927. Третья госпитализация беременных с сахарным диабетом проводится:
1. В ранние сроки беременности
  2. В 21-25 недель
  3. +В 30-32 недели
  4. В 36 недель
  5. В 38 недель
928. Четвертая госпитализация беременных с сахарным диабетом проводится:
1. В ранние сроки беременности
  2. В 21-25 недель
  3. В 30-32 недели
  4. + В 36 недель
  5. В 38 недель
929. Первая госпитализация при сахарном диабете целесообразна для :
1. +Решения вопроса о сохранении беременности
  2. Проведения профилактики плацентарной недостаточности
  3. Тщательной коррекции дозы инсулина
  4. Лечения акушерских и диабетических осложнений
  5. Выбора срока и метода родоразрешения
930. Вторая госпитализация при сахарном диабете целесообразна для :
1. Решения вопроса о сохранении беременности
  2. Проведения профилактики плацентарной недостаточности
  3. + Тщательной коррекции дозы инсулина
  4. Лечения акушерских и диабетических осложнений
  5. Выбора срока и метода родоразрешения
931. Третья госпитализация при сахарном диабете целесообразна для :
1. Решения вопроса о сохранении беременности
  2. Проведения профилактики плацентарной недостаточности
  3. Тщательной коррекции дозы инсулина
  4. +Лечения акушерских и диабетических осложнений
  5. Выбора срока и метода родоразрешения
932. Четвертая госпитализация при сахарном диабете целесообразна для :
1. Решения вопроса о сохранении беременности
  2. Проведения профилактики плацентарной недостаточности
  3. Тщательной коррекции дозы инсулина
  4. Лечения акушерских и диабетических осложнений
  5. +Выбора срока и метода родоразрешения
933. Наиболее часто гипертрофическая форма фетопатии при сахарном диабете характеризуется:
1. + Макросомией
  2. Задержкой внутриутробного развития
  3. Внутрижелудочковыми кровоизлияниями
  4. Трисомия по х-хромосоме
  5. Острой гипоксией
934. Наиболее часто гипотрофическая форма фетопатии при сахарном диабете характеризуется:
1. Макросомией
  2. +Задержкой внутриутробного развития
  3. Внутрижелудочковыми кровоизлияниями
  4. Трисомией по х-хромосоме
  5. Острой гипоксией

935. При сахарном диабете родоразрешение рекомендуется в сроки:
1. 35-36 недель
  2. 36-37 недель
  3. + 37-38 недель
  4. 39-40 недель
  5. 40-41 неделя
936. С наступлением беременности при сахарном диабете коррекцию гипергликемии следует проводить:
1. +Инсулином короткого действия
  2. Инсулином длительного действия
  3. Манинилом 3,5мг
  4. Манинилом 5,5мг.
  5. Противодиабетическими сульфаниламидами
937. При сахарном диабете в родах рекомендуется использование:
1. +5% р-ра глюкозы, не пролонгированного инсулина
  2. 10% р-ра глюкозы, инсулина короткого действия
  3. 20% р-ра глюкозы, инсулина длительного действия
  4. 40% р-ра глюкозы, пролонгированного инсулина
  5. Манинила 5,5мг.
938. Наиболее частое осложнение у рожениц с сахарным диабетом во 2-ом периоде родов:
1. Разгибание головки
  2. Запрокидывание ручек
  3. + Дистоция плечиков
  4. Разрыв матки
  5. Выпадение пуповины.
939. Наиболее частое осложнение послеродового периода при сахарном диабете:
1. Остатки плацентарной ткани
  2. Гипотония матки
  3. Выворот матки
  4. + Гнойно-септические осложнения
  5. Анурия.
940. Для дифференциальной диагностики гипогликемической и диабетической комы рекомендуется введение:
1. 5%-20 мл раствора глюкозы
  2. 5%-40 мл раствора глюкозы
  3. 20%-20 мл раствора глюкозы
  4. 20%-40 мл раствора глюкозы
  5. + 40%-40 мл раствора глюкозы
941. Основным показанием к прерыванию беременности при сахарном диабете является:
1. Сахарный диабет 1 типа
  2. Сахарный диабет 2 типа
  3. + Сахарный диабет у обоих родителей
  4. Нарушение толерантности к глюкозе
  5. Ожирение 2 степени
942. Предвестниками гипогликемической комы у беременных являются:
1. + Потливость, беспокойство, чувство голода, двигательная возбудимость
  2. Потливость, сонливость, жажда, гиподинамия
  3. Потливость, беспокойство, отсутствие аппетита, гиподинамия
  4. Потливость, апатия, чувство голода, адинамия
  5. Потливость, заторможенность, жажда, гиподинамия
943. Характерные клинические симптомы при гипотиреозе у беременных:
1. Понижение веса, раздражительность, потливость, экзофтальм
  2. +Повышение веса, сонливость, заторможенность, сухость кожи
  3. Понижение веса, беспокойство, потливость, экзофтальм
  4. Повышение веса, двигательная активность, потливость, гидрофильность тканей

5. Повышение веса, раздражительность, гидрофильность тканей
944. Характерные клинические симптомы при гипертиреозе:
  1. +Понижение веса, раздражительность, потливость, экзофтальм
  2. Повышение веса, сонливость, заторможенность, сухость кожи
  3. Понижение веса, сонливость, потливость, экзофтальм
  4. Повышение веса, двигательная активность, гидрофильность тканей
  5. Повышение веса, сонливость, заторможенность, гидрофильность тканей
945. Противопоказание для вынашивания беременности при гипертиреозе:
  1. Диффузный зоб 1 степени
  2. Эндемический зоб 2 степени
  3. + Диффузный токсический зоб 3 степени
  4. Сочетание с другими экстрагенитальными заболеваниями
  5. Эндемический зоб у родственников
946. Основное осложнение беременности при тиреотоксикозе:
  1. Перенашивание беременности
  2. Гипотония беременных
  3. Анемия беременных
  4. + Невынашивание беременности
  5. Многоводие, маловодие
947. Основное осложнение родов при заболеваниях щитовидной железы:
  1. +Аномалия родовой деятельности
  2. Преждевременное излитие околоплодных вод
  3. Выпадение мелких частей
  4. Разрыв матки
  5. Гипоксия плода.
948. Основное осложнение послеродового периода при заболеваниях щитовидной железы:
  1. Дефект последа
  2. + Кровотечения
  3. Выворот матки
  4. Гнойно-септические осложнения
  5. Артериальная гипертензия
949. Родоразрешение при гипертиреозе проводится на фоне:
  1. + Эутиреоза
  2. Тиреотоксического криза
  3. Приема тиреостатиков
  4. Тиреотоксикоза
  5. Заместительной гормонотерапии
950. У беременных с заболеваниями щитовидной железы высок риск:
  1. +Мертворождения
  2. Ранней неонатальной смертности
  3. Поздней неонатальной смертности
  4. Интранатальной смертности
  5. Многоплодия
951. Показанием к оперативному лечению при тиреотоксикозе является:
  1. + Подозрение на малигнизацию
  2. Необходимость использования низких доз тиреостатиков
  3. Необходимость использования заместительной гормонотерапии
  4. Риск развития болезни дауна у плода
  5. Пороки развития сердечно-сосудистой системы
952. Основной принцип лечения при гипотиреозе:
  1. + Заместительная гормонотерапия
  2. Применение тиреостатиков
  3. Оперативное лечение

4. Прерывание беременности при обращении по поводу беременности
5. Досрочное родоразрешение
953. Противопоказание для вынашивания беременности при заболеваниях печени:
  1. + Цирроз печени
  2. Вирусный гепатит а
  3. Вирусный гепатит в
  4. Вирусный гепатит с
  5. Вирусный гепатит д
954. Беременная при сроке 34 недели заболела вирусным гепатитом А, тактика врача:
  1. +Пролонгировать беременность
  2. Прервать беременность путем кесарева сечения
  3. Направить на консультацию к инфекционисту
  4. Прервать беременность в безжелтушную стадию
  5. Досрочное родоразрешение.
955. Путь заражения при вирусном гепатите А:
  1. Водный
  2. Парентеральный
  3. +Фекально-оральный
  4. Контактный
  5. Половой
956. Пути заражения при вирусном гепатите В:
  1. Водный
  2. +Парентеральный
  3. Фекально-оральный
  4. Контактный
  5. Транскутанный
957. Пути заражения при вирусном гепатите Е:
  1. +Водный
  2. Парентеральный
  3. Фекально-оральный
  4. Контактный
  5. Транскутанный
958. Основное осложнение беременности при заболеваниях печени:
  1. + Тяжелая преэклампсия и эклампсия
  2. Недонашивание беременности
  3. Перенашивание беременности
  4. Задержка развития плода
  5. Антенатальная гибель плода.
959. Основное осложнение после родов при заболеваниях печени:
  1. Гипотоническое кровотечение
  2. Разрыв матки
  3. Разрыв шейки матки
  4. +Коагулопатическое кровотечение
  5. Разрыв промежности
960. Дно матки на уровне лона соответствует сроку беременности:
  1. 5-6 нед
  2. 7-8 нед
  3. 9-10 нед
  4. +12 нед
  5. 13-14 нед
961. Наиболее часто встречающееся прикрепление плаценты в матке:
  1. По передней стенке
  - 2.+ По задней стенке



3. В нижнем сегменте
  4. В дне матки
  5. В боковых отделах матки
963. Окружность живота беременной измеряется:
1. +На уровне пупка
  2. На уровне мечевидного отростка
  3. На 2 пальца ниже пупка
  4. На 3 пальца выше пупка
  5. На уровне симфиза
964. Предполагаемый срок родов, если последняя менструация была 3 марта:
1. 30 декабря
  2. +10 декабря
  3. 10 ноября
  4. 10 января
  5. 1 декабря
965. Первый прием Леопольда-Левицкого определяет:
1. Характер предлежащей части
  2. Положение, позицию и вид плода
  3. Отношение предлежащей части ко входу в таз
  4. + Высоту стояния дна матки
  5. Предлежание плода
966. Второй прием Леопольда - Левицкого определяет:
1. Характер предлежащей части
  2. +Положение, позицию и вид плода
  3. Отношение предлежащей части ко входу в таз
  4. Высоту стояния дна матки
  5. Предлежание плода
967. Третий прием Леопольда - Левицкого определяет:
1. Характер предлежащей части
  2. Положение, позицию и вид плода
  3. Отношение предлежащей части ко входу в таз
  4. Высоту стояния дна матки
  5. +Предлежащую часть плода.
968. Четвертый прием Леопольда - Левицкого определяет:
1. Характер предлежащей части
  2. Положение, позицию и вид плода
  - 3.+ Отношение предлежащей части ко входу в таз
  4. Высоту стояния дна матки
  5. Предлежащую часть плода.
969. При доношенной беременности и средних размерах плода окружность живота и высота дна матки соответствуют:
1. 106 и 39 см
  2. 82 и 30 см
  3. +100 и 35 см
  4. 85 и 33 см
  5. 90 и 32 см
970. Измерение диагональной конъюгаты возможно только при следующем местоположении головки:
- 1.+ Прижата к входу в таз
  2. Малым сегментом во входе в таз
  3. Большим сегментом во входе в таз
  4. В полости малого таза
  5. На тазовом дне
971. На основании величины диагональной конъюгаты можно рассчитать:
1. Косой размер плоскости входа в малый таз

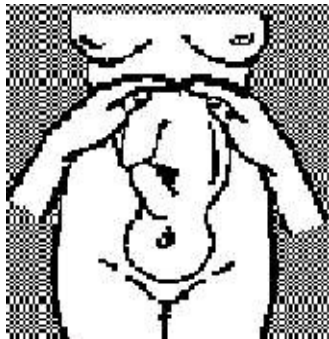
- 2.+ Истинную конъюгату
- 3. Наружную конъюгату
- 4. Прямой размер широкой части малого таза
- 5. Прямой размер узкой части малого таза

972. В норме ромб Михаэлиса имеет форму:

- 1. + Ромба
- 2. Треугольника
- 3. Неправильного четырехугольника
- 4. Пятиугольника
- 5. Квадрата

973. Какое исследование проводится на данном рисунке:

- 1.+ Наружное акушерское исследование, I-ый прием Леопольда,
- 2. Наружное акушерское исследование, II-ый прием Леопольда
- 3. Наружное акушерское исследование, III-ый прием Леопольда
- 4. Наружное акушерское исследование, IV-ый прием Леопольда
- 5. Наружное акушерское исследование, V-ый прием Леопольда

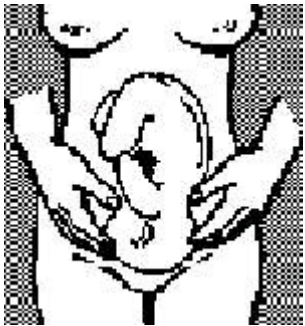


974. Какое исследование проводится на данном рисунке:

- 1. Наружное акушерское исследование, I-ый прием Леопольда,
- 2.+ Наружное акушерское исследование, II-ый прием Леопольда
- 3. Наружное акушерское исследование, III-ый прием Леопольда
- 4. Наружное акушерское исследование, IV-ый прием Леопольда
- 5. Наружное акушерское исследование, V-ый прием Леопольда



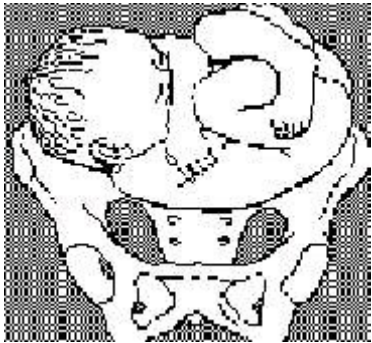
975. Какое исследование проводится на данном рисунке:
1. Наружное акушерское исследование, I-ый прием Леопольда,
  2. Наружное акушерское исследование, II-ый прием Леопольда
  3. Наружное акушерское исследование, III-ый прием Леопольда
  - 4.+ Наружное акушерское исследование, IV-ый прием Леопольда
  5. Наружное акушерское исследование, V-ый прием Леопольда



976. На данном рисунке врач проводит:
1. Наружное акушерское исследование, I-ый прием Леопольда,
  2. Наружное акушерское исследование, II-ый прием Леопольда
  - 3.+ Наружное акушерское исследование, III-ый прием Леопольда
  4. Наружное акушерское исследование, IV-ый прием Леопольда
  5. Наружное акушерское исследование, V-ый прием Леопольда



977. Определите положение, позицию и вид плода:
1. Поперечное положение, I позиция, передний вид
  2. Поперечное положение, II позиция, передний вид
  3. Косое положение, I позиция, задний вид
  - 4.+ Поперечное положение, II позиция, задний вид
  5. Продольное положение, II позиция

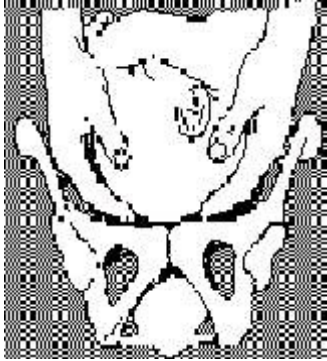


978. Укажите 4-ый прием Леопольда:
1. 1
  2. 2
  3. 3
  4. +4
  5. 1,2,3



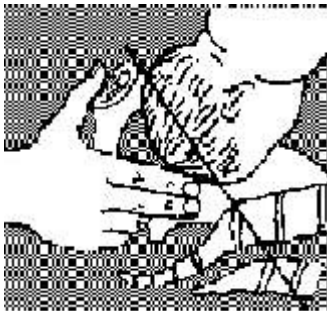
979. Изображенный на рисунке прием свидетельствует, что головка:
1. Над входом в малый таз
  - 2.+ Прижата ко входу в малый таз
  3. Малым сегментом во входе в малый таз

- 4 . Большим сегментом во входе в малый таз
- 5 . В широкой части полости малого таза



980. Какое исследование проводит врач на данном рисунке:

1. Измерение высоты лона
2. Измерение прямого размера выхода малого таза
3. Наружную пельвиометрию
- 4.+ Определение диагональной конъюгаты
5. Определение местонахождения головки



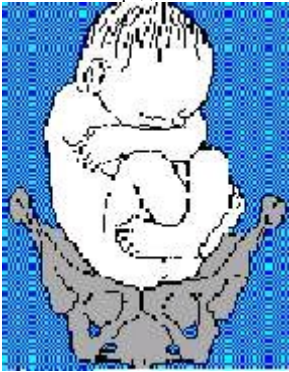
981. При наружном акушерском исследовании выявлена ситуация, которая представлена на рисунке. Ваш диагноз:

1. +Тазовое предлежание, чистоягодичное. I позиция, задний вид
2. Тазовое предлежание, чистоягодичное. I позиция, передний вид
3. Смешанное ягодичное предлежание. II позиция, задний вид
4. Ножное предлежание. II позиция, передний вид
5. Головное предлежание. I позиция.



982. При наружном акушерском исследовании выявлена ситуация, которая представлена на рисунке. Ваш диагноз:

1. Тазовое предлежание, чистоягодичное. I позиция, задний вид
2. Тазовое предлежание, чистоягодичное. I позиция, передний вид
3. +Смешанное ягодичное предлежание. II позиция, задний вид
4. Ножное предлежание. II позиция, передний вид
5. Головное предлежание. I позиция.



983. При наружном акушерском исследовании выявлена ситуация, которая представлена на рисунке. Ваш диагноз:

1. Тазовое предлежание, чистоягодичное. I позиция, задний вид
2. Тазовое предлежание, чистоягодичное. I позиция, передний вид
3. Смешанное ягодичное предлежание. II позиция, задний вид
- 4.+ Полное ножное предлежание. I позиция, передний вид
5. Головное предлежание. I позиция.



984. При наружном акушерском исследовании выявлена ситуация, которая представлена на рисунке. Ваш диагноз:

1. Тазовое предлежание, чистоягодичное. I позиция, задний вид
2. Тазовое предлежание, чистоягодичное. I позиция, передний вид
3. Смешанное ягодичное предлежание. II позиция, задний вид
- 4.+ Неполное ножное предлежание. II позиция, задний вид
5. Головное предлежание. I позиция.



985. Какой плоскости малого таза соответствует поперечный размер, равный 10,5 см?

1. Плоскости входа в малый таз
2. Широкой части малого таза
- 3.+ Плоскости узкой части малого таза
4. Плоскости выхода малого таза
5. Плоскости широкой части полости малого таза

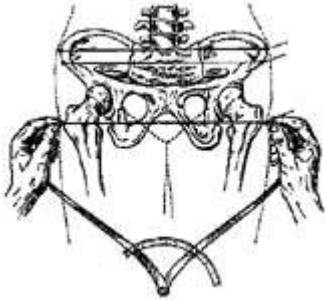
986. Истинная конъюгата должна иметь величину не менее:

1. 10 см
- 2.+ 11 см
3. 12 см
4. 13 см
5. 14 см

987. Истинную конъюгату можно рассчитать на основании:

1. Индекса Соловьева
2. Боковых конъюгат
3. Горизонтальной диагонали ромба Михаэлиса
- 4.+ Наружной конъюгаты

5. Окружности живота
988. Какую плоскость малого таза ограничивают верхний край лона, безымянные линии, вершина мыса?
1. + Входа в малый таз
  2. Широкой части
  3. Узкой части
  4. Выхода из малого таза
  5. Вертикальную плоскость таза.
989. Физиологическая беременность продолжается:
1. 140 дней
  2. 200 дней
  3. + 280 дней
  4. 300 дней
  5. 320 дней
990. Какой размер таза измеряется на данном рисунке
1. d. spinarum
  2. d. cristarum
  3. + d. Trochanterica



991. Какая конъюгата измеряется таким образом
1. истинная
  2. + диагональная
  3. наружная



992. Какой признак беременности представлен на рисунке
1. Горвица



2. Гегара
3. Генгера
4. + Пискачека



993. Наружное акушерское исследование во 2-ой половине беременности не предполагает:
1. Определения положения, позиции, размеров плода
  2. Анатомической оценки таза
  3. Определения срока беременности
  4. + Функциональной оценки таза
  5. Оценки частоты и ритма сердцебиения плода
994. При развивающейся беременности не происходит :
1. Увеличение размеров матки
  2. Размягчения ее
  3. Изменение реакции на пальпацию
  4. + Уплотнения матки
  5. Изменение ее формы
995. К вероятным признакам беременности относят:
1. Изменение настроения
  2. Изменение обоняния
  3. Выслушивание сердцебиения плода
  4. + Признак горвица - гегара
  5. Диспептические нарушения
996. Ранняя диагностика беременности не предполагает:
1. Изменение базальной температуры
  2. Определение уровня хг в моче
  3. УЗ-исследование
  4. Динамическое наблюдение
  5. + Ожирение
997. Объективное исследование беременной или роженицы начинается:
1. С пальпации живота
  2. С аускультации живота
  3. С измерения таза
  4. + С объективного обследования по системам
  5. С лабораторных данных
998. К достоверным признакам беременности относится:
1. Шевеление плода
  2. Увеличение матки
  3. Цианоз влагалища
  4. + Пальпация частей плода

5. Повышение ректальной температуры
999. Наиболее благоприятным для прогноза настоящей беременности является завершение предыдущих:
1. Патологическими родами с оперативным родоразрешением
  2. Искусственными абортами
  3. Привычными выкидышами
  4. + Нормальными родами
  5. Абортами
1000. У правильно сложенной женщины поясничной ромб имеет форму:
1. + Геометрически правильного ромба
  2. Треугольника
  3. Неправильного четырехугольника
  4. Четырехугольника, вытянутого в вертикальном направлении
  5. Четырехугольника, вытянутого в горизонтальном направлении
1006. Диагональная конъюгата равна:
1. + 12-13 см
  2. 31-32 см
  3. 28-29 см
  4. 25-26 см
  5. 10-11 см
1007. Истинная конъюгата - это расстояние между:
1. Серединой верхнего края лонного сочленения и мысом
  2. + Наиболее выступающими внутрь точками симфиза и мыса
  3. Нижним краем симфиза и выступающей точкой мыса
  4. Гребнями подвздошных костей
  5. Между нижним краем симфиза и мысом
1008. Истинная конъюгата равна:
1. + 11 см
  2. 13 см
  3. 9 см
  4. 20 см
  5. 23 см
1009. В конце беременности у первородящей женщины в норме шейка матки:
1. + Укорочена
  2. Сглажена частично
  3. Сглажена полностью
  4. Сохранена
  5. Отклонена кзади
1010. Какие вы знаете сомнительные признаки беременности ?
1. Шевеление плода, пальпация частей плода
  2. Пальпация частей плода, прослушивание сердцебиения
  3. + Тошнота, рвота, вкусовые прихоти, непереносимость запахов
  4. Увеличение, размягчение, изменение формы матки
  5. Признаки пискачека, снегирева, горвица-гегара
1011. Какой из перечисленных признаков является вероятным признаком беременности?
1. + Задержка месячных, увеличение матки
  2. Тошнота и рвота
  3. Шевеление плода
  4. Пальпация частей плода
  5. Появление отеков на ногах
1012. Что из нижеперечисленного является достоверным признаком беременности?
1. Цианоз слизистой влагалища и шейки матки
  2. Увеличение матки до величины куриного яйца

3. + Пальпация частей плода, выслушивание сердцебиения плода
  4. Задержка месячных
  5. Тошнота и рвота, вкусовые прихоти
1013. В каком сроке беременности начинается шевеление плода у первобеременных женщин?
1. В 12 недель
  2. В 14 недель
  3. В 30 недель
  4. + В 20 недель
  5. В 22 недели
1014. В каком сроке беременности начинается шевеление плода у повторнобеременных женщин?
1. В 12 недель
  2. В 16 недель
  3. + В 18 недель
  4. В 20 недель
  5. В 24 недели
1017. По каким данным следует считать срок беременности? Выберите наиболее правильный ответ:
1. + По дате последних месячных, первого шевеления плода, по первой явке в женскую консультацию, по объективным данным, по УЗИ
  2. По дате последних месячных, по овуляции, по окружности живота, по первому шевелению плода
  3. По дате последних месячных, по овуляции, по окружности живота, по высоте стояния дна матки, по окружности живота
  4. По положению плода в матке, по наличию сердцебиения, по УЗИ
  5. По дате последних месячных, по овуляции, по наличию сердцебиения плода
1018. Какой срок соответствует доношенной беременности?
1. 22-28 недель
  2. 28-34 недель
  3. 34-38 недель
  4. + 38-40 недель
  5. 40-42 недели
1019. Какие из перечисленных данных соответствуют 39-40 нед. беременности?
1. Высота стояния дна матки на уровне пупка, положение плода продольное
  2. Прямой размер головки - 10 см.
  3. Окружность живота 80 см. Высота стояния дна матки 30 см, пупок вытянут размер головки 12 см. Пупок выпячен
  4. + Окружность живота 95-100 см., высота стояния дна матки 34 см. Прямой размер головки 12 см. Пупок выпячен
  5. Дно матки под мечевидным отростком
1020. Как измеряется и чему равна D.spinaum?
1. + Это расстояние между передне-верхними осями подвздошной кости, в норме 25-26 см.
  2. Это расстояние между гребнями подвздошных костей, равно 28-29 см.
  3. Это расстояние между большими вертелами бедренных костей, равно 29-31 см.
  4. Это поперечник плода
  5. Это окружность живота на уровне пупка
1021. Как вычислить истинную конъюгату?
1. + От наружной конъюгаты отнять 9 см
  2. От наружной конъюгаты отнять 2 см
  3. От диагональной конъюгаты отнять 9 см
  4. От окружности живота отнять высоту стояния дна матки
  5. К наружной конъюгате прибавить 2 см
1022. Склонность к отекам нижних конечностей во время беременности не обусловлена:
1. Снижением осмотического давления в плазме крови
  2. Сдавлением нижней полой вены беременной маткой и повышением венозного Давления в нижних конечностях
  3. Задержкой натрия в организме
  4. Увеличением секреции альдостерона
  5. + Паритетом беременности и родов
1023. Наиболее частым осложнением беременности во втором триместре является

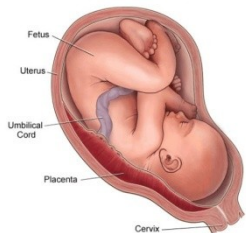
1. Преждевременное созревание плаценты
  2. Запоздалое созревание плаценты
  3. Вторичная плацентарная недостаточность
  4. + Гипертензии беременных
  5. Задержка внутриутробного развития плода
1024. Кровотечение из половых путей при низкой плацентации обусловлено
1. + Отслойкой плаценты
  2. Склерозированием ворсин низко расположенной плаценты
  3. Дистрофическими изменениями ворсин хориона
  4. Повышенным отложением фибриноидного вещества на поверхности плаценты
  5. Гиперандрогенией
1025. Для низкой плацентации наиболее характерен следующий симптом
1. Артериальная гипотония
  2. Артериальная гипертензия
  3. Анемия
  4. + Кровянистые выделения из половых путей
  5. Отеки беременных
1026. Развитию низкой плацентации не способствуют следующие изменения в матке:
1. Дистрофические
  2. Воспалительные
  3. Рубцовые
  4. + Проллиферативные
  5. Регенерация
1027. Для диагностики предлежания плаценты наиболее целесообразно применить
1. Радиоизотопную сцинтиграфию
  2. Тепловидение
  3. + Ультразвуковое сканирование
  4. Допплерографию
  5. Рентгенографию органов малого таза
1029. При влагалищном исследовании при неполном предлежании плаценты, как правило, определяется
1. Губчатая ткань плаценты над всем внутренним зевом
  2. Головка и ручка плода
  3. Ножка плода
  4. + Предлежащая часть и частично губчатая ткань
  5. Ягодички плода
1030. Особенностью кровотечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты является
1. Всегда наружное кровотечение
  2. Кровотечение в покое, чаще ночью
  3. + Болезненность матки при пальпации при отсутствии кровотечения
  4. Всегда безболезненное кровотечение
  5. Мажущие кровянистые выделения.
1031. Особенностью кровотечения при предлежании плаценты является
1. Болезненность матки при пальпации
  2. Наружного кровотечения может и не быть
  3. Имеются признаки внутрибрюшного кровотечения
  4. Кровотечение резко болезненное
  5. + Кровотечение в покое, чаще ночью
1032. Длительный гипертонус матки наиболее характерен
1. Для предлежания плаценты
  2. + Для преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты
  3. Для шеечно-перешеечной беременности

4. Для низкой плацентации
5. Дискоординации родовой деятельности
1033. При преждевременной отслойке плаценты, расположенной на передней стенке матки, характерно
  1. + Локальная болезненность
  2. Схваткообразные боли в крестце и пояснице
  3. Отеки нижних конечностей
  4. Отеки передней брюшной стенки
  5. Гипертензия
1034. При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты роженице показано
  1. Родостимуляция окситоцином
  2. Родостимуляция простагландинами
  3. Введение метилэргометрина внутривенно капельно
  4. Введение питуитрина одномоментно внутримышечно
  5. + Кесарево сечение
1035. При неполном предлежании плаценты, значительном кровотечении из родовых путей и открытии маточного зева на 5-6 см родоразрешение показано:
  1. + Путем кесарева сечения
  2. Через естественные родовые пути с гемотрансфузией и родостимуляцией
  3. Через естественные родовые пути с ранней амниотомией и без родостимуляции
  4. Произвести поворот плода на ножку
  5. Наложение акушерских щипцов
1036. Отслойка плаценты у беременной наиболее часто происходит
  1. При узком тазе
  2. При фетоплацентарной недостаточности
  3. + При длительно текущей преэклампсии
  4. При анемии
  5. При миопии высокой степени с разрывом сетчатки
1037. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты у роженицы часто происходит
  1. При крупном плоде
  2. + При абсолютной и относительной короткости пуповины
  3. При узком тазе
  4. При дородовом излитии вод
  5. Слабости родовой деятельности
1038. Наибольшее значение в выборе тактики родоразрешения при неполном предлежании плаценты имеет
  1. Предлежание плода (головное, тазовое)
  2. Состояние шейки матки (сглажена, укорочена, полностью открыта)
  3. Состояние плода (живой, мертвый)
  4. + Выраженность кровотечения
  5. Возраст роженицы
1039. У беременной с длительно текущей преэклампсией в сроке 32 недель беременности появились признаки прогрессирующей преждевременной отслойки плаценты. Произведена срочная госпитализация в роддом. Акушерская тактика
  1. Интенсивная терапия и сохранение беременности
  2. Родовозбуждение и родостимуляция
  3. + Кесарево сечение
  4. Применение токолитиков
  5. Интенсивная терапия и подготовка организма к родам
1040. У повторнобеременной первородящей с неполным предлежанием плаценты при открытии шейки матки на 4 см диагностировано тазовое предлежание плода. Предполагаемая масса плода - 3900 г. Тактика ведения
  1. Ранняя амниотомия и родовозбуждение
  2. Ранняя амниотомия и внутривенное капельное введение спазмолитиков

3. + Кесарево сечение
  4. Применение токолитиков
  5. Экстракция плода за тазовый конец
1041. Основным фактором в выборе тактики родоразрешения при предлежании плаценты является:
1. + Разновидность предлежания (полное, неполное)
  2. Состояние родовых путей (шейка матки сглажена, укорочена, полностью открыта)
  3. Предлежание плода (головное, тазовое)
  4. Сопутствующая экстрагенитальная патология
  5. Возраст роженицы
1042. Во время кесарева сечения, производимого по поводу полного предлежания плаценты, возникло кровотечение. Вы должны заподозрить:
1. + Истинное вращение ворсин хориона в миометрий
  2. Заболевание щитовидной железы
  3. Задержка плодовых оболочек
  4. Плотное прикрепление плаценты
  5. Заболевание сердечно-сосудистой системы
1043. При массивном кровотечении во время операции кесарева сечения, производимой по поводу предлежания плаценты, наиболее правильной является следующая акушерская тактика:
1. Повторное применение препаратов утеротонического действия
  2. + Экстирпация матки
  3. Надвлагалищная ампутация матки
  4. Применение простенона в толщу миометрия
  5. Аднексэктомия
1044. Предлежание плаценты следует, как правило, дифференцировать
1. С перекрутом ножки кистомы яичника
  2. С разрывом матки
  3. С некрозом миоматозного узла
  4. С ущемлением миоматозного узла матки в малом тазу
  5. +С преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты
1045. Основные принципы лечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты заключаются
1. + В быстром родоразрешении
  2. В родовозбуждении и родостимуляции
  3. В применении спазмолитиков
  4. В применении токолитиков
  5. В выжидательной тактике
1046. Если прогрессирующая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты развилась во время беременности, следует произвести
1. Родовозбуждение
  2. Раннюю амниотомию
  3. Токолиз
  4. +Кесарево сечение
  5. Лечение и сохранение беременности
1047. Если преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты произошла в первом периоде родов, следует:
1. + Произвести кесарево сечение
  2. Наложить акушерские щипцы
  3. Применить вакуум-экстракцию плода
  4. Провести родостимуляцию
  5. Произвести амниотомию и родоразрешить через естественные родовые пути
1048. Показанием для ручного обследования послеродовой матки является:
1. Кровопотеря до 250 мл
  2. + Сомнение в целостности плаценты

3. Сердечно-сосудистые заболевания
  4. Разрыв шейки матки
  5. Роды с крупным плодом
1049. При ведении беременной с полным предлежанием плаценты и кровянистыми выделениями можно:
1. Назначать токолитики
  2. Производить влагалищное исследование вне операционной
  3. + Производить влагалищное исследование в операционной
  4. Назначать слабительные медикаментозные препараты
  5. Выписывать ее из родильного дома вплоть до родоразрешения
1050. Массивное кровотечение при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, как правило, обусловлено нарушением:
1. Эндокринной системы
  2. + Сократительной способности матки
  3. Мочевыделительной системы
  4. Нервной системы
  5. Сердечно-сосудистой системой
1051. При обращении в женскую консультацию беременной с жалобами на кровянистые выделения из половых путей (во второй половине беременности) тактика акушера-гинеколога должна быть следующей:
1. По достижении 400 мл кровопотери вызвать «скорую» помощь
  2. Назначить спазмолитики
  3. Произвести осторожное влагалищное исследование
  4. Организовать наблюдение за беременной в дневном стационаре (в женской консультации)
  5. + Немедленно направить беременную в родильный дом
1052. Рвота у беременной в I триместре беременности может считаться проявлением раннего токсикоза в том случае, если:
1. Ее возникновение связано с заболеванием ЖКТ
  2. Ее возникновение связано с заболеванием печени
  3. Оно было однократное
  4. Ее возникновение связано с отравлением пищей
  5. + частота ее 3-5 и более раз в сутки
1053. Для рвоты беременных легкой степени наиболее характерно:
1. Частота рвоты от 6 до 10 раз в сутки
  2. Частота пульса 90-100 ударов в минуту
  3. Периодически ацетон в моче
  4. + Частота рвоты до 5 раз в сутки
  5. Отсутствие в моче белка
1054. Для лечения беременной с ранним токсикозом (рвотой беременных) не применяют:
1. Спленин
  2. Витамины группы в
  3. + Эуфиллин
  4. Раствор рингер - локка
  5. Лазерная рефлексотерапии
1055. У беременной с тяжелым течением раннего токсикоза (чрезмерной рвотой беременных) проявлением интоксикации организма не является:
1. Учащение пульса до 100-120 в минуту
  2. + Повышение температуры тела до 38°С
  3. Снижение артериального давления
  4. Наличие в моче ацетона
  5. Резкая потеря в весе
1056. Развитие тахикардии у женщин с эклампсией зависит, как правило:
1. От инфантилизма
  2. От интоксикации, обусловленной нарушением метаболизма
  3. + От генетических факторов

4. От гипоксии
  5. От гипокалиемии
1057. При гипертензии беременных повышается количество:
1. + Тромбоксана
  2. Простагландина е
  3. Окситоцина
  4. Простациклина
  5. Эритроцитов
1060. При гипертензии беременных в крови имеет место:
1. + Дефицит магния
  2. Избыток содержания магния
  3. Содержание магния не изменено
  4. Избыточное содержание гемоглобин
  5. Повышение количества эритроцитов
1061. Частота рвоты при легкой степени токсикоза I половины беременности:
1. 1-2 раза
  2. + 3-5 раз
  3. 6-10 раз
  4. 10-15 раз
  5. 15-20 раз
1063. Птиализм – это:
1. + Слюнотечение
  2. Потоотделение
  3. Извращение вкуса
  4. Неустойчивость настроения
  5. Учащенное мочеиспускание
1065. В норме нижний край плаценты располагается выше внутреннего зева на :
1. 2 см
  2. 3 см
  3. 5 см
  4. + 7 см
  5. 10 см
1067. Основными причинами акушерской патологии, изображенной на рисунке являются :
1. Маловодие, многоводие
  2. Абсолютно короткая пуповина
  - 3 длинная пуповина
  4. Повышение протеолитических свойств плодного яйца
  5. + Дистрофические процессы эндометрия





3. Наружное акушерское исследование
4. + Ультразвуковое исследование
5. Влагалищное исследование

1070 Выберите метод родоразрешения при акушерской патологии, изображенной на рисунке:

1. Консервативное ведение родов
2. Индуцированные роды
3. Произвести амниотомию
4. Акушерские щипцы
5. + Кесарево сечение



1071. При неполном предлежании плаценты в доношенном сроке показано:

1. Консервативное ведение родов
2. + Кесарево сечение
3. Амниотомия, родовозбуждение
4. Амниотомия, родостимуляция
5. Акушерские щипцы

1072. Абсолютным показанием к операции кесарево сечение является:

1. + Полное предлежание плаценты
2. Низкое расположение плаценты
3. Косое положение плода
4. Узкий таз I степени
5. Рубец на матке

1073. Во время операции кесарево сечение, произведенного по поводу ПОНРП обнаружена патология изображенная на рисунке. Ваш диагноз:

1. + Матка Кювелера
1. Рубец на матке
2. Миома матки
3. Саркома матки
4. Эндометриоз



1074. Во время операции кесарево сечение, произведенного по поводу ПОНРП обнаружена патология изображенная на рисунке. Какова тактика врача:

1. Кесарево сечение в нижнем сегменте
2. Корпоральное кесарево сечение
3. Надвлагалищная ампутация матки без придатков
4. + Экстирпация матки без придатков
5. Экстирпация матки с придатками



1075. Для какой акушерской патологии характерно несоответствие наружной кровопотери и гемодинамических нарушений:

1. Полного предлежания плаценты
2. Неполного предлежания плаценты
3. Истинного приращения плаценты
4. Плотного прикрепления плаценты
5. + Преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты

1076. У беременной с неполным предлежанием плаценты при сроке гестации 34-35 недель появилось кровотечение, которое достигло 250 мл и продолжается. Врачебная тактика:

1. Гемотрансфузия, профилактика респираторного дистресса плода
2. Сохраняющая терапия
3. Амниотомия, родовозбуждение
4. Кесарево сечение в плановом порядке
5. + Кесарево сечение в экстренном порядке

1077. У беременной в сроке гестации 32 недели при ультразвуковом исследовании выявлено, что нижний край плаценты на 0,5 см от внутреннего зева. Ваше заключение:

1. Полное предлежание плаценты
2. + Неполное предлежание плаценты
3. Низкое расположение плаценты
4. Нормальное расположение плаценты
5. Преждевременное старение плаценты

1078. при осмотре плаценты на материнской поверхности обнаружено кратерообразное вдавление, заполненное кровавым сгустком. Ваш диагноз:

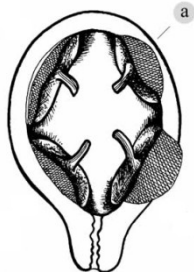
1. Хроническая плацентарная недостаточность
2. Приращение плаценты
3. Предлежание плаценты
4. Плотное прикрепление плаценты
5. + Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

1079. У беременной с неполным предлежанием плаценты при сроке беременности 34 недели появились скудные кровянистые выделения, в связи с чем госпитализирована. Врачебная тактика:

1. Кесарево сечение в плановом порядке
2. + Строгий постельный режим, спазмолитическая и гемостатическая терапии
3. Амниотомия, родовозбуждение окситоцином
4. Амниотомия, родостимуляция
5. Кесарево сечение в экстренном порядке

1080. Какая патология прикрепления плаценты представлена на рисунке под буквой а:

1. Placenta adhaerens
2. Placenta percreta
3. + placenta increta
4. Placenta praevia marginalis
5. Separatio placentae normaliter inserte spontanea



1081. «Шоковый индекс» — это отношение величины:

1. Среднего артериального давления к частоте пульса в 1 минуту
2. Диастолического давления к частоте пульса в 1 минуту
3. Систолического давления к частоте пульса в 1 минуту
4. Частоты пульса в 1 минуту к величине диастолического давления
5. + Частоты пульса в 1 минуту к величине систолического давления

1082. ДВС – синдром, как правило, развивается при:

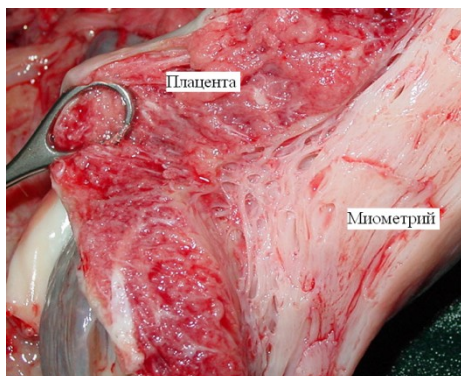
1. Низком расположении плаценты
2. + Преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты
3. Хронической плацентарной недостаточности
4. Истинном полном приращении плаценты
5. Дискоординированной родовой деятельности

1083. у роженицы через 30 минут после рождения ребенка нет признаков отделения послеродового плаценты. При попытке ручного отделения плаценты обнаружено полное истинное приращение плаценты. Врачебная тактика:

1. Экстирпация матки
2. + Надвлагалищная ампутация матки
3. Выжидательная тактика в течение 1 часа
4. Внутривенное введение окситоцина
5. Внутривенное введение метилэргометрина

1084. на снимке макропрепарат матки и плаценты после гистерэктомии. Какая патология плаценты представлена:

1. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
2. + Приращение плаценты
3. Гиперплазия плаценты
4. Кальциноз плаценты
5. Преждевременное старение плаценты

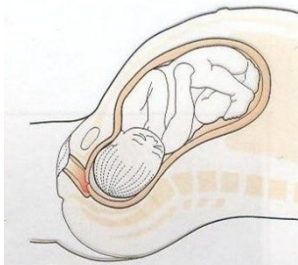


1085. Какой дополнительный метод исследования подтверждает диагноз предлежания плаценты:

1. Амниоскопия
2. Кольпоскопия
3. Хорионбиопсия
4. Кардиотокограмма
5. + Ультразвуковое исследование

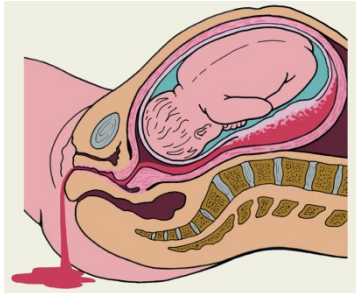
1088. Акушерская тактика при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты в первом периоде родов:

1. Акушерские щипцы
2. Плодоразрушающая операция
3. + Кесарево сечение в экстренном порядке
4. Родостимуляция окситоцином
5. Посobie кристеллера



1089. Особенности акушерского кровотечения при патологии, изображенной на рисунке являются:

1. Периодически повторяющееся, всегда наружное, безболезненное
2. + Возникающее внезапно, наружное или внутреннее, болезненное
3. Возникающее внезапно, всегда наружное, безболезненное
4. Возникающее внезапно, всегда внутреннее, безболезненное
5. Периодически повторяющееся, наружное или внутреннее, безболезненное



1090. Особенности акушерского кровотечения при патологии, изображенной на рисунке являются:

1. + Периодически повторяющееся, всегда наружное, безболезненное
2. Периодически повторяющееся, наружное или внутреннее, безболезненное
3. Периодически повторяющееся, всегда наружное, болезненное
4. Постоянное, наружное или внутреннее, болезненное
5. Постоянное, внутреннее, безболезненное



1091. Тактика врача при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты:

1. Наблюдение
2. + Кесарево сечение
3. Родовозбуждение
4. Антианемическая терапия
5. Спазмолитическая терапия

1092. Укажите, какая патология плаценты представлена на фотоснимке макропрепарата:

1. Плотное прикрепление плаценты
2. + Полное предлежание плаценты
3. Неполное предлежание плаценты
4. Низкое расположение плаценты
5. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

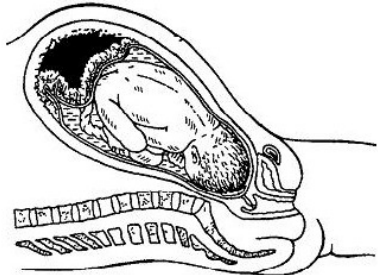


1093. У беременной в сроке гестации 38 недель на УЗИ диагностировано полное предлежание плаценты, жалоб нет, кровотечения нет. Врачебная тактика:

1. + Госпитализация, кесарево сечение в плановом порядке

2. Госпитализация, кесарево сечение в экстренном порядке
  3. Госпитализация, кесарево сечение в сроке 40 недель
  4. Госпитализация, наблюдение до начала родовой деятельности
  5. Амбулаторное наблюдение, госпитализация с началом родовой деятельности
1094. У беременной в сроке гестации 38 недель при УЗИ диагностировано полное предлежание плаценты, жалобы на скудные кровянистые выделения из половых путей. Врачебная тактика:
1. Госпитализация, кесарево сечение в плановом порядке
  2. + Госпитализация, кесарево сечение в экстренном порядке
  3. Госпитализация, спазмолитическая терапия
  4. Амбулаторное наблюдение, спазмолитическая и гемостатическая терапии
  5. Госпитализация, наблюдение, при усилении кровотечения кесарево сечение
1095. У роженицы с преэклампсией диагностирована преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. При влагалищном осмотре шейка матки слажена, открытие 3 см, плодный пузырь цел, предлежит головка плода. Врачебная тактика:
1. Амниотомия, родоразрешение через естественные родовые пути
  2. Родостимуляция окситоцином
  3. Кесарево сечение в плановом порядке
  4. Амниотомия, родостимуляция окситоцином
  5. + Кесарево сечение в экстренном порядке
1096. У первобеременной во втором триместре беременности после полового акта появились алые кровянистые выделения из половых путей. Последнее УЗИ в сроке 22 недели: плацента в области дна матки. С целью уточнения диагноза необходимо:
1. Измерение окружности живота и высоты стояния дна матки
  2. Приемы леопольда-левицкого
  3. Выслушивание сердцебиения плода
  4. + Осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах
  5. Влагалищное исследование
1097. Показанием для переливания свежемороженой плазмы является:
1. Гипотоническое кровотечение
  2. Плотное прикрепление плаценты
  3. Истинное приращение плаценты
  4. Разрыв матки
  5. + ДВС-синдром
1098. У беременной с доношенным сроком беременности диагностирована преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, антенатальная гибель плода, геморрагический шок I степени.  
Врачебная тактика:
1. Начать родовозбуждение окситоцином
  2. Операция кесарева сечения в плановом порядке
  3. + Операция кесарева сечения в экстренном порядке
  4. Наблюдение до начала спонтанной родовой деятельности
  5. Амниотомия, акушерские щипцы
1099. Во время операции кесарева сечения по поводу полного предлежания плаценты диагностировано истинное приращение плаценты. Врачебная тактика:
1. + Экстирпация матки
  2. Ввести в матку простагландины
  3. Надвлагалищная ампутация матки
  4. Наложить компрессионный шов по Б-линчу
  5. иссечь пораженный участок матки и ушить рану
1100. Наиболее частая причина развития матки Кювелера (маточной апоплексии):
1. Полное предлежание плаценты
  2. Неполное предлежание плаценты
  3. Разрыв шейки матки
  4. + Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
  5. Аномалия плаценты
1101. Какая патология плаценты представлена на рисунке:

1. Полное предлежание плаценты
2. Неполное предлежание плаценты
3. Краевое предлежание плаценты
4. +Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
5. Гиперплазия плаценты



1102. Какая патология представлена на данном рисунке:

1. + Полное предлежание плаценты
2. Неполное предлежание плаценты
3. Краевое предлежание плаценты
4. Низкое расположение плаценты
5. Аномалия плаценты

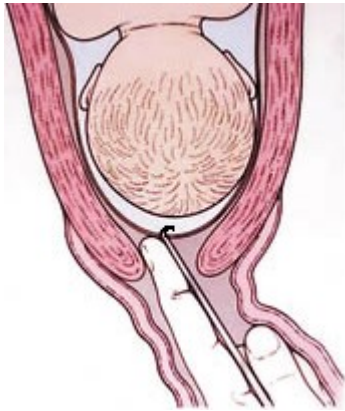


1103. У повторнобеременной с доношнным сроком в первом периоде родов появились кровянистые выделения из половых путей. При вагинальном исследовании в условиях операционной выявлено открытие шейки матки на 4 см, справа определяется губчатая ткань, оболочки шероховатые. предлежит головка. Поставьте диагноз:

1. Доношнная беременность. I период родов. Полное предлежание плаценты
2. + Доношнная беременность. I период родов. Неполное предлежание плаценты
3. Доношнная беременность. I период родов. Низкое расположение плаценты
4. Доношнная беременность. I период родов. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
5. Доношнная беременность. I период родов. Эрозия шейки матки

1104. Какая акушерская манипуляция изображена на рисунке:

1. Влагищное исследование
2. Амниоскопия
3. Кольпотомия
4. + Амниотомия
5. Вакуум-экстракция плода



1105. В каких сроках беременности происходит максимальное растяжение матки:

1. 20-24 недель
2. 25-29 недель
3. + 30-35 недель
4. 37-39 недель
5. 40-42 недель

1106. Укажите симптомы железодефицитной анемии:

1. Слабость, утомляемость, повышения температуры тела
2. Головная боль, головокружение, тошнота, рвота
3. Артериальная гипертензия, изменения кожи, ногтей
4. + Изменения кожи, ногтей, мышечная слабость, извращение вкуса
5. Тошнота, рвота по утрам, извращение вкуса

1107. В каком сроке беременности прекращается рост толщины плаценты:

1. 27-28 недель
2. 30-31 недель
3. 33-34 недель
4. + 36-37 недель
5. 38-40 недель



1108. При патологической прибавке массы тела беременной во второй половине беременности следует заподозрить:

1. Крупный плод
2. + Преэклампсию
3. Многоводие
4. Многоплодие
5. Ожирение

1109. Укажите причину острой плацентарной недостаточности:

1. Преждевременное старение плаценты
2. + Преждевременная отслойка плаценты
3. Предлежание плаценты
4. Гипертензии, вызванные беременностью



5. Железодифицитная анемия

1110. Анатомически узким тазом считается таз, в котором все или хотя бы один из размеров укорочен по сравнению с нормальным на:

1. 0,2-0,3 см
2. 0,5-0,9 см
3. 1,0-1,3 см
4. 1,4-1,5 см
5. + 1,5- 2,0 см

1111. Таз считается анатомически узким при величине истинной конъюгаты менее:

1. 13,0 см
2. 12,5 см
3. 12,0см
4. 11,5 см
5. + 11 см

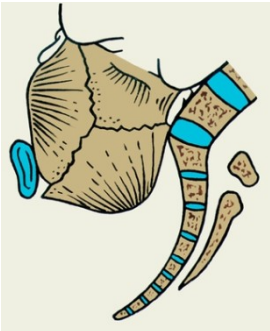
1112. На рисунке изображен следующий момент биомеханизма родов:

1. Первый
2. Второй
3. Третий
4. + Четвертый
5. Пятый



1113. на рисунке представлено вставление головки,:

1. Асинклитическое, передний асинклитизм
2. + Асинклитическое, задний асинклитизм
3. Высокое прямое стояние стреловидного шва
4. Низкое поперечное стояние стреловидного шва
5. Синклитическое



1114. На рисунке изображен следующий момент биомеханизма родов:

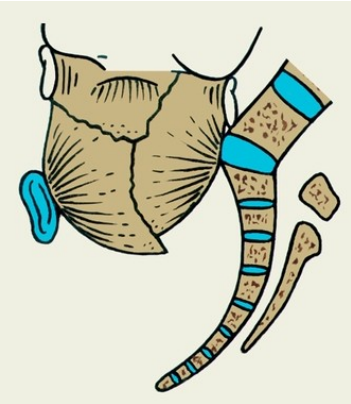
1. Первый
2. Второй
3. Третий
4. + Четвертый

5. Пятый



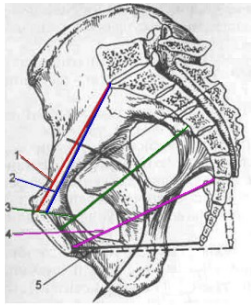
1115. Укажите какая патология представлена на данном рисунке:

1. + Асинклитическое, передний асинклитизм
2. Асинклитическое, задний асинклитизм
3. Высокое прямое стояние стреловидного шва
4. Низкое поперечное стояние стреловидного шва
5. Синклитическое



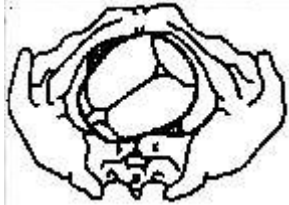
1116. На данном рисунке плоскость узкой части полости малого таза соответствует цифре:

1. 1
2. 2
3. 3
4. +4
5. 5



1117. Укажите предлежание, позицию и вид плода, изображенного на рисунке:

1. + Затылочное предлежание, первая позиция, передний вид
2. Затылочное предлежание, первая позиция, задний вид
3. Затылочное предлежание, вторая позиция, передний вид
4. Лицевое предлежание, первая позиция, передний вид
5. Лобное предлежание, вторая позиция, задний вид



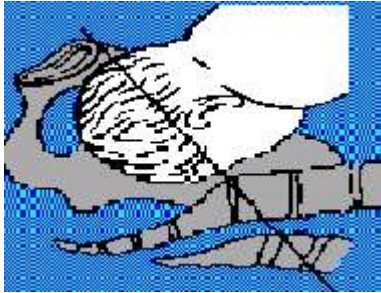
1118. Определите местоположение головки плода по отношению к плоскостям малого таза:



1. + Над входом
2. Прижата ко входу
3. В широкой части
4. В узкой части
5. На тазовом дне

1119. Определите местоположение головки плода по отношению к плоскостям малого таза:

1. Над входом
2. Прижата ко входу
3. + В широкой части
4. В узкой части
5. На тазовом дне



1120. Определите вид предлежания головки :
- 1.+ Передний вид затылочного предлежания
  2. Задний вид затылочного предлежания
  3. Лобное
  4. Передне-головное



1121. Определите местоположение головки плода по отношению к плоскостям малого таза:
1. Над входом
  2. Прижата ко входу
  3. В широкой части
  4. В узкой части
  - 5.+ На тазовом дне



1122. С помощью какого приема Леопольда определяют положение, позицию и вид плода:
1. Первого
  - 2.+ Второго
  3. Третьего

4. Четвертого
  5. Всеми
1123. С помощью какого приема Леопольда определяют высоту стояния дна матки:
- 1.+ Первого
  2. Второго
  3. Третьего
  4. Четвертого
  5. Всеми
1127. Преждевременные роды наступают при сроке беременности:
1. 16-21 неделя
  - 2.+ 22-36 недель
  3. 28-36 недель
  4. 37-41 недель
  5. 42-43 недели
1128. Запоздалые роды наступают, как правило, при сроке беременности:
1. 16-21 неделя
  2. 22-27 недель
  3. 28-36 недель
  4. 37-41 недель
  - 5.+ 42-43 недели
1129. Выкидыш происходит при сроке беременности:
- 1.+ До 21 недели
  2. 22-27 недель
  3. 28-36 недель
  4. 37-41 недель
  5. 42-43 недели
1130. Ранний выкидыш происходит при сроке беременности:
1. +До 12 недель
  2. 13-21 недель
  3. 22-27 недель
  4. 28-36 недель
  5. 37-41 недель
1132. Продолжительность физиологического прелиминарного периода (часов):
1. 1
  2. 3
  3. 4
  4. 5
  - 5.+ 6
1132. Физиологический прелиминарный период -это:
1. Регулярные схватки в течение 1-го часа
  2. Нерегулярные схватки в течение 2-3 часов
  3. Нерегулярные схватки в течение 4-5 часов
  4. +Нерегулярные схватки в течение 6 часов
  5. Нерегулярные схватки в течение более 6 часов
1133. Началом родов считают:
1. Появление нерегулярных схваток
  2. +Появление регулярных схваток
  3. Излитие околоплодных вод
  4. Появление потуг
  5. Прорезывание головки плода
1134. Началом 1-го периода родов считают:
1. Появление нерегулярных схваток

- 2.+ Появление регулярных схваток
  - 3. Излитие околоплодных вод
  - 4. Появление потуг
  - 5. Прорезывание головки плода
1135. Началом 2-го периода родов считают:
- 1. Появление нерегулярных схваток
  - 2. Появление регулярных схваток
  - 3. Излитие околоплодных вод
  - 4.+ Появление потуг
  - 5. Прорезывание головки плода
1136. Третий период родов – это период:
- 1. Нерегулярных схваток
  - 2. Регулярных схваток
  - 3. Изгнания плода
  - 4.+ Рождения последа
  - 5. Излития околоплодных вод
1137. Сколько периодов родов выделяют:
- 1. Один
  - 2. Два
  - 3.+ Три
  - 4. Четыре
  - 5. Пять
1138. Первый период родов называется:
- 1. Предвестниками
  - 2. Прелиминарным
  - 3.+ Периодом раскрытия шейки матки
  - 4. Периодом изгнания плода
  - 5. Последовым
1139. Второй период родов называется:
- 1. Предвестниками
  - 2. Прелиминарным
  - 3. Периодом раскрытия шейки матки
  - 4.+ Периодом изгнания плода
  - 5. Последовым
1140. Третий период родов называется:
- 1. Предвестниками
  - 2. Прелиминарным
  - 3. Периодом раскрытия шейки матки
  - 4. Периодом изгнания плода
  - 5.+ Последовым
1141. Первый период родов начинается с:
- 1.+ Началом регулярных схваток и заканчивается полным раскрытием шейки матки
  - 2. Полного открытия шейки матки и заканчивается изгнанием плода
  - 3. Отхождения слизистой пробки и заканчивается излитием околоплодных вод
  - 4. Началом раскрытия шейки матки и заканчивается отхождением околоплодных вод
  - 5. Началом нерегулярных схваток и заканчивается изгнанием плода
1142. Второй период родов начинается с:
- 1. Началом регулярных схваток и заканчивается полным раскрытием шейки матки
  - 2.+ Полного открытия шейки матки и заканчивается изгнанием плода
  - 3. Отхождения слизистой пробки и заканчивается излитием околоплодных вод
  - 4. Началом раскрытия шейки матки и заканчивается отхождением околоплодных вод
  - 5. Началом нерегулярных схваток и заканчивается изгнанием плода
1143. Сколько фаз выделяют в первом периоде родов:

1. Одну
  2. + Две
  3. Три
  4. Четыре
  5. Пять
1144. Повторнородящая со сроком беременности 39 недель, в родах 7 часов. Схватки через 2-3 минут по 40-50 секунд, хорошей силы. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 7 см, плодный пузырь цел, головка прижата ко входу в малый таз. Оцените темп родов:
1. Быстрый
  2. +Достаточный
  3. Недостаточный
  4. Стремительный
  5. Умеренный
1145. Повторнородящая со сроком беременности 40 недель, в родах 5 часов. Схватки через 2-3 мин., до 40-50 секунд, средней силы. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие 7 см, плодный пузырь цел. Головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок справа, спереди. В какой фазе периода раскрытия находится роженица?
1. Латентной
  - 2.+ Активной
  3. Замедленной
  4. Ретракции
  5. Контракции
1146. Первородящая 22 лет, со сроком беременности 39 недель поступила в родах через 4 часа. Схватки через 5-6 минут до 30 секунд, средней силы, сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ясное, ритмичное. При вагинальном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4 см, плодный пузырь цел, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Ваш диагноз?
1. Беременность 39 недель. Прелиминарный период. Головное предлежание,
  - 2.+ Беременность 39 недель. I период родов. Головное предлежание.
  3. Беременность 39 недель. I период родов. Внутриутробная гипоксия плода
  4. Беременность 39 недель, слабость I периода родов.
  5. Беременность 39 недель. II период родов. Головное предлежание.
1147. Первородящая 22 лет, со сроком беременности 39 недель поступила в родах через 4 часа. Схватки через 5-6 минут до 30 секунд, средней силы. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ясное, ритмичное. При вагинальном исследовании: шейка матки сглажена, открытие 4 см. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Как расценить темп родов у роженицы на данном этапе?
1. Быстрый
  2. + Достаточный
  3. Недостаточный
  4. Стремительный
  5. Умеренный
1148. Темп раскрытия шейки матки в *латентную* фазу составляет:
1. 0, 15 см/час.
  2. 0, 25 см/час.
  3. +,0, 35 см/час.
  4. 0, 45 см/час.
  5. 1,5 см/час
1149. Темп раскрытия шейки матки в *активной фазе* у первородящих составляет:
1. 0,1-0,4 см/час.
  2. 0, 5-1,0 см/час.
  3. 1,1-1,4 см/час.
  4. + 1,5-2,0 см/час
  5. 2,1-2,5 см/час.
1150. Темп раскрытия шейки матки в активной фазе у повторнородящих составляет:
1. 0,1-0,4 см/час.

2. 0, 5-1,0 см/час.
  3. 1,1-1,4 см/час.
  4. 1,5-1,9см/час
  5. + 2,0-2,5 см/час
1151. Темп раскрытия шейки матки в фазе замедления составляет:
1. 0,1-0,2 см/час.
  2. 0,3-0,4 см/час.
  3. 0,5-0,6 см/час.
  4. 0,8-0,9см/час.
  - 5.+ 1-1,5 см/час
1152. У первородящей 22 лет, в сроке 40 недель через 4 часа от начала схваток излились околоплодные воды. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие 3 см. Ваш диагноз:
1. Беременность 40 недель. I период родов. Своевременное излитие околоплодных вод:
  - 2.+ Беременность 40 недель. I период родов. Раннее излитие околоплодных вод
  3. Беременность 40 недель. I период родов. Преждевременное излитие околоплодных вод
  4. Беременность 40 недель. II период родов. Дородовое излитие околоплодных вод.
  5. Беременность 40 недель. I период родов.
1153. При вагинальном исследовании обнаружено, что предлежит головка, которая не занимает нижнюю половину лонного сочленения, половину крестцовой впадины, ости подвздошной кости. Головка плода находится в следующей плоскости малого таза:
1. Входа в малый таз
  - 2.+ Широкой части
  3. Малым сегментом во входе в малый таз
  4. Узкой части
  5. На тазовом дне
1155. Ранним излитием околоплодных вод называется излитие их:
1. До начала родовой деятельности
  2. + С началом регулярной родовой деятельности
  3. В конце 1-го периода
  4. В конце 2-го периода
  5. В начале 2-го периода
1156. Дородовым излитием околоплодных вод называется излитие их:
1. + До начала родовой деятельности
  2. С началом родовой деятельности
  3. В конце 1-го периода
  4. В конце 2-го периода
  5. В начале 2-го периода
1157. Запоздалым излитием околоплодных вод называется излитие их:
1. До начала родовой деятельности
  2. С началом родовой деятельности
  3. При открытии шейки матки на 4 см
  4. В конце 1-го периода
  5. +В конце 2-го периода
1158. Средняя продолжительность II периода родов у первородящих:
1. 20-30 минут
  2. 35-55 мин
  3. +1-2 часа
  4. 3-4 часа
  5. 5-6 часов
1159. Средняя продолжительность II периода родов у повторнородящих:
1. 10-20 минут
  2. +30-60 мин
  3. 2 часа
  4. 3 часа



5. 4 часа
1160. У роженицы при вагинальном исследовании обнаружено: открытие маточного зева на 10 см, плодного пузыря нет, предлежит головка, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Укажите верное утверждение:
1. Первый период родов, 1 позиция, передний вид
  2. Первый период родов, 2 позиция, передний вид
  3. Первый период родов, 1 позиция, задний вид
  4. +Второй период родов, 1 позиция, передний вид
  5. Второй период родов, 2 позиция, задний вид
1161. Третий период родов начинается с:
1. Началом регулярных схваток и заканчивается полным раскрытием шейки матки
  2. Началом потуг, полного открытия шейки матки и заканчивается рождением новорожденного
  - 3.+ Рождения новорожденного и заканчивается рождением последа
  4. Излитием околоплодных вод и заканчивается с появлением потуг
  5. Рождения последа и заканчивается осмотром родовых путей
1162. При вагинальном исследовании выявлено полное открытие шейки матки, отсутствие плодного пузыря, головка занимает всю крестцовую впадину и лонное сочленение, пальпируются седалищные бугры и верхушка копчика. Какой период родов:
1. I
  2. 3
  3. + 2
  4. Прелиминарный
  5. Ранний послеродовый
1163. При вагинальном исследовании выявлено полное открытие шейки матки, отсутствие плодного пузыря, головка занимает всю крестцовую впадину и лонное сочленение, пальпируются седалищные бугры и верхушка копчика. Определите место положения головки относительно плоскостей малого таза:
1. Во входе в малый таз
  2. В широкой части
  3. + В узкой части
  4. На тазовом дне
  5. В плоскости выхода
1164. При вагинальном исследовании выявлено полное открытие шейки матки, отсутствие плодного пузыря, вся полость малого таза и крестцовая впадина занята головкой, стреловидный шов в прямом размере выхода таза. Определите место положения головки относительно плоскостей малого таза:
1. Во входе в малый таз
  2. В широкой части
  3. В узкой части
  4. + На тазовом дне
  5. В плоскости выхода
1165. При вагинальном исследовании выявлено полное открытие шейки матки, отсутствие плодного пузыря, предлежит головка, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева и спереди. Определите вид и позицию плода:
1. Задний вид, II позиция
  2. Передний вид, II позиция
  3. Задний вид, I позиция
  4. + Передний вид, I позиция
  5. Заднеменное предлежание
1166. При вагинальном исследовании выявлено полное открытие шейки матки, отсутствие плодного пузыря, предлежит головка, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева и сзади. Определите вид и позицию плода:
1. Задний вид, II позиция
  2. Передний вид, II позиция
  3. +Задний вид, I позиция
  4. Передний вид, I позиция

5. Заднетеменное предлежание
1167. При вагинальном исследовании выявлено полное открытие шейки матки, отсутствие плодного пузыря, предлежит головка, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа и спереди. Определите вид и позицию плода:
1. Задний вид, II позиция
  2. + Передний вид, II позиция
  3. Задний вид, I позиция
  4. Передний вид, I позиция
  5. Заднетеменное предлежание
1168. При вагинальном исследовании выявлено полное открытие шейки матки, отсутствие плодного пузыря, предлежит головка, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа и сзади. Определите вид и позицию плода:
1. + Задний вид, II позиция
  2. Передний вид, II позиция
  3. Задний вид, I позиция
  4. Передний вид, I позиция
  5. Заднетеменное предлежание
1169. Конфигурация головки – это:
1. Сгибание головки
  2. Разгибание головки
  3. +Изменение формы головки
  4. Формирование кефалогематомы
  5. Формирование родовой опухоли
1170. Родовая опухоль – это:
1. Изменение формы головы
  2. Уменьшение объема головки
  3. Увеличение объема головки
  4. Кровоизлияние под надкостницу костей черепа
  5. +Отек тканей в области ведущей точки
1180. Какова средняя продолжительность I-го периода родов у первородящих:
1. 1-3 час
  2. 4-5 часов
  3. 6-7 часов
  4. 8-9 часов
  5. + 11-12 часов
1181. Какова продолжительность I-го периода родов у повторнородящих:
1. 1-3 час
  2. 4-5 часов
  3. +6-8 часов
  4. 8-9 часов
  5. 10-11 часов
1182. Что происходит в III-м периоде родов:
1. Рождение головки
  2. Рождение плода
  3. +Отделение и выделение последа
  4. Лактация
  5. Излитие околоплодных вод
1183. У повторнородящей со сроком беременности 40 недель через 11 часов излились воды и начались потуги. Сердцебиение плода 138 ударов в мин., ясное, ритмичное. При вагинальном исследовании: открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет, предлежит головка. Выберите правильный диагноз:
1. +Беременность. 40 нед. II период родов.
  2. Беременность 40 недель. I период родов.
  3. Беременность 40 недель. III период родов.
  4. Беременность 40 недель. Прелиминарный период.

5. Беременность 40 недель. Предвестники родов
1184. Повторнородящая с доношенным сроком беременности поступила через 6 часов от начала родовой деятельности. Сердцебиение плода 140 ударов в 1 минуту. При вагинальном исследовании шейка матки сглажена, открытие маточного зева 2,0 см, плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Как расценить темп родов?
1. Быстрый
  2. Достаточный
  3. + Недостаточный
  4. Стремительный
  5. Умеренный
1185. Различают следующие степени «зрелости» шейки матки по Бишоп (..):
1. + Незрелая, созревающая, зрелая
  2. Плотная, мягкая, ригидная
  3. Длинная, короткая, укорочена
  4. Центральная, эксцентричная
  5. Первая, вторая, третья
1186. Шейка матки расценивается как «зрелая», если шейка матки:
1. Отклонена к крестцу, длиной 3 см, плотная, наружный зев закрыт,
  2. Сглажена, края средней толщины, мягкие, открытие маточного зева 2 см
  3. +Расположена центрально, укорочена, размягчена, цервикальный канал проходим для 1 пальца за внутренний зев, переходный валик отсутствует
  4. Отклонена кзади, длиной 2 см, размягчена по периферии, цервикальный канал проходим для 1 пальца за внутренний зев, в области которого определяется переходный валик
  5. Сглажена, края средней толщины, мягкие, открытие маточного зева 4 см
1187. Шейка матки расценивается как «созревающая», если шейка матки:
1. Отклонена к крестцу, длиной 3 см, плотная, наружный зев закрыт,
  2. Сглажена, края средней толщины, мягкие, открытие маточного зева 2 см
  3. Расположена центрально, укорочена, размягчена, цервикальный канал проходим для 1 пальца за внутренний зев, переходный валик отсутствует
  4. +Отклонена кзади, длиной 2 см, размягчена по периферии, цервикальный канал проходим для 1 пальца за внутренний зев, в области которого определяется переходный валик
  5. Сглажена, края средней толщины, мягкие, открытие маточного зева 4 см
1188. Шейка матки расценивается как «незрелая», если шейка матки:
1. +Отклонена кзади, длиной 3 см, плотная, наружный зев закрыт,
  2. Сглажена, края средней толщины, мягкие, открытие маточного зева 2 см
  3. Расположена центрально, укорочена, размягчена, цервикальный канал проходим для 1 пальца за внутренний зев, переходный валик отсутствует
  4. Отклонена кзади, длиной 2 см, размягчена по периферии, цервикальный канал проходим для 1 пальца за внутренний зев, в области которого определяется переходный валик
  5. Сглажена, края средней толщины, мягкие, открытие маточного зева 4 см
1187. Укажите последовательность движения плода во время родов при переднем виде затылочного предлежания:
1. Продвижение, внутренний поворот, сгибание
  2. Вставление, продвижение, внутренний поворот
  3. +Вставление, сгибание, внутренний поворот, разгибание
  4. Вставление, опускание, сгибание, разгибание
  5. Продвижение, сгибание, вставление, разгибание
1188. Укажите последовательность движения плода во время родов при заднем виде затылочного предлежания:
1. Продвижение, внутренний поворот, сгибание
  2. Вставление, сгибание, внутренний поворот, разгибание
  3. +Вставление, сгибание, внутренний поворот, дополнительное сгибание, разгибание
  4. Вставление, опускание, сгибание, внутренний поворот, разгибание
  5. Продвижение, сгибание, вставление, внутренний поворот, разгибание
1187. Аускультация сердцебиения плода во 2-ом периоде родов проводится:
1. +После каждой потуги или каждые 5 мин
  2. После каждой схватки или каждые 15 мин
  3. После каждой схватки или каждые 25 мин
  4. После каждой схватки или каждые 35 мин

5. После каждой потуги или каждые 45 мин
1188. Температура в родильном блоке для доношенных новорожденных должна быть не ниже:
1. 18 градусов
  2. 20 градусов
  3. 22 градусов
  4. 24 градусов
  5. +25 градусов.
1189. Температура в родильном блоке для недоношенных новорожденных должна быть не ниже:
1. 18 градусов
  2. 23 градусов
  3. 25 градусов
  4. +28 градусов
  5. 31 градус.
1190. Использование партограммы не оказывает влияния на частоту:
1. +Инфицирования
  2. Затянувшихся родов
  3. Необходимости родоусиления
  4. Кесарева сечения
  5. Интранатальной потери
1191. Эффективным медикаментозным методом обезболивания родов является:
1. Опии
  2. Спазмолитики
  3. +Эпидуральная анестезия
  4. Анальгетики
  5. Масочный наркоз
1192. Партнерские роды не оказывают влияние на следующий показатель:
1. Продолжительность родов
  2. Необходимость болеутоляющих средств
  3. Частоту хирургических вмешательств
  4. +Число новорожденных с низкой оценкой по апгар на 5 минуте
  5. Частоту негативного восприятия родов
1193. Хирургические компрессионные швы по Б-Линчу применяют при:
1. Разрыве шейки матки
  2. + Гипотоническом кровотечении
  3. Предлежании плаценты
  4. Разрыве матки
  5. Истинном приращении плаценты
1194. При осмотре последа обнаружен дефект 2/3 плодовых оболочек. Врачебная тактика:
1. + Ручное отделение и выделение задержавшихся оболочек
  2. Наружный массаж матки
  3. Окситоцин внутривенно
  4. Ручное обследование полости матки
  5. Диагностическое выскабливание полости матки
1195. При полном истинном приращении плаценты кровотечение в последовом периоде:
1. Скudное
  2. Умеренное
  3. Обильное
  4. + Отсутствует
  5. Компенсированное
1196. При плотном прикреплении плаценты ворсины достигают:
1. Децидуальной оболочки
  2. + Базального слоя
  3. Миометрия

4. Периметрия
  5. Прорастают базальный слой
1197. При попытке ручного отделения и выделения плаценты выявлено ее частичное истинное приращение. Ваша тактика:
1. + Ручное отделение и выделение плаценты
  2. Наружный массаж матки
  3. Гистерэктомия без придатков
  4. Ручное обследование полости матки
  5. Диагностическое выскабливание полости матки
1198. Патологическое прикрепление плаценты развивается при:
1. + Структурно - морфологических изменениях эндометрия
  2. Многоплодной беременности
  3. Крупном плоде
  4. Пороке развития матки
  5. Развитии преэклампсии
1199. Плотное прикрепление плаценты диагностируется во время:
1. + Ручного отделения и выделения плаценты
  2. Узи матки
  3. Допплерометрии
  4. Амниоцентеза
  5. Гистологического исследования плаценты
1200. После рождения плода, операция ручного отделения и выделения плаценты показана при:
1. + Отсутствии признаков отделения плаценты в течение 30 мин
  2. Отсутствии признаков отделения плаценты и кровопотере 100,0
  3. Наличии признаков отделения плаценты и кровопотере 200,0
  4. Появлении кровотечения более 100,0
  5. Преждевременных родах
1201. Какова врачебная тактика при подозрении на истинное полное приращение плаценты:
1. Ручное отделение и выделение последа
  2. Выделить послед по абуладзе
  3. Выделить послед по креде-лазаревичу
  4. Лапаротомия, наложение компрессионного гемостатического шва
  5. + Ручное отделение последа в условиях развернутой операционной, при безуспешной попытке - лапаротомия, ампутация матки
1202. У роженицы через 30 минут после рождения плода признаков отделения плаценты нет, кровотечения нет. Акушерский анамнезотягощен 3-мя медицинскими абортами Предварительный диагноз:
1. + Патологическое прикрепление плаценты
  2. Ущемление плаценты
  3. Гипотония матки
  4. Атония матки
  5. Двурогая матка
1203. Показанием для гемотрансфузии является уровень гемоглобина ниже:
1. 90г/л
  2. 80 г/л
  3. + 70 г/л
  4. 60 г/л
  5. 50 г/л
1204. У роженицы в связи с кровотечением в послеродовом периоде произведено ручное отделение плаценты, попытка которого безуспешна, кровотечение усилилось. Поставьте диагноз:
1. Плотное прикрепление плаценты
  2. + Частичное истинное приращение плаценты
  3. Гипотония матки
  4. Ущемление плаценты
  5. Разрыв матки

1205. У роженицы в связи с кровотечением в послеродовом периоде произведено ручное отделение плаценты, при котором диагностировано истинное приращение плаценты.

Врачебная тактика:

1. Выскабливание полости матки
2. Ввести окситоцин
3. + Лапаротомия, ампутация матки
4. Лапаротомия, перевязка маточных артерий
5. Сдавление брюшной аорты

1206. Наиболее частая причина кровотечения в раннем послеродовом периоде:

1. Разрывы промежности
2. Разрывы шейки матки
3. + Гипотония матки
4. ДВС синдром
5. Разрыв матки

1207. У роженицы через 30 минут после рождения новорожденного признаков отделения плаценты нет, кровотечения нет. В анамнезе 3 медицинских аборта.

Врачебная тактика:

1. Ввести окситоцин, метилэргометрин
2. Выделить послед методом креде-лазаревича
3. +Ручное отделение и выделение последа в условиях операционной
4. Наружный массаж матки
5. Выделить послед методом абуладзе

1208. У роженицы в 3-ем периоде родов началось кровотечение, которое достигло 300 мл и продолжается. Признаков отделения плаценты нет.

Врачебная тактика:

1. Ввести окситоцин, метилэргометрин
2. Выделить послед методом креде-лазаревича
3. +Произвести ручное отделение и выделение последа
4. Наружный массаж матки
5. Осмотр шейки матки на зеркалах

1209. У роженицы в третьем периоде родов началось кровотечение, которое достигло 250 мл и продолжается. Имеются признаки отделения плаценты.

Врачебная тактика:

1. Ввести окситоцин, метилэргометрин
2. + Выделить послед методом креде-лазаревича
3. Произвести ручное отделение и выделение последа
4. Наружный массаж матки
5. Осмотр шейки матки на зеркалах

1210. У роженицы в третьем периоде родов началось кровотечение, которое достигло 250 мл и продолжается. Врачебная тактика:

1. Выделить послед методом Абуладзе
2. Выделить послед методом Креде-Лазаревича
3. Произвести ручное отделение и выделение последа
4. + Проверить признаки отделения плаценты, при их наличии выделить ее одним из методов
5. Осмотр шейки матки на зеркалах

1211. У роженицы после выделения последа началось кровотечение, матка на уровне пупка, мягкая. Родовые пути и послед осмотрены – целы.

Вероятная причина кровотечения:

1. Травмы родовых путей
2. Задержка частей последа
3. + Гипотония матки
4. Патологическое прикрепление плаценты
5. ДВС-синдром

1212. Наиболее частая причина коагулопатического кровотечения:

1. Предлежание плаценты
2. + Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
3. Начавшиеся преждевременные роды

4. Разрывы родовых путей
  5. Варикозное расширение вен влагалища
1213. Наиболее частой причиной позднего выкидыша является
1. + Истмико-цервикальная недостаточность
  2. Многоводие
  3. Экстрагенитальная патология
  4. пороки развития матки
  5. ранний токсикоз
1214. Наиболее частой причиной прерывания беременности в первом триместре является:
1. Ранний токсикоз
  2. Изоиммунизация
  3. Миома матки
  4. Экстрагенитальная патология
  5. + Гипофункция желтого тела
1215. Наиболее частой причиной самопроизвольного выкидыша до 4 недель беременности являются:
1. + Хромосомные аномалии
  2. Ранние токсикозы
  3. Инфекция
  4. Эндокринные причины
  5. Истмико-цервикальная недостаточность
1216. У роженицы через 10 минут после рождения последа появилось кровотечение из половых путей, матка плотная, послед цел. Ваш диагноз:
1. + Кровотечение из разрывов родовых путей
  2. Гипотоническое кровотечение
  3. Последовое кровотечение
  4. Остатки плацентарной ткани
  5. Коагулопатическое кровотечение
1217. У роженицы через 10 минут после рождения последа появилось кровотечение из половых путей, матка плотная, послед цел. При осмотре в зеркалах выявлен разрыв шейки матки 2-ой степени. Ваши действия:
1. + Ушивание разрыва шейки матки
  2. Наружный массаж матки и дозированный холод на живот.
  3. наблюдение, определение гемоглобина крови
  4. Ручное обследование полости матки
  5. Окситоцин 1, 0 мл в/ мышечно
1218. У многорожавшей в последовом периоде кровопотеря достигла 150,0 и продолжается, имеются признаки отделения последа. Ваша тактика:
1. + Выделение последа по Абуладзе
  2. Лапаротомия, экстирпация матки
  3. Выжидательная тактика
  4. Ручное отделение и выделение последа
  5. В/венное введение окситоцина
1219. При обнаружении дефекта последа необходимо произвести:
1. Осмотр шейки матки в зеркалах, общий анализ крови
  2. + Ручное отделение и выделение задержавшихся частей последа
  3. Выделение задержавшихся частей последа способом креде - лазаревича
  4. Инструментальное удаление задержавшихся частей последа
  5. Выжидательная тактика в течение 30 минут
1220. Вариант хирургического гемостаза при гипотоническом кровотечении в раннем послеродовом периоде:
1. Надвлагалищная ампутация матки
  2. Экстирпация матки
  3. Перевязка яичниковой, маточной, внутренних подвздошных артерий
  4. Компрессионный шов по б-линчу
  5. + Каждый из указанных вариантов приемлем в зависимости от кровопотери
1221. Вариант оперативного вмешательства при гипотоническом кровотечении и кровопотере 1500,0 и более:

1. Ручное обследование полости матки
  2. Надвлагалищная ампутация матки
  3. + Экстирпация матки
  4. Перевязка внутренних подвздошных артерий
  5. Компрессионный шов по б-линчу
1222. Показанием к ручному отделению и выделению последа является отсутствие признаков отделения плаценты в течение:
1. 10 минут
  2. 20 минут
  3. + 30 минут
  4. 40 минут
  5. 50 минут
1223. При истинном приращении плаценты ворсины хориона проникают в:
1. Децидуальную оболочку
  2. Периметрий
  3. Базальную мембрану
  4. + Миометрий
  5. Эндометрий
1224. Для полного истинного приращения плаценты в послеродовом периоде характерно:
1. + Отсутствие кровянистых выделений
  2. Умеренные кровянистые выделения
  3. Обильные кровянистые выделения
  4. Мажущие кровянистые выделения
  5. Скудные кровянистые выделения
1225. При частичном плотном прикреплении плаценты показано:
1. Одномоментное внутривенное введение окситоцина
  2. Капельное внутривенное введение метилэргометрина
  3. Внутримышечное введение питуитрина
  4. + Ручное отделение и выделение последа
  5. Ручное обследование полости матки
1226. Какой вид акушерской патологии способствует развитию острой формы ДВС – синдрома:
1. Затяжные роды
  2. Преждевременные роды
  3. + Эмболия околоплодными водами
  4. Стремительные роды
  5. пиелонефрит беременных
1227. Время свертывания крови по методу Ли-Уайта в норме равно:
1. До 2 мин
  2. 3-4 мин
  3. + 5-7 мин
  4. 8-10 мин
  5. 10-12 мин
1228. Поздние послеродовые кровотечения появляются после родов через:
1. 30 мин
  2. 1-2 ч
  3. 2-3 ч
  4. 5-6 ч
  5. + 24 часа
1229. Для полного истинного приращения плаценты характерно в послеродовом периоде:
1. Гипертонус матки
  2. Кровотечение через 5-10 минут после рождения плода
  3. Кровянистые выделения сразу после рождения плода
  4. Отсутствие свертывания крови, вытекающей из половых путей
  5. + Отсутствие признаков отделения плаценты в течение 30 минут после рождения плода



1230. При отсутствии признаков отделения плаценты в течение 30 мин, необходимо:
1. + Ручное отделение и выделение последа
  2. Выделение последа по креде - лазаревичу
  3. Выделение последа по абуладзе
  4. Сделать наружный массаж матки
  5. Внутривенно ввести метилэргометрин
1231. как правило, Синдром задержки роста плода развивается у беременных с:
1. + Преэклампсией
  2. Тазовым предлежанием плода
  3. Преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты
  4. Разрывом матки
  5. Узким тазом
1232. Одной из причин хронической гипоксии плода является:
1. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
  2. Неполный разрыв матки
  3. Дородовое излитие околоплодных вод
  4. + Длительная угроза прерывания беременности
  5. Выпадение пуповины
1233. При активном ведении последового периода применяют:
1. + Окситоцин
  2. Метилэргометрин
  3. Мифепристон
  4. Простагландин e1
  5. Простагландин e2
1234. Окрашивание околоплодных вод меконием характерно для:
1. Внутритробного сепсиса
  2. Гемолитической болезни плода
  3. + Гипоксии плода
  4. Врожденных пороков желудочно-кишечного тракта
  5. Преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты
1235. Нормальная частота сердечных сокращений плода составляет (ударов в одну минуту):
1. 90-99
  2. 100-109
  3. + 120-160
  4. 161-170
  5. 171 – 180
1236. Брадикардия плода свидетельствует о:
1. Начале родовой деятельности
  2. Полном открытии маточного зева
  3. Повышении компенсаторных возможностей плода
  4. + Истощении компенсаторных механизмов плода
  5. Врожденных пороков развития плода
1237. Препаратом выбора для проведения сохраняющей терапии беременности является:
1. Сульфат магния
  2. Папаверин
  - 3.+ Нифедипин
  4. Гинипрал
  5. Анальгин.
1238. Стартовая доза раствора сульфата магния 25% для лечения преэклампсии составляет:
1. 25%-10 мл
  2. 25%-16 мл
  - 3.+ 25%-20мл
  4. 25%-30мл

5. 25%-50мл
1239. Поддерживающая доза сульфата магния 25% для лечения преэклампсии составляет:
- 1.+ 25%-80 мл на 320 мл физиологического раствора
  2. 25%-90 мл на 320 мл физиологического раствора
  3. 25%-100 мл на 320 мл физиологического раствора
  - 4.25%-30 мл на 400 мл физиологического раствора
  5. 25%-50 мл на 400 мл физиологического раствора
1240. Наличие акцелераций на КТГ у плода свидетельствует о:
1. Начале родовой деятельности
  2. Субкомпенсаторных возможностях плода
  3. + Высоких компенсаторных возможностях плода
  4. Истощении компенсаторных механизмов плода
  5. Врожденных пороках развития плода
- 1241.Наличие поздних децелераций на КТГ у плода свидетельствует о:
1. Начале родовой деятельности
  2. Субкомпенсаторных возможностях плода
  3. Повышении компенсаторных возможностей плода
  4. + Истощении компенсаторных механизмов плода
  5. Врожденных пороках развития плода.
1242. Противопоказанием для индуцированных родов является:
1. Преэклампсия
  2. Многоводие
  - 3.+ Предлежание плаценты
  4. Маловодие
  5. Переношенная беременность
1243. Противопоказанием для индуцированных родов является:
1. Преэклампсия
  2. Многоводие
  - 3.+ Поперечное положение плода
  4. Маловодие
  5. Переношенная беременность
1244. Противопоказанием для родов через естественные родовые пути является:
1. Преэклампсия
  2. Многоводие
  3. + Мочеполовой свищ
  4. Маловодие
  5. Переношенная беременность
- 1245.Во время операции кесарева сечения по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, обнаружена матка синюшно-багрового цвета, гипотоничная.Ваш диагноз?
1. + Матка Кювелера
  2. Гипотония матки
  3. Истинное приращение плаценты
  4. Атония матки
  5. Плотное прикрепление плаценты
1246. Во время операции кесарева сечения по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, обнаружена матка пониженного тонуса, синюшно-багрового цвета. Ваша тактика?
1. Надвлагалищная ампутация матки
  2. + Экстирпация матки
  3. Тубэктомия
  4. Аднексэктомия
  5. Ушить матку и завершить операцию
1247. Для предлежания плаценты, как правило, характерно:
1. Высокое стояние дна матки

2. + Поперечное и косое положение плода
  3. Гипертонус матки, локальная болезненность
  4. Гипотонус матки
  5. Многоводие
1248. Для преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты наиболее характерно:
1. Тазовое предлежание плода
  2. Поперечное и косое положение плода
  3. + Гипертонус матки, локальная болезненность
  4. Гипотонус матки, диффузная болезненность
  5. Схваткообразные боли, родовое излитие околоплодных вод
1249. При отсутствии признаков отделения плаценты в течение 30 мин. необходимо:
1. + Выполнить ручное отделение и выделение последа
  2. Выделить послед по креде - лазаревичу
  3. Выделить послед по абуладзе
  4. Сделать наружный массаж матки
  5. Внутривенно ввести метилэргометрин
1250. Для преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты характерно:
1. +Острая гипоксия плода
  2. Хроническая гипоксия плода
  3. Плод не страдает
  4. Задержка развития плода
  5. Внутритрубная пневмония
1251. Одним из основных симптомов предлежания плаценты является:
1. Острая гипоксия плода
  2. Хроническая гипоксия плода
  - 3.+ Кровотечение на фоне полного здоровья
  4. Задержка развития плода
  5. Внутритрубная пневмония
1252. Для преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты характерно:
- 1.+Несоответствие тяжести состояния пациентки объему наружного кровотечения
  2. Соответствие тяжести состояния объему наружного кровотечения
  3. Кровотечение на фоне полного здоровья
  4. Кровотечение в ночное время
  5. Частые, мажущие кровянистые выделения
1253. Для предлежания плаценты характерно:
1. Не соответствие тяжести состояния объему наружного кровотечения
  - 2.+Соответствие тяжести состояния объему наружного кровотечения
  3. Матка напряжена, не расслабляется
  4. Острая гипоксия плода
  5. Локальная болезненность
1254. Предлежание плаценты часто встречается у женщин с наличием в анамнезе:
1. Артериальной гипертензии
  - 2.+ Abortов, эндометрита
  3. Хронического пиелонефрита
  4. Хронического гастрита
  5. Хронического панкреатита
1255. Укажите, на каком рисунке представлена низкая плацентация:
1. А
  2. Б
  3. В
  4. + Г
  5. А и Г



1256. Какая патология представлена на данном рисунке?

1. Неполное предлежание плаценты
2. Поперечное положение плода
3. Низкая плацентация
4. + Полное предлежание плаценты
5. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты



1257. Какой вид расположения плаценты представлен на данном рисунке?

1. Полное предлежание плаценты
2. Частичное предлежание плаценты
3. Нормальное расположение плаценты
4. + Неполное предлежание плаценты
5. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.



1258. Какая патология представлена на рисунке?

1. Обвитие пуповины
2. Полное предлежание плаценты
3. Разрыв матки
4. + Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
5. Неполное предлежание плаценты



1259. Какая акушерская тактика при патологии, представленной на рисунке?

1. + Кесарево сечение в экстренном порядке
2. Кесарево сечение в плановом порядке
3. Родовозбуждение
4. Родостимуляция
5. Амниотомия



1260. Какая патология представлена на рисунке?

1. Миометрит
2. Тромбофлебит
3. + Матка кювелера
4. Эндометрит
5. Параметрит.



1261. В послеродовом периоде физиологическая кровопотеря от массы тела роженицы составляет (%):
1. 0,1%
  2. 0,3%
  3. +0,5%
  4. 0,8%
  5. 1%
1262. В послеродовом периоде кровопотеря от массы тела рожениц с осложненным течением беременности составляет:
1. 0,1%
  2. +0,3%
  3. 0,5%
  4. 0,8%
  5. 1%
1263. Укажите признак, не свидетельствующий об отделении последа:
1. Шредера
  2. Альфельда
  3. Довженко
  4. Кюстнера - Чукалова
  5. +Пискачека
1264. Признак шредера - это:
- 1.+ Изменение формы и высоты стояния дна матки
  2. Удлинение наружного отрезка пуповины
  3. Появление выпячивания над симфизом
  4. Позыв на потугу
  5. Удлинение пуповины при надавливании ребром ладони над лоном
1265. Признак Альфельда - это:
1. Изменение формы и высоты стояния дна матки
  - 2.+ Удлинение наружного отрезка пуповины
  3. Появление выпячивания над симфизом
  4. Позыв на потугу
  5. Удлинение пуповины при надавливании ребром ладони над лоном
1266. Признак Довженко - это:
1. Изменение формы и высоты стояния дна матки
  2. Удлинение наружного отрезка пуповины
  3. Появление выпячивания над симфизом
  4. + Втягивание и опускание пуповины при глубоком дыхании
  5. Удлинение пуповины при надавливании ребром ладони над лоном
1267. Признак Кюстнера-Чукалова - это:
1. Изменение формы и высоты стояния дна матки

2. Удлинение наружного отрезка пуповины
  3. Появление выпячивания над симфизом
  4. Позыв на потугу
  - 5.+ Изменение длины пуповины при надавливании ребром ладони над лоном
1268. Укажите способы выделения отделившегося последа:
- 1.+ Абуладзе, Гентера, Креде-Лазаревича
  2. Шредера, Довженко, Кляйна
  3. Шульце, Дункан, Кюстнера-Чукалова
  4. Цовьянова, Мориса, Левре
  5. Пискачека, Горвица-Гегара, Снегирева
1269. Дифференциальная диагностика полного и неполного предлежания плаценты основана на:
1. +Данных УЗИ
  2. Объеме наружной кровопотери
  3. Степени выраженности болевого синдрома
  4. Степени выраженности признаков анемии
  5. Оценке состояния плода
1270. Наиболее информативным методом диагностики предлежания плаценты во время беременности является:
1. Кардиотокография
  2. Наружное акушерское исследование
  3. Осмотр на зеркалах
  4. Влагалищное исследование
  5. + Ультразвуковое исследование
1271. Наиболее частой причиной кровотечения из половых путей в первом периоде родов является:
- 1.+ Разрыв шейки матки
  2. Дискоординация родовой деятельности
  3. Слабость родовой деятельности
  4. Разрыв влагалища
  5. Разрыв промежности
1272. При неполном предлежании плаценты и тазовом предлежании плода показано:
1. Наблюдение
  2. Амниотомия и дальнейшее наблюдение
  3. Амниотомия с последующим кесаревым сечением
  4. Амниотомия с последующей родостимуляцией
  - 5.+ Кесарево сечение в плановом порядке
1273. Какими дополнительными методами обследования можно уточнить диагноз предлежания плаценты:
1. Общим анализом крови
  2. Кардиотокографией
  3. +Ультразвуковым исследованием
  4. Рентгенографией матки
  5. Выслушиванием сердцебиения плода
1274. От чего зависит лечебная тактика при предлежании плаценты во время беременности:
1. + Степени кровотечения
  2. Срока беременности
  3. Вида предлежания плаценты
  4. Степени раскрытия шейки матки
  5. Состояния плода
1275. В чем заключается профилактика предлежания плаценты:
1. Профилактика гипертензии беременных
  2. Правильное развитие девочек в физическом отношении
  3. +Профилактика абортот и воспалительных заболеваний матки
  4. Правильное ведение родов
  5. Лечение кольпитов

1276. Как часто необходимо измерять вес беременной женщины:

1. + При каждом посещении
2. 1 раз в первом триместре, 2 раза во втором триместре, 3 раза в третьем триместре
3. 1 раз в 2 недели
4. 1 раз в месяц
5. 1 раз в неделю



1277. При измерении артериального давления у беременной в 34-35 недель выявлен подъем АД до 150/90 мм.рт.ст., отеки на нижних конечностях, в суточной моче белок 0,33г/л. Какой диагноз:

1. + Преэклампсия легкой степени
2. Преэклампсия средней степени
3. Преэклампсия тяжелой степени
4. Отеки беременных
5. Хроническая гипертензия

1278. Беременная в сроке 7-8 недель предъявляет жалобы на боли схваткообразного характера в течение 2-х дней. Ваш диагноз:

1. + Угрожающий выкидыш
2. Начавшийся выкидыш
3. Внематочная беременность
4. Аборт в ходу
5. Неполный аборт

1279. Беременная предъявляет жалобы на боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей. При влагалищном исследовании: наружный зев шейки матки пропускает кончик пальца, матка увеличена до 10-11 недель соответственно сроку задержки месячных, возбудима. Ваш диагноз:

1. Угрожающий выкидыш
2. + Начавшийся выкидыш
3. Внематочная беременность
4. Аборт в ходу
5. Неполный аборт

1280. Беременная в сроке 12-13 недель предъявляет жалобы на схваткообразные боли внизу живота, обильные кровянистые выделения из половых путей. На зеркалах: из наружного зева пролабирует плодный пузырь, выделения кровянистые со сгустками.

Ваш диагноз:

1. Угрожающий выкидыш
2. Начавшийся выкидыш
3. Внематочная беременность
4. + Аборт в ходу
5. Неполный аборт



1281. Беременная в сроке 12-13 недель предъявляет жалобы на схваткообразные боли внизу живота, обильные кровянистые выделения из половых путей. На зеркалах: выделения кровянистые со сгустками. При вагинальном исследовании цервикальный канал раскрыт на 2 см, матка мягкая, увеличена до 7-8 недель. Ваш диагноз:

1. Угрожающий выкидыш
2. Начавшийся выкидыш
3. Внематочная беременность
4. Аборт в ходу
- 5.+ Неполный аборт

1282. Беременная поступила в гинекологическое отделение с неполным абортом в сроке 11-12 недель. Тактика врача:

1. Сохраняющая терапия
2. Диспансерное наблюдение
3. + Выскабливание полости матки
4. Пункция брюшной полости через задний свод
5. Зондирование полости матки

1283. Беременная поступила в гинекологическое отделение с абортом в ходу в сроке 11-12 недель. Тактика врача:

1. Сохраняющая терапия
2. Диспансерное наблюдение
3. + Выскабливание полости матки
4. Пункция брюшной полости через задний свод
5. Зондирование полости матки

1284. Беременная поступила в гинекологическое отделение с угрожающим абортом в сроке 11-12 недель. Тактика врача:

1. + Сохраняющая терапия
2. Диспансерное наблюдение
3. Выскабливание полости матки
4. Пункция брюшной полости через задний свод
5. Зондирование полости матки

1285. У беременной с преэклампсией в сроке 32-33 недели беременности появились признаки преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Акушерская тактика:

1. Интенсивная терапия
2. Амниотомия с родовозбуждением
- 3.+ Кесарево сечение в экстренном порядке
4. Сохраняющая терапия
5. Кесарево сечение в плановом порядке

1286. При кисте бартолиниевой железы показано:

1. УФО промежности
2. Антибактериальная терапия
3. +Вылущивание кисты
4. Пункция кисты
5. Диспансерное наблюдение

1287. Для изменений в сердечно-сосудистой системе у беременных нехарактерно:

1. Увеличение объема циркулирующей крови
2. Увеличение минутного объема крови
3. Увеличение сердечного выброса
4. Увеличение ударного объема сердца
- 5.+ Уменьшение частоты пульса

1288. Для развития заболевания почек у беременных предрасполагающим фактором не является:

1. Расширение лоханок
2. Увеличение полости мочевого пузыря
3. Нарушение оттока мочи
- 4.+ Нарушение концентрационной функции нефрона
5. Дискинезия мочеточников

1289. Углеводный обмен у беременных изменяется за счет:

1. Увеличения толерантности к глюкозе

2. Увеличения распада инсулина
  3. Увеличения циркуляции свободных жирных кислот
  - 4.+ Снижения толерантности к глюкозе
  5. Резистентности к инсулину
1290. При беременности изменяются следующие показатели крови:
1. Повышаются гемоглобин, эритроциты, гематокрит, лейкоциты, СОЭ
  2. Повышаются гемоглобин, эритроциты, гематокрит, снижаются лейкоциты, СОЭ
  3. Снижаются гемоглобин, эритроциты, гематокрит, лейкоциты, ускоряется СОЭ
  - 4.+ Снижаются гемоглобин, эритроциты, гематокрит, повышаются лейкоциты, СОЭ
  5. Гематологические показатели при беременности не изменяются
1291. В активной фазе I-го периода родов темп раскрытия шейки матки составляет (см/час):
1. 0,5 – 1,0
  - 2.+ 1,1-1,5
  3. 1,6-2,0
  4. 2,1 - 2,5
  5. 2,6–3,0
1292. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка занимает всю крестцовую впадину и симфиз, сакральные ости не пальпируются. Определите местоположение головки относительно плоскостей малого таза:
1. Над входом в малый таз
  2. Во входе в малый таз
  3. В широкой части
  - 4.+ В узкой части
  5. На тазовом дне
1293. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка занимает спереди середину внутренней поверхности симфиза, сзади – находится на уровне соединения II–III крестцовых позвонков. Определите положение головки относительно плоскостей малого таза:
1. Над входом в малый таз
  2. Во входе в малый таз
  3. + В широкой части
  4. В узкой части
  5. На тазовом дне
1294. У повторнородящей роженицы с доношенным сроком беременности через 3 часа от начала родовой деятельности начались потуги. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Ваш диагноз:
1. Стремительные роды, II период
  2. Дискоординированная родовая деятельность, I период родов.
  3. Слабость родовой деятельности, II период родов.
  - 4.+ Быстрые роды, II период.
  5. Своевременные роды, I период
1295. Повторнородящая в сроке беременности 39 недель поступила через 5 часов от начала родовой деятельности. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 130 уд. В мин. При влагалищном исследовании: открытие шейки матки 8 см, плодный пузырь цел. Предлежат ягодичи плода. Ваш диагноз:
1. Беременность 39 недель. Тазовое предлежание. II период родов.
  2. Еременность 39 недель. Тазовое предлежание. I период родов. Слабость родовой деятельности
  3. Беременность 39 недель. Тазовое предлежание.
  4. + Беременность 39 недель. Тазовое предлежание. I период родов.
  5. Беременность 39 недель. I период родов
1296. Роженица в сроке 39 недель беременности поступила с жалобами на схватки через 3-4 минуты, по 35-40 секунд. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 136 ударов в минуту. При влагалищном исследовании: открытие шейки матки 8 см, предлежит головка плода. Ваш диагноз:
1. Беременность 39 недель. Тазовое предлежание. II период родов
  2. Беременность 39 недель. Предвестники родов
  3. Беременность 39 недель. Прелиминарный период

- 4.+ Беременность 39 недель. I период родов  
5. Беременность 39 недель. II период родов
- 1297.Роженица в сроке 39 недель беременности поступила с жалобами на схватки через 3-4 минуты, по 35-40 секунд. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 136 ударов в минуту. При влагалищном исследовании: открытие шейки матки 6 см, предлежат ножки плода. Ваш диагноз:
1. Беременность 39 недель. Тазовое предлежание. Прелиминарный период
  2. Беременность 39 недель. Тазовое предлежание. Предвестники родов
  3. + Беременность 39 недель. Ножное предлежание. I период родов
  4. Беременность 39 недель. Ягодичное предлежание. II период родов
  5. Беременность 39 недель. Смешанное ягодичное предлежание
1298. У повторнородящей с тазовым предлежанием плода диагностировано полное открытие маточного зева. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 136 ударов в мин.  
Ваша тактика:
1. Вакуум-экстракция
  2. Кесарево сечение
  3. Акушерские щипцы
  - 4.+ Роды вести по цовьянову
  5. Экстракция плода за тазовый конец
1299. Пособие по Цовьянову подразумевает:
1. Воспроизведение всех моментов рождения плода
  - 2.Предупреждение запрокидывания ручек и разгибания головки
  3. Исправление тазового предлежания на головное
  - 4.+ Сохранение нормального членорасположения плода
  5. Воспроизведение рождения плечевого пояса и головки
1300. Классическое ручное пособие подразумевает:
1. Совокупность приемов для рождения головки плода.
  - 2.Сохранение нормального членорасположения плода
  3. Воспроизведение всех моментов рождения плода
  4. Исправление тазового положения плода на головное
  - 5.+ Совокупность приемов для рождения плечевого пояса и головки
- 1301.Первородящая в родах 4 часа, схватки через 3-4 минуты до 30 секунд средней силы. При влагалищном исследовании: открытие шейки матки 4 см, плодный пузырь цел, головка прижата ко входу в малый таз.  
Каков темп родов:
1. Быстрый
  - 2.+ Достаточный
  - 3.Недостаточный
  4. Стремительный
  5. Умеренный
1303. У роженицы через 10 минут после рождения ребенка из половых путей началось кровотечение, кровопотеря 300,0 мл крови. Признаки отделения последа положительные. Тактика врача:
1. Ручное отделение последа
  2. Ручное выделение последа
  3. +Выделение последа наружными методами
  4. Окситоцин 5 ед внутримышечно
  5. Внутривенное капельное введение окситоцина 5 ЕД
1304. При осмотре последа целостность его под сомнением. Матка плотная.  
Тактика врача:
1. Вмешательство не требуется
  2. Выскабливание полости матки
  - 3.+ Ручное обследование полости матки
  4. Ручное удаление задержавшихся частей последа
  5. Ручное отделение и удаление задержавшихся частей последа
- 1305.При осмотре последа обнаружен его дефект. Матка плотная. Тактика врача:
1. Вмешательство не требуется

2. Выскабливание полости матки
3. Применить наружные методы выделения последа
4. Ручное обследование полости матки
- 5.+ Ручное отделение и выделение задержавшихся частей последа

1306. Поступила роженица с доношенным сроком беременности, в родах 5 часов. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева 5 см, плодный пузырь цел, пальпируются глазницы, корень носа, рот, подбородок.

Ваш диагноз:

1. Доношенная беременность. I период родов. Тазовое предлежание
2. Доношенная беременность. Лицевое предлежание.
- 3.+ Доношенная беременность. I период родов. Лицевое предлежание.
4. Доношенная беременность. I период родов. Лобное предлежание
5. Доношенная беременность. I период родов. Передне-головное предлежани

1307. Поступила роженица с доношенным сроком беременности, в родах 6 часов. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева 7 см, плодный пузырь цел, определяется лоб, переносица, надбровные дуги и передний угол

большого родничка. Ваш диагноз:

1. Доношенная беременность. I период родов. Тазовое предлежание
2. Доношенная беременность. Лицевое предлежание.
3. Доношенная беременность. I период родов. Лицевое предлежание.
- 4.+ Доношенная беременность. I период родов. Лобное предлежание
5. Доношенная беременность. I период родов. Передне-головное предлежание

1308. После рождения плода у роженицы в течение 30 минут нет признаков отделения плаценты, кровотечения нет. Ваш предварительный диагноз:

1. Физиологический послеродовой период
2. Выворот матки
3. Неполное приращение плаценты
4. Частичное плотное прикрепление плаценты
- 5.+ Полное приращение плаценты

1309. У роженицы в раннем послеродовом периоде матка дряблая, кровопотеря 900 мл, АД 90/50 мм рт ст, пульс 100 ударов в минуту, Нв-90 г/л, гематокрит - 30%, вес тела - 70 кг. Ваш диагноз:

1. Ранний послеродовый период. Геморрагический шок I степени
2. Ранний послеродовый период. Геморрагический шок II степени
3. Ранний послеродовый период. Геморрагический шок III степени
- 4.+ Ранний послеродовый период. Гипотоническое кровотечение. Геморрагический шок I степени.
5. Ранний послеродовый период. Коагулопатическое кровотечение

1310. При влагалищном исследовании у женщины 43 лет матка увеличена до 7-8 недель беременности, плотная, безболезненная. Нарушений менструального цикла нет. Последние месячные неделю назад, в срок, умеренные, безболезненные.

Ваш диагноз:

1. Беременность
- 2.. Киста яичника
- 3.+ Миома матки
4. Эндометриоз
5. Менопауза

1311. У женщины 43 лет выявлена миома матки до 7-8 недель беременности. Нарушений менструального цикла нет.

Ваша тактика:

- 1.+ Диспансерное наблюдение
2. Витаминотерапия
3. Хирургическое лечение
4. Химиотерапия
5. Лучевая терапия

1312. Пациентка 43 лет состоит на диспансерном учете с миомой матки 7-8 недель беременности.

Какова частота наблюдения за больной:

1. 1 раз в месяц
2. 1 раз в 3 месяца
3. +1 раз в 6 месяцев
4. 1 раз в 9 месяцев
5. 1 раз в 12 месяцев

1313. Критерием снятия с учета больных с псевдоэрозией шейки матки является:

1. Отсутствие жалоб
2. Первая степень чистоты влагалища
3. Вторая степень чистоты влагалища
- 4.+ Нормальная кольпоскопическая картина
5. Отсутствие опухолевых клеток в мазке

1314. Больной 43 лет произведена надвлагалищная ампутация матки по

поводу миомы матки. Частота диспансерного наблюдения:

- 1.1 раз в месяц в течение 6 месяцев, затем 1 раз в год
- 2.1 раз в месяц в течение 1 года, затем 1 раз в год
- 3.1 раз в 2 месяца в течение 3-х лет, затем 1 раз в год
- 4.+ 1 раз в 3 месяца в течение 1 года, затем 1 раз в год

5.Пожизненно

1315. Положение плода - это отношение:

1. Крупной части плода к плоскости входа в малый таз
2. Конечностей и головы плода к туловищу
3. Спинки плода к боковым стенкам матки
- 4.+ Продольной оси плода к продольной оси матки
5. Спинки плода к передней или задней стенке матки

1316.Позиция плода - это отношение:

1. Спинки плода к передней или задней стенке матки
2. Продольной оси плода к продольной оси матки
3. Конечности и головы плода к туловищу
4. + Спинки плода к боковым стенкам матки
5. Крупной части плода к плоскости входа в малый таз

1317.При наружном акушерском исследовании над входом в малый таз определяется круглая,плотная, баллотирующая часть. Выберите правильное утверждение:

1. Поперечное положение
- 2.+Головное предлежание
- 3.Затылочное предлежание
- 4.Лобное предлежание
- 5.Тазовое предлежание

1318.Позицию плода, как правило, определяют по:

1. Туловищу
- 2.Головке

3.Ягодицам

4. +Спинке

5.Мелким частям

1319.Размер таза от крестцового мыса до наиболее выдающейся точки внутренней поверхности лонного сочленения называется:

- 1.Индекс Соловьева
- 2.Наружная конъюгата
- 3.Ромб Михаэлиса
- 4.+Истинная конъюгата
- 5.Боковая конъюгата

1320.Сердцебиение плода при поперечном положении плода выслушивается:

1. Выше пупка слева
2. Ниже пупка слева

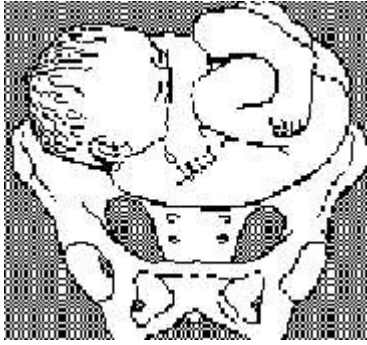
3. Ниже пупка справа
  4. + На уровне пупка
  5. Выше пупка справа
1321. Неправильное положение плода чаще всего встречается у:
1. Первородящих
  2. + Многорожавших
  3. Юных первородящих
  4. Первородящих старшего возраста
  5. Рожениц с узким тазом
1322. При поперечном положении плода показано родоразрешение путем:
1. Наружно-внутреннего поворота плода на ножку
  2. Наложения акушерских щипцов
  3. Вакуум - экстракции плода
  4. Наружного поворота плода на головку
  5. + Кесарева сечения
1323. Одним из методов определения положения плода является:
1. Пельвиометрия
  2. Кардиотокография
  3. Амниоцентез
  4. Допплерометрия
  5. + Наружное акушерское исследование
1324. Наиболее частое осложнение беременности при неправильном положении плода:
1. Кровотечение
  2. Преждевременные роды
  3. Гипоксия плода
  4. + Дородовое излитие околоплодных вод
  5. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
1325. Поперечным положением плода называется положение, когда продольная ось плода:
1. Совпадает с продольной осью матки
  2. Образует острый угол с продольной осью матки
  3. + Перпендикулярна продольной оси матки
  4. Образует тупой угол с продольной осью матки
  5. Параллельна продольной осью матки
1326. Для уточнения неправильного положения плода не используется:
1. Леопольда
  2. Аускультация сердцебиения плода
  3. Влагалищное исследование
  4. + Допплерометрия
  5. УЗИ
1327. Какое из осложнений не является типичным при поперечном положении плода:
1. Раннее излитие околоплодных вод
  2. Выпадение пуповины
  3. Запущенное поперечное положение плода
  4. + Хориоамнионит
  5. Аномалия родовой деятельности
1328. Для поперечного положения плода не характерно, когда:
1. Матка вытянута в поперечном размере
  2. В дне матки отсутствует какая-либо крупная часть
  3. Высота стояния дна матки меньше нормы
  4. + Ягодицы плода во входе в малый таз
  5. В боковых отделах матки обнаруживают крупные части
1329. Первый прием Леопольда определяет:
1. Положение, позицию и вид плода,

- 2.Предлежащую часть плода и отношение ее ко входу в малый таз
    - 3.Характер предлежащей части плода и ее местоположение по отношению к плоскостям малого таза
  - 4.Тонус матки, регулярность родовой деятельности
  - 5.+ Высоту стояния дна матки и часть плода, которая находится в дне
1330. Второй прием Леопольда определяет:
- 1.+Положение, позицию и вид плода
  - 2.Предлежащую часть плода и отношение ее ко входу в малый таз
    - 3.Характер предлежащей части плода и ее местоположение по отношению к плоскостям малого таза
  - 4.Тонус матки, регулярность родовой деятельности
  - 5.Высоту стояния дна матки и часть плода, которая находится в дне
1331. Третий прием Леопольда определяет:
- 1.Положение, позицию и вид плода
  - 2.+предлежащую часть плода и отношение ее ко входу в малый таз
  - 3.Характер предлежащей части плода и ее местоположение по отношению к плоскостям малого таза
  - 4.Тонус матки, регулярность родовой деятельности
  - 5.Высоту стояния дна матки и часть плода, которая находится в дне
1332. Четвертый прием Леопольда определяет:
- 1.Положение, позицию и вид плода
  - 2.Предлежащую часть плода и отношение ее ко входу в малый таз
  - 3+Характер предлежащей части плода и ее местоположение по отношению к плоскостям малого таза
  - 4.Тонус матки, регулярность родовой деятельности
  - 5.Высоту стояния дна матки и часть плода, которая находится в дне
1333. Наружная конъюгата - это расстояние между:
- 1.Нижним краем лона и мысом
  - 2.Серединой верхнего края лона и мысом
  - 3.Серединой лона и мысом
  - 4.Передними верхними осями подвздошной кости
  - 5.+Верхним краем лона и верхним углом ромба Михаэлиса
1334. Изменения мочеточников во время беременности (расширение, удлинение и искривление) зависит от уровня:
- 1.Эстрадиола
  - 2.Тестостерона
  - 3.Пролактина
  - 4..Хорионического гонадотропина
  - 5.+Прогестерона
- 1335.У беременных объем циркулирующей крови к 26-32 неделям повышается на:
- 1.10-20%
  - 2.+30-50%
  - 3.60-80%
  - 4.90-100%
  - 5.110-120%
- 1336.Исходный уровень АД - это:
- 1.АД при первом визите к врачу
  - 2.Среднее АД
  - 3.АД до 12 недель беременности
  - 4.+АД до 16 недель беременности
  5. АД вне беременности
1337. В группу риска по развитию гипертензии, связанных с беременностью не входят женщины с:
1. Артериальной гипертензией в анамнезе
  2. Эклампсией в анамнезе
  3. Хроническим пиелонефритом

4. Артериальной гипотонией
  5. +Хроническим бронхитом
1338. Для патогенетической терапии гипертензии, связанной беременностью используется:
1. Дибазол
  2. Клофелин
  3. Пентамин
  4. +Сульфат магния
  5. Эуфиллин
1339. В группу риска по развитию гипертензий, связанных с беременностью не входят женщины, имеющие в анамнезе:
1. Гипертензию
  2. Заболевания сердечно - сосудистой системы
  3. Заболевания почек
  4. Эклампсию в предыдущих родах
  5. +Высокую осложненную миопию
1340. Патогенез развития гипертензии, связанной с беременностью, не включает:
1. Генерализованный спазм сосудов
  2. Нарушение белкового и водно-электролитного обмена
  3. Эндотелиоз сосудов
  4. Высокая проницаемость сосудистой стенки
  5. +Генерализованную дилатацию сосудов
1341. Для преэклампсии легкой степени не характерна:
1. Гипертензия от 140/90 до 160/100 мм рт.ст.
  2. Суточная протеинурия менее 0,3 г/сутки
  3. Отечность нижних конечностей
  4. Отечность нижних и верхних конечностей
  5. +Анасарка
1342. Для преэклампсии тяжелой степени не характерно:
1. Повышение АД в пределах 180/100 мм рт. Ст
  2. Суточная протеинурия до 5 г/сутки
  3. Отеки верхней половины туловища
  4. Значительное снижение диуреза
  5. +Отсутствие отеков
1343. Неотложная помощь при эклампсии не предусматривает:
1. Положение больной на левом боку
  2. Освобождение дыхательных путей
  3. Нейролептаналгезию
  4. Срочную госпитализацию в ближайший родильный дом
  5. +Лечение в дневном стационаре
1344. Продолжительность доношенной беременности (дней):
1. 180
  2. 240
  3. 260
  4. +280
  5. 300
1345. Критерием начала родовой деятельности является:
1. Высокое стояние дна матки
  2. Выделение слизистой пробки из половых путей
  3. +Появление регулярных схваток
  4. Вставление головки в плоскость входа в малый таз
  5. Дородовое излитие околоплодных вод
1346. Признаком перенесенной беременности является:
1. Появление молозива
  2. Выделение слизистой пробки из половых путей



- 3.+уменьшение окружности живота беременной на 10 см и более
  - 4.Вставление головки в плоскость входа в малый таз
  - 5.Увеличение молозивных телец в секрете из молочных желез
1347. Признаком переносимости беременности является наличие в плаценте:
- 1.Ишемии
  - 2.Мелких участков кровоизлияний
  - 3.Некроза
  - 4.+Выраженных явлений кальциноза и белых инфарктов
  - 5.Интерстициального отека
1348. Основная функция плаценты:
- 1.Репродуктивная
  - 2.Гемопоэтическая
  - 3.Гемопоэтическая
  - 4.Иммуномодулирующая
  - 5.+Трофическая
1349. Одним из критериев зрелости плода является:
- 1.Срок беременности
  - 2.Оценка по шкале Апгар
  - 3.Наличие пушковых волос
  - 4.Состояние швов и родничков
  - 5.+Длина плода
1350. При оценке состояния плода не информативно использование:
- 1.Аускультации плода
  - 2..Подсчета шевелений плода
  - 3.Амниоскопии
  - 4.Определение уровня эстриола в крови матери
  - 5.+Цитологического исследования молозива
1351. Для оценки состояния плода в родах информативно использование:
- 1.Кордоцентеза
  - 2.+Кардиотокографии
  - 3.Биопсии хориона
  - 4.Амниоцентеза
  - 5.Амниоскопии
1352. Показанием к амниоскопии является:
- 1.Порок развития плода
  - 2.Патология прикрепления плаценты
  - 3.Многоплодная беременность
  - 4.Крупный плод
  - 5.+Изосерологическая несовместимость между кровью матери и плода
1353. Определите положение, позицию и вид плода на рисунке:
- 1. Поперечное положение, I позиция, передний вид
  - 2. Поперечное положение, II позиция, передний вид
  - 3. Поперечное положение, I позиция, задний вид
  - 4.+ Поперечное положение, II позиция, задний вид
  - 5. Поперечное положение, II позиция



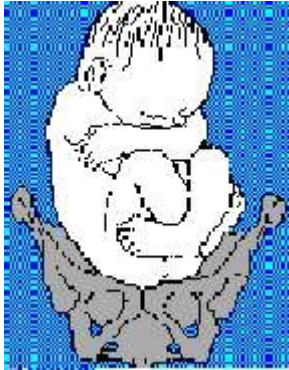
1354. При наружном акушерском исследовании выявлена ситуация, представленная на рисунке. Определите предлежание, позицию и вид плода:

1. Тазовое предлежание. I позиция.
2. В чисто ягодичное предлежание. I позиция, передний вид
3. Смешанное ягодичное предлежание. II позиция, задний вид
4. Ножное предлежание. II позиция, передний вид
- 5.+ Чисто ягодичное, I позиция, задний вид



1355. При наружном акушерском исследовании выявлена ситуация, представленная на рисунке. Определите предлежание, позицию и вид плода:

1. Тазовое предлежание. I позиция.
2. Чисто ягодичное предлежание. I позиция, передний вид
- 3.+ Смешанное ягодичное предлежание. II позиция, задний вид
4. Ножное предлежание. II позиция, передний вид
5. Чисто ягодичное, I позиция, задний вид



1356. При наружном акушерском исследовании выявлена ситуация, представленная на рисунке.

Определите предлежание, позицию и вид плода:

1. Неполное ножное предлежание. I позиция, передний вид.
2. Чисто ягодичное предлежание. I позиция, передний вид
3. Смешанное ягодичное предлежание. II позиция, задний вид
- 4.+ Полное ножное предлежание. I позиция, передний вид
5. Чисто ягодичное. I позиция, задний вид



1357. В матке во время беременности НЕ может происходить:

1. Гипертрофия и гиперплазия мышечных волокон
2. Усиление синтеза сократительного белка в миометрии
3. Структурные изменения шейки матки
4. Децидуальные превращения слизистой матки
- 5.+ Увеличение соединительнотканых элементов в миометрии

1358. Во время беременности в почках НЕ происходит:

1. Увеличение емкости лоханок
2. Застой мочи
3. Увеличение клубочковой фильтрации
- 4.+ Снижение клубочковой фильтрации
5. Появление патологических рефлюксов

1359. Изменения гематологических показателей при беременности:

1. Снижение - гемоглобина, эритроцитов, гематокрита, снижение лейкоцитов и СОЭ
2. Повышение - гемоглобина, эритроцитов, гематокрита; снижение лейкоцитов и СОЭ

- 3.+Снижение гемоглобина, эритроцитов, гематокрита; увеличение лейкоцитов и СОЭ
- 4.Повышение - гемоглобина, эритроцитов, гематокрита; лейкоцитов и СОЭ
- 5.Снижение гемоглобина, эритроцитов, гематокрита, лейкоцитов и увеличение СОЭ
1360. Физиологическая беременность локализуется:
- 1.В маточной трубе
  - 2.В яичнике
  - 3.В брюшной полости
  - 4.+В полости матки
  - 5.В рудиментарном роге матки
1361. Для острого жирового гепатоза НЕ характерно:
- 1+Низкое содержание трансаминаз в крови
  - 2.Гипопротеинемия
  - 3.Гипербилирубинемия
  - 4.Выраженная изжога
  - 5.Тошнота, рвота
1362. Размеры ромба Михаэлиса в норме соответствуют:
1. 10x8 см
  2. +11x11 см
  3. 13x13 см
  4. 9x9 см
  5. 10x14 см
1363. Истинная конъюгата в норме равна:
- 1.10 см
  - 2.+11 см
  - 3.12 см
  - 4.13 см
  - 5.9 см
1364. Отношение какой части плода к боковым стенкам матки определяется позиция:
- 1.Ягодички
  - 2.Головка
  - 3.+Спинка
  - 4.Туловище
  - 5.Мелких частей
1365. Предлежание плода - это:
- 1.Отношение конечностей и головки плода к туловищу
  - 2.Отношение продольной оси плода к продольной оси матки; малый таз
  - 3.+Отношение одной из крупных частей плода к плоскости входа в малый таз
  - 4.Отношение спинки плода к передней или задней стенке матки
  - 5.Отношение продольной оси плода к продольной оси матки
1366. Позиция плода - это:
- 1.Отношение одной из крупных частей плода к плоскости входа в малый таз
  - 2.Отношение продольной оси плода к продольной оси матки
  - 3.Отношение конечности и головы плода к туловищу
  - 4.Отношение спинки плода к передней или задней стенке матки
  - 5.+Отношение спинки плода к боковым стенкам матки
1367. Первый прием Леопольда служит для определения:
- 1.Положения плода
  - 2.Позиции плода
  - 3.Части плода в дне матки
  - 4.Характера предлежащей части плода
  - 5.+Высоты стояния дна матки
1368. К вероятным признакам беременности НЕ относятся :
- 1.Прекращение менструаций

2. Цианоз влагалища и шейки матки
  3. +Пигментация кожи
  4. Изменение величины матки
  5. Появление молозива из соска
1369. Морфологические признаки плаценты при переношенной беременности:
1. +Участки некроза с дегенеративными изменениями
  2. Дистрофические изменения
  3. Спазмированные сосуды
  4. Гиперплазия
  5. Прозрачные, светлые оболочки плодного пузыря
1370. Одним из признаков переношенной беременности является:
1. +Снижение количества молозивных телец при микроскопии секрета молочных желез
  2. Увеличение окружности живота на 10 см и более в течение 2-3-х недель
  3. Уменьшение окружности живота на 10 см и более в течение 2-3-х недель
  4. Уменьшение окружности живота на 5 см и более в течение 2-3-х недель
  5. Большое количество молозивных телец при микроскопии секрета молочных желез
1371. Наименее вероятная причина возникновения неправильного положения плода:
1. Многоплодие
  2. Понижение тонуса матки
  3. +Крупный плод
  4. Предлежание плаценты
  5. Узкий таз
1372. Наиболее частое осложнение беременности при неправильном положении плода:
1. +Дородовое излитие околоплодных вод
  2. Преждевременные роды
  3. Гипоксия плода
  4. Отеки, связанные с беременностью
  5. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
1373. Поперечное положение плода при доношенном сроке беременности является показанием для родоразрешения:
1. Путем операции кесарева сечения в экстренном порядке
  2. +Путем операции кесарева сечения в плановом порядке
  3. Через естественные родовые пути после поворота плода на ножку
  4. Через естественные родовые пути после поворота плода на головку
  5. Через естественные родовые пути
1374. Неправильное положение плода чаще встречается у:
1. Первородящих
  2. +Многоружавших
  3. Повторнородящих
  4. Первородящих старшего возраста
  5. Беременных с экстрагенитальной патологией
1375. Степени сужения таза судят по:
1. Индексу Соловьева
  2. Наружной конъюгате
  3. Ромбу Михаэлиса
  4. +Размеру истинной конъюгаты
  5. Лонного угла
1376. Третий прием Леопольда служит для определения:
1. Положения плода
  2. Позиции плода
  3. Вида плода
  4. +Предлежащей части плода
  5. Высоты стояния дна матки
1377. Для недоношенного новорожденного НЕ характерно:

1. Масса тела менее 2500 граммов
  2. Длина менее 48 см
  3. Кожные покровы синюшного цвета
  4. Пупочное кольцо расположено ближе к лону
  - 5.+Закрты швы и роднички
1378. Повторнородящая поступила в роддом через 5 часов от начала регулярных схваток.  
 PV: открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет, предлежит головка, прижата  
 Ко входу в малый таз, мыс не достижим.  
 Какой период родов:
1. Прелиминарный
  2. Первый период, латентная фаза
  3. Первый период, активная фаза
  - 4.+Второй
  5. Третий
1379. В родильный дом доставлена беременная в сроке 35, дома был приступ судорог.  
 Состояние тяжелое, сознание заторможено, имеются генерализованные отеки,  
 АД 170/ 110мм.рт.ст. Сердцебиение плода ритмичное, 140 уд.в мин.  
 Предварительный диагноз:
1. Беременность 35 недель. Эпилепсия
  2. Беременность 35 недель. Преэклампсия легкой степени
  3. Беременность 35 недель. Преэклампсия тяжелой степени
  - 4.+Беременность 35 недель. Эклампсия
  5. Беременность 35 недель. Отеки, вызванные беременностью
1380. Стартовая доза сульфата магния при лечении преэклампсии тяжелой степени составляет:
1. 2г сухого вещества
  - 2.+5 г сухого вещества
  - 3.6 г сухого вещества
  - 4.8 г сухого вещества
  - 5.10 г сухого вещества
1381. Какие жалобы характерны для преэклампсии тяжелой степени:
1. Ноющие боли внизу живота, незначительные кровянистые выделения из половых путей
  - 2.+Головная боль, тошнота, рвота, мелькание мушек перед глазами
  3. Увеличение диуреза, боли в области почек
  4. Судороги, мелькание мушек перед глазами
  5. Потеря сознания, кома
1382. Беременная при сроке 5-6 недель жалуется на тошноту, рвоту до 5 раз в сутки. Состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, пульс 80 ударов в мин., АД 110/70 мм. Рт. Ст., диурез в норме.  
 Предварительный диагноз:
1. Острый гастрит
  2. Острый холецистит
  - 3.+Ранний токсикоз, рвота беременных легкой степени
  4. Ранний токсикоз, рвота беременных средней степени
  5. Ранний токсикоз, рвота беременных тяжелой степени
1383. Лекарственный препарат, используемый с целью патогенетической терапии  
 Гипертензий, связанных с беременностью:
1. Дибазол
  2. Клофелин
  3. Пентамин
  - 4.+Сульфат магния
  5. Эуфиллин
1384. Исходное АД у беременных - это:
1. Рабочее АД
  2. Среднее АД

- 3.+АД, измеренное до 16 недель беременности
- 4.АД, измеренное до 28 недель беременности
- 5.АД, измеренное при первой явке в женскую консультацию
- 1385. Среднее артериальное давление (САД) - это:
  - 1.Разница между систолическим и диастолическим АД
  - 2.Разница между систолическим и диастолическим АД до и после нагрузки
  - 3.Среднее АД между систолическим и диастолическим АД
  - 4.+Сумма систолического АД и 2-х диастолических АД, разделенная на 3
  - 5.Сумма систолического и диастолического АД, разделенная на 3
- 1386. Выраженные изменения в сердечно-сосудистой системе происходят при сроке беременности:
  - 1.+26-32 недели
  - 2.22-25 недель
  - 3.37-38 недель
  - 4.39-40 недель
  - 5.41 неделя
- 1387. Как изменяется артериальное давление во время беременности:
  - 1.+несколько снижается в 1-ом триместре, после 24-26 недель имеет тенденцию к повышению
  - 2.Несколько увеличивается в 1-ом триместре, снижается в 24-26 недель и повышается к родам
  - 3.Несколько увеличивается в 1-ом триместре, снижается между 24-26 неделями и повышается к родам
  - 4.Без изменений в 1-ом триместре, повышается в 24-26 недель и снижается к родам
  - 5.Несколько увеличивается в 1-ом триместре, без изменений в 14-28 недель и снижается к родам
- 1388. Как меняется объем циркулирующей крови во время беременности:
  - 1.Повышается на 30-50% к 26-32 неделям
  - 2.+Повышается на 30-50% к 26-32 неделям
  - 3.Снижается на 30-50% к 26-32 неделям
  - 4.Повышается на 10-20% к концу беременности
  - 5.Без изменений в течении всей беременности
- 1389. Для почечного кровотока во время беременности характерно:
  - 1.Повышение во втором триместре
  - 2.Повышение в первом триместре
  - 3.+Повышение в течение всей беременности
  - 4.Монотонное постоянство
  - 5.Снижение в третьем триместре
- 1390. Одной из причин дилатации мочеточников во время беременности является:
  - 1.+Повышение уровня прогестерона
  - 2.Повышение уровня эстрогенов
  - 3.Сужение чашечно-лоханочной системы
  - 4.Повышение объема циркулирующей крови
  - 5.Снижение объема циркулирующей крови
- 1391. Какой из признаков НЕ характерен для доношенной
  - 1.Окружность живота - 95-98 см
  - 2.Высота стояния дна матки - 34-36 см
  - 3.+Высота стояния дна матки - 28-30 см
  - 4.Пупок выпячен
  - 5.Головка может быть прижата ко входу в малый таз
- 1392. Симметричная форма задержки роста плода является следствием:
  - 1.+Первичной плацентарной недостаточности
  - 2.Вторичной плацентарной недостаточности
  - 3.Гемолитической болезни плода
  - 4.Железодефицитной анемии у матери
  - 5.Преэклампсии

1393. Наружная конъюгата – это расстояние между:
1. Нижним краем лона и мысом
  2. Серединой верхнего края лона и мысом
  3. Серединой лона и мысом
  4. Передними верхними осями подвздошной кости
  5. + Верхним краем лона и верхним углом ромба Михаэлиса
1394. Истинная конъюгата - это:
1. + Расстояние между мысом и наиболее выдающейся точкой на внутренней поверхности лона
  2. Расстояние между серединой лона и копчиком
  3. Расстояние между серединой лона и мысом
  4. Расстояние между передними верхними осями подвздошных костей
  5. Расстояние между передними нижними осями подвздошных костей
1395. При измерении таза у беременной определены следующие размеры 28-29-30-17 см. Какой форме и степени сужения таза соответствуют эти размеры:
1. + Плоскорахитический таз 2 ст
  2. Плоскорахитический таз 1 ст
  3. Простой плоский таз 2 ст
  4. + Простой плоский таз 1 ст
  5. Поперечно-суженный таз 1 ст
1396. Для преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты характерно:
1. Внутритрубная пневмония
  2. Хроническая гипоксия плода
  3. Плод не страдает
  4. Задержка развития плода
  5. + Острая гипоксия плода
1397. Какую плоскость малого таза ограничивают верхний край лона, безмянные линии, вершина мыса?
- 1 + Входа в малый таз
  - 2 Широкой части
  - 3 Узкой части
  - 4 Выхода из малого таза
  - 5 Вертикальную плоскость таза.
1398. При каких формах гломерулонефрита беременность противопоказана:
1. Латентной форме хронического гломерулонефрита
  2. + Смешанной форма хронического гломерулонефрита
  3. Нефротической форме
  4. Хронической форме гломерулонефрита без обострения
  5. Гипертонической форме хронического гломерулонефрита
1399. У беременной в сроке гестации 32 недели при ультразвуковом исследовании выявлено, что нижний край плаценты на 3,5 см от внутреннего зева. Ваше заключение:
1. Полное предлежание плаценты
  2. Неполное предлежание плаценты
  3. + низкое расположение плаценты
  4. Нормальное расположение плаценты
  5. Преждевременное старение плаценты
1400. Пациентка К., 34 лет, жалуется на задержку месячных на 2 месяца. Из анамнеза: в возрасте 3-х лет после скарлатины перенесла гломерулонефрит. Общее состояние удовлетворительное. АД 110/60, 110/65 мм.рт.ст. Отеков нет. При бимануальном исследовании установлена маточная беременность сроком 8-9 недель. Поставьте диагноз:
1. Беременность 8-9 недель. Хронический пиелонефрит
  2. Беременность 8-9 недель. ОАА
  3. + Беременность 8-9 недель. Хронический гломерулонефрит. ОАА
  4. Беременность 8-9 недель. Мочекаменная болезнь. ОАА



- 5.Беременность 8-9 недель. Хронический цистит в фазе обострения
1401. Повторнобеременная поступила в роддом с диагнозом: Беременность 20-21 нед. Угрожающий поздний выкидыш. ИЦН. ОАА.Привычное невынашивание.Выберите тактику:
- 1.Амниотомия, родовозбуждение
  - 2.Спазмолитики
  - 3.+Сохраняющая терапия с последующей хирургической коррекцией ИЦН
  - 4.Постельный режим
  - 5.Хирургической коррекцией ИЦН
1402. Повторнобеременная в 20-21 неделя поступила с жалобами на чувство тяжести внизу живота. Матка возбудима.В анамнезе:преждевременные роды в сроке 31-32 недели, самопроизвольный выкидыш в сроке 20-21 нед.РV:шейка матки длиной 1,5 см,мягкая, цервикальный канал проходим на 2 см,плодный пузырь цел.Предварительный диагноз:
- 1.Беременность 20-21 нед. Начавшийся аборт. ОАА
  - 2.Беременность 20-21 нед. Неполный аборт
  - 3.+Беременность 20-21 нед. Угрожающий поздний выкидыш.ИЦН.ОАА. Привычное невынашивание
  - 4.Беременность 20-21 нед. Аборт в ходу
  - 5.Беременность 20-21 нед. Угроза прерывания беременности
1403. У беременной с отягощенным акушерским анамнезом (3 мед.аборта) при сроке гестации 34 недели появились жалобы на безболезненное умеренное кровотечение из половых путей.Предположительный диагноз:
- 1.Угрожающие преждевременные роды
  - 2.Начавшиеся преждевременные роды
  - 3.Начинающиеся преждевременные роды
  - 4.+Предлежание плаценты
  - 5.Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
1404. Беременная 36 лет поступила с жалобами на распирающие боли в животе, скудные кровянистые выделения. Во время операции кесарево сечение по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты обнаружена матка Кювельера.Определите объем операции:
- 1.+Экстирпация матки без придатков
  - 2.Надвлагалищная ампутация матки и перевязка общих подвздошных артерий
  - 3.Перевязка подвздошных артерий
  - 4.Экстирпация матки и перевязка наружных подвздошных артерий
  - 5.Экстирпация матки и перевязка внутренних подвздошных артерий
1405. Беременная 36 лет жалуется на распирающие боли в животе,кровянистые выделения. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. АД 90/50 мм.рт.ст. Пульс 100 уд/мин. Отеки на нижних конечностях, белок в моче - 1,5 г/л; матка увеличена до 35-36 недель, напряжена, сердцебиение плода не прослушивается.Поставьте диагноз:
- 1.Беременность 35-36 недель. Преэклампсия легкой степени
  - 2.Беременность 35-36 недель. Предлежание плаценты Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Антенатальная гибель плода. Геморрагический шок II ст
  - 3.+Беременность 35-36 недель. Преэклампсия тяжелой степени. Преждевременная отслойка Normally расположенной плаценты. Антенатальная гибель плода Геморрагический шок II ст
  - 4.Беременность 35-36 недель. Многоводие. Антенатальная гибель плода
  - 5.Беременность 35-36 недель. Преэклампсия тяжелой степени. Антенатальная гибель
1406. Повторнобеременная со сроком 37-38 недель поступила через 30 минут после начала Кровотечения из половых путей, кровопотеря 300,0.Выставлен клинический диагноз: Беременность 39-40 недель. Предлежание плаценты. Кровотечение.Тактика врача:
- 1.Сохраняющая терапия
  - 2.Амниотомия
  - 3.Амниоскопия

- 4.+Кесарево сечение в экстренном порядке  
5.Диатермокоагуляция
1407. У беременной с преэклампсией легкой степени при сроке 35 недель появились резкие боли в животе, скудные кровянистые выделения из половых путей. Состояние средней тяжести, АД 100/60 мм.рт.ст. Матка резко напряжена, отмечается локальная болезненность, сердцебиение плода приглушено, 100 ударов в мин.Предположительный диагноз:
- 1.+Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, острая гипоксия плода
  - 2.Предлежание плаценты, острая гипоксия плода
  - 3.Разрыв матки
  - 4.Острая гипоксия плода
  - 5.Начавшиеся преждевременные роды, острая гипоксия плода
1408. В роддом поступила беременная К., 24 лет, с диагнозом: Беременность доношенная. Общеравномерносуженный таз II ст. Крупный плод.Тактика родоразрешения:
- 1.Роды через естественные родовые пути
  - 2.+Родоразрешить путем операции кесарево сечение в плановом порядке
  - 3.Роды начать вести консервативно, операция кесарево сечение при присоединении слабости родовой деятельности
  - 4.Вопрос об операции кесарево сечение поставить во II периоде родов при клинически узком тазе
  - 5.Роды через естественные родовые пути, во II периоде родов применение акушерских щипцов
1409. У беременной К., 24 лет, при измерение таза, определены размеры:23-25-28-17,5 см, Индекс Соловьева - 15 см, ромб Михаэлиса - 10x9 см. Диагональная конъюгата - 10 см. Определите форму и степень сужения таза:
- 1.Общеравномерносуженный таз I ст
  - 2.Простой плоский таз I ст
  - 3.+Общеравномерносуженный таз II ст
  - 4.Простой плоский таз II ст
  - 5.Плоскорахитический таз II ст
1410. В роддом доставлена беременная с диагнозом: Беременность 31-32 недели. Эклампсия, кома. Акушерская тактика:
- 1.Консультация невропатолога, инфекциониста
  - 2.Ввести гипотензивные препараты
  - 3.+ИВЛ, операция кесарево сечение в экстренном порядке
  - 4.Наркоз закисью азота, инфузионная терапия
  - 5.Симптоматическая терапия в течение 5-7 дней
1411. У повторнوبرеменной выставлен диагноз: Беременность 28 недель. Преэклампсия тяжелой степени. Тактика врача женской консультации:
- 1.Госпитализировать в роддом 1-го уровня
  - 2.Госпитализировать в роддом 2-го уровня
  - 3.+Госпитализировать в роддом 3-го уровня
  - 4.Назначить прием через неделю
  - 5.Провести лечение в дневном стационаре
1412. У повторнوبرеменной при сроке беременности 28 нед. Обнаружены отеки на лице, Верхних и нижних конечностях, передней брюшной стенке, АД 180/100 мм. рт.ст., 180/110 мм. рт.ст. Белок в моче - 4,5 г/сут.Поставьте диагноз:
- 1.Гипертоническая болезнь
  - 2.Преэклампсия легкой степени
  - 3.Гломерулонефрит
  - 4+Преэклампсия тяжелой степени
  - 5.Обострение хронического пиелонефрита
1413. У беременной при сроке 8-9 недель отмечается рвота до 22 раз в сутки, потеря веса, гипотония, тахикардия 110 ударов в минут, снижение диуреза, повышение остаточного азота и креатина, наличие ацетона в моче (4+).  
Поставьте диагноз:
- 1.Рвота беременных, легкая форма

2. Почечная недостаточность, олигурия, интоксикация
  3. Рвота беременных, средней степени тяжести
  4. +Рвота беременных, тяжелая форма
  5. Пищевая токсикоинфекция
1414. Ширина лонного сочленения во время физиологической беременности не превышает:
1. 0,1- 0,3 см
  2. 0,4 - 0,6 см
  3. +0,8- 0,9 см
  4. 1,0-1,2 см
  5. 1,3- 1,5см
1415. В норме к концу беременности в гемостазиограмме отмечается:
1. +Увеличение фибриногена, протромбинового индекса
  2. Снижение фибриногена, протромбинового индекса, продуктов деградации фибриногена
  3. Снижение фибриногена, протромбинового индекса, увеличение продуктов деградации фибриногена
  4. Увеличение фибриногена, протромбинового индекса, снижение продуктов деградации фибриногена
  5. показатели в пределах нормы
1416. В женскую консультацию обратилась первобеременная со сроком 35-36 недель с жалобами на снижение двигательной активности плода. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное, 136 ударов в 1 минуту. Какой метод исследования наиболее информативен в данной ситуации:
1. Амниоскопия
  2. +Кардиотахография с использованием функциональных проб
  3. Метод наружного акушерского исследования
  4. УЗИ
  5. Функциональные пробы
1417. Данные вагинального исследования: шейка матки сглажена, открытие маточного зева на 4 см, плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз.
- Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди.
- Определите предлежание, вид и позицию плода:
1. Переднеголовное предлежание, I позиция, передний вид
  2. Головное предлежание, II позиция, передний вид
  3. Головное предлежание, II позиция, задний вид
  4. +Головное предлежание, I позиция, передний вид
  5. Продольное положение, I позиция, передний вид
1418. Методом инструментального исследования, применяемым при беременности и в родах, является:
1. Зондирование матки
  2. +Осмотр шейки матки с помощью зеркал
  3. Биопсия
  4. Гистероскопия
  5. Кольпоскопия
1419. Методом инструментального исследования, применяемым при беременности и в родах, является:
1. Зондирование матки
  2. + Осмотр шейки матки с помощью зеркал
  3. Биопсия
  4. Гистероскопия
  5. Кольпоскопия
1420. Пациентка обратилась в женскую консультацию по поводу беременности 7-8 недель. Из анамнеза: с детства диагностирован ВПС - дефект межпредсердной перегородки. Тактика врача:
1. Консультация кардиолога
  2. Консультация терапевта и кардиолога
  3. Госпитализировать в роддом для обследования
  4. Госпитализировать в перинатальный центр для обследования

- 5.+Госпитализировать в кардиологическое отделение для обследования
1421. Как влияет гипертензия беременных на состояние плода?
1. Макросомия (крупный плод)
  2. Врожденные пороки развития плода
  3. Перенашивание беременности
  4. Многоплодие
  5. + Хроническая гипоксия
1422. Наиболее частая причина артериальной гипертензии во второй половине беременности:
- 1.Хронические заболевания почек
  - 2.Нейро-циркуляторная дистония по гипертоническому типу
  - 3.+ Преэклампсия
  - 4.Пороки сердца
  - 5.Хроническая гипертензия
1423. У беременной измерены размеры ромба Михаэлиса - 10x10 см, данные размеры соответствуют:
1. +Нормальному тазу
  2. Общеравномерносуженному тазу
  3. Плоскорахитическому тазу
  4. Простому плоскому тазу
  5. Поперечносуженному тазу
1424. При измерении таза у беременной определены следующие размеры 28-29-30-17 см. Какой форме и степени сужения таза соответствуют эти размеры:
- 1.+Плоскорахитический таз 2 ст
  - 2.Плоскорахитический таз 1 ст
  - 3.Простой плоский таз 1 ст
  - 4.Простой плоский таз 2 ст
  - 5.Поперечно-суженный таз 1 ст
1425. Сомнительные признаки беременности:
1. Шевеление плода, пальпация частей плода
  2. Пальпация частей плода, прослушивание сердцебиения
  3. +Тошнота, рвота, вкусовые прихоти, непереносимость запахов
  4. Увеличение, размягчение, изменение формы матки матки
  5. Признаки Пискачека, Снегирева, Горвица-Гегара
1426. Длительный гипертонус матки наиболее характерен:
1. Для предлежания плаценты
  2. +Для преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты
  3. Для шеечно-перешеечной беременности
  4. Для низкой плацентации
  5. Для многоводия
1427. У роженицы в первом периоде родов диагностирована преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Какое грозное осложнение может развиться:
1. Слабость родовой деятельности
  2. +ДВС - синдром
  3. Хроническая плацентарная недостаточность
  4. Истинное приращение плаценты
  5. Дислоординированная родовая деятельность
1428. Хроническая артериальная гипертензия - это гипертензия выявленная:
1. До 12 недель беременности
  2. +До 16 недель беременности
  3. До 20 недель беременности
  4. После 24 недель беременности
  5. После 28 недель беременности
1429. У беременной в сроке 19 недель диагностирована истмико-цервикальная недостаточность. Какое лечение необходимо?

1. Строгий постельный режим
  2. Витаминотерапия
  3. Гормонотерапия
  4. + Хирургическая коррекция шейки матки
  5. Спазмолитики.
1430. Предлежание плода - это отношение:
1. Продольной оси плода к продольной оси матки
  2. +Одной из крупных частей плода к плоскости входа в малый таз
  3. Конечностей и головы плода к туловищу
  4. Спинки плода к передней или задней стенке матки
  5. Спинки плода к боковым стенкам матки
1431. Для поперечного положения плода не характерно:
1. Матка вытянута в поперечном размере
  2. В дне матки отсутствует какая-либо крупная часть
  3. Высота стояния дна матки меньше нормы
  4. +Ягодицы плода во входе в малый таз
  5. В боковых отделах матки обнаруживают крупные части
1432. Признаком переносимости беременности является:
1. Увеличение окружности живота на 10 см
  2. Выделение слизистой пробки из половых путей
  3. Уменьшение окружности живота беременной на 10 см и более
  4. Вставление головки в плоскость входа в малый таз
  5. +Уменьшение молозивных тел в секрете из молочных желез
1433. Укажите состояние, которое может быть диагностировано с помощью амниоскопии:
1. Порок развития плода
  2. +изосерологическая несовместимость между кровью матери и плода
  3. Патология прикрепления плаценты
  4. Крупный плод
  5. Многоплодная беременность
1434. Беременная в сроке 7-8 недель предъявляет жалобы на боли схваткообразного характера в течение 2-х дней. Ваш диагноз:
1. + Угрожающий выкидыш
  2. Начавшийся выкидыш
  3. Внематочная беременность
  4. Аборт в ходу
  5. Неполный аборт
1435. У пациентки 23 лет с задержкой менструации на 2 месяца при гинекологическом осмотре: матка увеличена до 7 недель беременности, при осмотре консистенция матки стала плотной. Какой признак беременности обнаружен врачом:
1. Горвица-Гегара
  2. +Снегирева
  3. Пискачека
  4. Довженко
  5. Гентера
1436. Аускультация сердечных тонов плода становится возможной при сроке беременности:
1. 12 недель
  2. 16 нед
  3. + 20 нед
  4. 24 нед
  5. 28 нед
1437. Признак Пискачека при беременности - это:
1. Размягчение матки, выраженное в области перешейка
  2. Размягчение изменчивость консистенции матки при пальпации
  3. + Асимметрия матки

4. Увеличение матки
  5. Гребневидное утолщение на передней поверхности матки
1438. Признака Снегирева при беременности - это:
1. Размягчение матки, выраженное в области перешейка
  - 2.+ Изменчивость консистенции матки при пальпации
  3. Асимметрия матки
  4. Увеличение матки
  5. Гребневидное утолщение на передней поверхности матки
1439. У первобеременной при сроке беременности 36 недели отмечаются отеки на нижних конечностях и передней брюшной стенке, в анамнезе хронический пиелонефрит. АД 140/90 мм. рт. ст., в анализе мочи обнаружен белок 0,3 г/сут, лейкоциты 5-6 в п/зр. Предварительный диагноз:
1. Беременность 36 недель. Отеки беременных. Хронический пиелонефрит
  2. Беременность 36 недель. Хронический пиелонефрит в стадии обострения
  3. +беременность 36 недель. Преэклампсия легкой степени. Хронический пиелонефрит
  4. Беременность 36 недель. Преэклампсия тяжелой степени. Хронический пиелонефрит
  5. Беременность 36 недель. Эклампсия. Хронический пиелонефрит
1440. На приеме у врача женской консультации у первобеременной, 25 лет, выставлен диагноз: Беременность 28 недель. Преэклампсия тяжелой степени. Неотложная помощь начинается с:
1. Внутримышечного введения сульфата магния
  - 2.+ внутривенного введения стартовой дозы сульфата магния
  3. Введения ганглиоблокаторов
  4. Внутривенного введения нейролептиков
5. Введения диуретиков
1441. В родильный дом доставлена беременная без сознания. Со слов родственников дома были судороги. Состояние тяжелое, без сознания, имеются генерализованные отеки, АД 180/100 мм.рт.ст., срок беременности 35-36 недель, положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд. в мин, при влажном осмотре шейка матки «незрелая». Поставьте диагноз:
1. Беременность 35-36 недель. Эпилепсия
  2. Беременность 35 -36 недель. Преэклампсия тяжелой степени
  3. Беременность 35-36 недель. Преэклампсия тяжелой степени. Эпилепсия
  4. + Беременность 35-36 недель. Эклампсия. Эклампсическая кома
  5. Беременность 35 -36 недель. Коматозное состояние
1442. Одним из показаний к досрочному родоразрешению при гипертензиях, вызванных беременностью, является:
1. выраженные отеки на нижних конечностях
  2. Протеинурия выше 0,3 г/сут
  3. + Олигоурия
  4. Повышение АД до 140/100 мм.рт.ст.
  5. Полиурия
1443. Беременная 28 лет при сроке гестации 34 недели жалуется на общую слабость, утомляемость. В ОАК гемоглобин 90 г/л, Эр. 3,0x10<sup>10</sup>/л. Наиболее вероятная причина вышеперечисленных жалоб:
1. Мегалобластическая гиперхромная анемия
  2. Метаболическая гипохромная анемия
  3. +железодефицитная гипохромная анемия
  4. Гипопластическая анемия
  5. Гемолитическая анемия
1444. Положение плода - это:
1. +Отношение продольной оси плода к продольной оси матки
  2. Отношение конечностей и головы плода к туловищу
  3. Отношение конечностей и головы плода к туловищу
  4. Отношение одной из крупных частей плода к плоскости входа в малый таз
  5. Отношение спинки плода к передней или задней стенке матки
1445. У первородящих скорость раскрытия шейки матки в активную фазу составляет:
1. 0,5 - 0,9 см/час
  2. +1,0- 1,5 см/час

3. 1,6-1,9 см/час
  4. 2,0- 2,5 см/час
  5. 0 - 0,4 см/час
1446. У повторнородящих скорость раскрытия шейки матки в активную фазу составляет:
1. 0,5 - 0,9 см/час
  2. 1,0- 1,5 см/час
  3. 1,6 - 1,9 см/час
  4. +2,0 - 2,5 см/час
  5. 0 - 0,4 см/час
1447. У повторнородящей начались потуги. При вагинальном исследовании открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Головка занимает всю крестовую впадину и лонное сочленение, седалищные ости пальпируются, прощупывается копчик. Стрелевидный шов в левом косом размере, малый родничок справа, спереди. Определите местоположение головки:
1. Над входом в малый таз
  2. Прижата ко входу в малый таз
  3. В широкой части малого таза
  4. +В узкой части малого таза
  5. На тазовом дне
1448. Обратилась в роддом роженица в сроке 38-39 недель, с жалобами на схваткообразные боли внизу живота через 7-8 минут, по 20-25 секунд. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец. Сердцебиение плода ритмичное до 136 уд. в мин. Диагноз:
1. +Беременность 38-39 недель. I период родов. Тазовоепредлежание плода
  2. Беременность 38-39 недель. Тазовоепредлежание плода. Предвестники родов
  3. Беременность 38-39 недель. Прелиминарный период. Тазовоепредлежание плода
  4. Беременность 38-39 недель. II период родов. Тазовоепредлежание плода
  5. Беременность 38-39 недель. Тазовоепредлежание плода
1449. При каком предлежании плода головка проходит полость малого таза вертикальным размером:
1. При переднем виде затылочногопредлежания
  2. При заднем виде затылочногопредлежания
  3. При переднеголовном предлежании
  4. При лобном предлежании
  5. +При лицевом предлежании
1450. Повторнородящая 30 лет со сроком беременности 38-39 недель поступила через 5 часов от начала регулярной родовой деятельности и через 2 часа от момента излития околоплодных вод. Сердцебиение плода ритмичное до 136 ударов в 1 минуту. При вагинальном исследовании открытие маточного зева 8 см, плодного пузыря нет, предлежат ягодицы, прижаты ко входу в малый таз. Диагноз:
1. +Беременность 38-39 недель. Тазовоепредлежание плода. I период родов. Раннее излитие околоплодных вод
  2. Беременность 38-39 недель. Тазовоепредлежание плода. I период родов. Преждевременное излитие околоплодных вод
  3. Беременность 38-39 недель. Тазовоепредлежание плода. Прелиминарный период. Преждевременное излитие околоплодных вод
  4. Беременность 38-39 недель. Тазовоепредлежание плода. II период родов. Преждевременное излитие околоплодных вод
  5. Беременность 38-39 недель. Тазовоепредлежание плода. I период родов
1451. Готовность фетоплацентарной системы к родам проявляется в:
1. +Усилении надпочечниками плода продукции кортизола
  2. Повышении продукции тиреотропного гормона плода
  3. Снижении выработки прогестерона тканями плаценты
  4. Усилении продукции гистамина тканями плаценты
  5. Снижении продукции тиреотропного гормона плода
1452. Одним из показаний для операции кесарево сечения является:
1. Передний асинклитизм
  2. +Задний асинклитизм
  3. Синклитическое вставление
  4. При вставлении головки малым косым размером

5. При вставлении головки средним косым размером
1453. При переднеголовном предлежании головка плода рождается следующим размером:
1. Малым косым
  2. Средним косым
  3. Большим косым
  4. +Прямым размером
  5. Вертикальным
1454. У повторнородящей с тазовым предлежанием плода, предполагаемой массой плода 3600,0+200,0 в I периоде родов диагностирована слабость родовой деятельности. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 136 ударов в 1 минуту. Врачебная тактика:
1. Начать внутривенное ведение окситоцина по схеме
  2. +Кесарево сечение
  3. Наблюдение
  4. Увлажненный кислород
  5. Спазмолитики
1455. Пособие по Цовьянову при тазовом предлежании плода подразумевает:
1. +Сохранение нормального членорасположения плода
  2. Предупреждение запрокидывания ручек и разгибания головки
  3. Исправление тазового предлежания на головное
  4. Исправление тазового предлежания на головное
  5. Освобождение плечевого пояса и головки
1456. Первородящая в родах 5 часов, схватки через 2-3 минуты до 40-50 секунд. При вагинальном исследовании шейка матки сглажена, открытие маточного зева 7 см, плодный пузырь цел, головка прижата ко входу в малый таз. Стрелевидный шов в правом косом размере, малый родничок слева, спереди. Оцените темп родов:
1. Стремительный
  2. +Достаточный
  3. Быстрый
  4. Слабый
  5. Умеренный
1457. У роженицы через 10 минут после рождения ребенка появились кровянистые выделения из половых путей, признаки отделения послеродового лохия. Кровопотеря 250,0. Тактика:
1. +Применить один из наружных методов выделения послеродового лохия
  2. Произвести ручное выделение послеродового лохия
  3. Начать в/в капельное введение окситоцина 5 ЕД на 400,0 физиологического раствора
  4. Холод на низ живота
  5. В/в введение метилэргометрина
1458. При осмотре послеродового лохия целостность его под сомнением, матка плотная, кровопотеря 200,0. Тактика:
1. Ручное отделение и выделение задержавшихся частей послеродового лохия
  2. +Ручное обследование полости матки
  3. Кюретаж полости матки
  4. Холод на низ живота
  5. В/в капельно окситоцин 5 ЕД на физиологическом растворе 400,0
1459. У первородящей с доношенным сроком родовая деятельность в течение 5 часов, околоплодные воды излились 2 часа тому назад. При вагинальном исследовании открытие маточного зева на 5 см, плодного пузыря нет, пальпируются глазницы, корень носа, рот, подбородок слева, спереди. Диагноз:
1. Беременность 39-40 нед. Преждевременное излитие околоплодных вод. I период родов. Лобнопереднее предлежание
  2. Беременность 39-40 нед. Лицевое предлежание, передний вид
  3. + Беременность 39-40 нед. I период родов. Раннее излитие околоплодных вод. Лицевое предлежание, передний вид
  4. Беременность 39-40 нед. Слабость родовой деятельности в I периоде родов. Лицевое Предлежание
  5. Беременность 39-40 нед. Слабость родовой деятельности в I периоде родов
1460. После рождения новорожденного у роженицы в течение 30 минут нет признаков отделения плаценты, кровотечения из половых путей нет. Предположительный диагноз:
1. Неполное плотное прикрепление плаценты



2. Ущемление последа
  3. Неполное истинное приращение плаценты
  4. Атония матки
  5. + Полное плотное прикрепление плаценты, истинное приращение плаценты
1461. У роженицы в раннем послеродовом периоде кровотечение из половых путей до 700,0; Матка дряблая, на зеркалах: родовые пути целы. АД 110/70 мм.рт.ст., пульс 100 в 1 мин., Нг-90 г/л, Нт30%, масса тела - 70 кг. Диагноз:
1. Ранний послеродовый период. Кровотечение. Геморрагический шок I степени
  2. Ранний послеродовый период. Коагулопатическое кровотечение. Геморрагический шок II степени
  3. Ранний послеродовый период. Атоническое кровотечение. Геморрагический шок III степени
  4. + Ранний послеродовый период. Атоническое кровотечение. Геморрагический шок I степеней
  5. Ранний послеродовый период. ДВС-синдром
1462. Повторнородящая поступила в роддом через 5 часов от начала регулярных схваток. РV: открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет, предлежит головка, стреловидный шов - в левом косом размере, малый родничок слева сзади, на одном уровне с большим. Определите предлежание головки:
1. Задний вид затылочного предлежания
  2. Передний вид затылочного предлежания
  3. + Переднеголовное предлежания
  4. Лобное
  5. Лицевое
1463. У новорожденного температура тела 37,3 С. Оцените температуру тела:
1. + Нормальная
  2. Субфебрильная
  3. Гипотермия легкой степени
  4. Гипертермия легкой степени
  5. Гипертермия
1464. Для переносимого новорожденного НЕ характерно:
1. Развитая подкожно-жировая клетчатка
  2. Закрытые швы и роднички
  3. Мацерация кожных покровов
  4. Банные стопки и ладони
  5. + Пупочное кольцо расположено ближе к лонному сочленению
1465. Признаком начала родовой деятельности является:
1. Высокое стояние дна матки
  2. Появление слизистой пробки из влагалища
  3. + Появление регулярных схваток
  4. Вставление головки в плоскость входа в малый таз
  5. Дородовое излитие околоплодных вод
1466. К предвестникам родов относится :
1. Высокое стояние дна матки
  2. + Появление слизистой пробки из влагалища
  3. Появление регулярных схваток
  4. Вставление головки в плоскость входа в малый таз
  5. Дородовое излитие околоплодных вод
1467. Укажите последовательность движения головки плода во время родов при переднем виде затылочного предлежания:
1. Продвижение, внутренний поворот, сгибание
  2. + Вставление, опускание, врезывание и прорезывание
  3. Вставление, внутренний поворот, разгибание
  4. Вставление, опускание, сгибание, разгибание
  5. Продвижение, сгибание, вставление, разгибание
1468. Данные влагалищного исследования: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Головка занимает всю крестовую впадину и лонное сочленение, седалищные ости не пальпируются. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди. Определите местоположение головки плода:

1. Большим сегментом во входе в малый таз
  2. В широкой части полости малого таза
  3. +В узкой части полости малого таза
  4. На тазовом дне
  5. Над входом в малый таз
1469. Через 3 часа от начала родовой деятельности у первородящей с доношенным сроком начались потуги. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 136 уд в мин. Влагалищноеисследование: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Предлежит головка, в полости малого таза, стреловидный шов в левом косом размере,малый родничок справа спереди. Ваш диагноз:
- 1.Доношенная беременность. I период родов. Быстрые роды
  - 2.Доношенная беременность. II период родов. Быстрые роды
  - 3.+Доношенная беременность. II период родов. Чрезмерная родовая деятельность
  - 4.Доношенная беременность. II период родов. Дискоординированная родовая деятельность
  - 5.Доношенная беременность. II период родов. Слабость родовой деятельности
1470. У первородящей выставлен диагноз: Доношенная беременность.II период родов.Чрезмерная родовая деятельность.Тактика:
1. +Роды вести консервативно (на боку), профилактика кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах
  2. Наложение акушерских щипцов, профилактика кровотечения в последовом и раннем послеродовом периода
  3. Кесарево сечение в экстренном порядке
  4. В/в капельное введение гинипрала 2,0 на физиологическом растворе
  5. Эпидуральная анестезия
1471. У повторнородящей, 30 лет, со сроком 38-39 недель данные влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 8 см,плодный пузырь цел. Предлежат ягодицы. Ваш диагноз:
1. Беременность 38-39 недель. I период родов
  2. Беременность 38-39 недель. Тазовоепредлежаниеплода.I период родов
  3. +Беременность 38-39 недель. Чистоягодичноепредлежаниеплода.I период родов
  4. Беременность 38-39 недель. II период родов. Чистоягодичноепредлежание
  5. Беременность 38-39 недель. Смешанное ягодичное предлежание. I период родов
1472. У рожильницы после родов крупным плодом при осмотре на зеркалах обнаружен разрыв шейки матки длиной 3 см, не достигающий до сводов влагалища.
1. Разрыв шейки матки I ст
  2. +Разрыв шейки матки II ст
  3. Разрыв шейки матки III ст
  4. Разрыв шейки матки IV ст
  5. Разрыв шейки матки V ст
1473. У повторнородящей, 32 лет, со сроком 38-39 недель первый период родов составил 7 часов. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 136 ударов в минуту. Предполагаемаямасса плода 3000,0+200,0. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена края тонкие, открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Предлежат ягодицы.Тактика ведения родов:
1. Акушерский сон-отдых
  2. Родоразрешить путем операции кесарево сечение в экстренном порядке
  3. Родоразрешить путем наложения акушерских щипцов
  4. +Роды вести консервативно по Цовьянову
  5. Эпидуральная анестезия
1474. При обнаружении дефекта последа необходимо:
1. Выжидательная тактика в течение 30 минут
  2. +Ручное отделение и выделение задержавшихся частей последа
  3. Ручное обследование полости матки
  4. Ультразвуковое исследование матки
  5. Диагностическое выскабливание матки
1475. При вагинальном исследовании выявлено полное открытие шейки матки,отсутствие плодного пузыря, предлежит головка, стреловидный шов вправом косом размере, малый родничок справа и сзади. Определите вид ипозицию плода:
1. +Задний вид, II позиция
  2. Передний вид, II позиция
  3. Задний вид, I позиция

4. Передний вид, I позиция
  5. Заднетеменнопредлежание
1476. Первородящая 32 лет со сроком беременности 38-39 недель поступила через 5 часов от начала регулярной родовой деятельности. Схватки через 2-3 минуты до 40-45 сек, средней силы. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 7 см, плодный пузырь цел, головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева, спереди. В какой фазе периода раскрытия находится роженица:
1. Латентной
  2. +Активной
  3. Пассивной
  4. Ретракции
  5. Контракции
1477. Через 10 минут после срочных родов появились кровянистые выделения из половых путей в количестве 150,0. Признаки отделения последа положительные. Ваша тактика:
1. Произвести ручное отделение и выделение последа
  2. +Выделить послед наружными приёмами
  3. Ввести внутривенно метилэргометрин 1,0 на 40%-20,0 глюкозы
  4. Начать в/венное капельное введение окситоцина 5 ЕД на 400,0 физ.раствора
  5. Холод на низ живота
1478. Через 10 минут после срочных родов выделился послед, при осмотре его – целостность под сомнением. Матка плотная. Кровопотеря - 300,0. Ваша тактика:
1. Наблюдение
  2. +Ручное обследование полости матки
  3. Выскабливание полости матки
  4. Ручное отделение и выделение задержавшихся частей последа
  5. УЗИ
1479. У первородящей, 20 лет, с доношенным сроком, в первом периоде родов, данные влагалищного исследования: открытие маточного зева на 5 см, плодного пузыря нет, предлежит головка, пальпируются глазницы, корень носа, рот, подбородок слева, спереди. Ваш диагноз:
1. Беременность 39-40 нед. I период родов. Переднеголовное предлежание
  2. Беременность 39-40 нед. I период родов. Лицевое предлежание, задний вид
  3. +Беременность 39-40 нед. I период родов. Лицевое предлежание, передний вид
  4. Беременность 39-40 нед. I период родов. Лобное предлежание
  5. Беременность 39-40 нед. I период родов. Заднетеменное вставление
1480. Первородящая, 20 лет, выставлен диагноз: Беременность 39-40 нед. I период родов. Раннее излитие околоплодных вод. Лицевое предлежание, передний вид. Метод родоразрешения:
1. +Роды вести через естественные родовые пути
  2. Операция кесарево сечение в экстренном порядке
  3. Закончить роды плодоразрушающей операцией
  4. Путем наложения полостных акушерских щипцов
  5. Провести родостимуляцию внутривенным капельным введением окситоцина 5 ЕД
- На физиологическом растворе 400,0
1481. В течение 30 минут после срочных родов признаков отделения плаценты и кровянистых выделений из половых путей нет. Выставлен диагноз: III-ий период родов. Плотное прикрепление плаценты? Приращение плаценты? Ваша тактика:
1. +Ручное отделение и выделение последа, при безуспешной попытке - лапаротомия, гистерэктомия
  2. Применить метод Креде-Лазаревича
  3. Ручное отделение и выделение задержавшихся частей последа
  4. Внутривенно ввести метилэргометрин 1,0 на 40%-20,0 глюкозы; паротомия, гистерэктомия
  5. Лапаротомия, гистерэктомия
1482. У роженицы кровопотеря составила 800,0 мл. выставлен диагноз: Ранний послеродовый период. Атоническое кровотечение. Выберите объем инфузионно-трансфузионной терапии:
1. Кровезаменители в объеме 100% кровопотери
  2. +Кристаллоиды до 2000,0 мл
  3. СЗП 1000,0 мл
  4. Коллоиды 1000,0 мл

5. Трансфузия эритроцитарной массы - 100%
1483. У роженицы кровопотеря составила 1000,0 мл, гемоглобин 85 г/л. Выставлен диагноз: Ранний послеродовый период. Атоническое кровотечение. Геморрагический шок I степени. Выберите объем инфузионно-трансфузионной терапии:
1. Кровезаменители в объеме 100% кровопотери
  2. +Кристаллоиды до 2000,0 мл + коллоиды 1000,0 мл
  3. СЗП 1000,0 мл
  4. Эритроцитарная масса 250.0 + кристаллоиды 2000,0 мл
  5. Коллоиды 1500,0 мл + СЗП 1000,0 мл
1484. У первородящей, 24 лет, с доношенной беременностью выставлен диагноз: Беременность 39-40 нед. I период родов. Простой плоский таз II степени. Ваша тактика:
1. При слабости родовой деятельности - кесарево сечение
  2. Роды вести консервативно
  3. +Родоразрешить путем операции кесарева сечения в экстренном порядке
  4. Родоразрешить наложением акушерских щипцов
  5. Роды вести консервативно, при острой гипоксии - кесарево сечение
1485. Данные влагалищного исследования: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере, смещен к лону. Определите характер вставления головки:
1. Задний вид затылочного предлежания
  2. Лобное предлежание
  3. Переднеголовное предлежание
  4. Передний асинклитизм
  5. +Задний асинклитизм
1486. У первородящей выставлен диагноз: Беременность 39-40 недель. II период родов. Задний асинклитизм. Крупный плод. Ваша тактика:
1. Роды вести через естественные родовые пути
  2. +Родоразрешить путем операции кесарева сечения
  3. Выжидательная тактика
  4. Родостимуляция внутривенным введением окситоцина 5 ЕД. на физиологическом растворе 400,0
  5. Родоразрешить путем наложения полостных акушерских щипцов
1487. У роженицы во II периоде родов внезапно появились одышка, акроцианоз, кашель с пенистой мокротой, в легких разнокалиберные влажные хрипы. Из анамнеза: Ревматизм, неактивная фаза. Стеноз митрального клапана. Ваш диагноз:
1. Беременность доношенная. II период родов. Митральный стеноз. Преодо-тек легких
  2. Беременность доношенная. II период родов. Митральный стеноз. НК ПА
  3. Беременность доношенная. II период родов. Митральный стеноз. НК ПВ. Отек легких
  4. +Беременность доношенная. II период родов. Стеноз митрального клапана. Отек легких
  5. Беременность доношенная. Стеноз митрального клапана. ДН II
1488. У роженицы во II периоде срочных родов, сердцебиение плода ритмичное до 160 уд/мин, предлежит головка - на тазовом дне. Выставлен диагноз: Беременность доношенная, II период родов. Стеноз митрального клапана. Отек легких. Ваша тактика:
1. Продолжать консервативное ведение родов на фоне анальгетиков спазмолитиков, ввести сердечные гликозиды
  2. Родоразрешить путем операции вакуум-экстракции на фоне лечения сердечной недостаточности
  3. +Роды закончить наложением выходных акушерских щипцов
  4. Произвести кесарево сечение в экстренном порядке
  5. Роды закончить наложением полостных акушерских щипцов
1489. У переводящей с нормальными размерами таза и средней массой плода, при полном открытии маточного зева, стреловидный шов в поперечном размере плоскости входа в малый таз, большой родничок - справа, малый родничок - слева, на одном уровне с большим родничком. Определите характер вставления головки:
1. Передний вид затылочного предлежания
  2. Задний вид затылочного предлежания
  3. +Переднеголовное предлежание
  4. Лобное предлежание
  5. Лицевое предлежание
1490. Клиника кровотечений, обусловленных разрывом мягких тканей родовых путей:
1. +Струйное кровотечение сразу после рождения плода

2. Кровотечение в 1 периоде родов
  3. Кровотечение после отделения плаценты
  4. Дряблая матка
  5. Кровотечение со сгустками
1491. Наиболее частой причиной кровотечения из половых путей в первом периоде родов является:
- 1.+ Разрыв шейки матки
  2. Дискоординация родовой деятельности
  3. Слабость родовой деятельности
  4. Разрыв влагалища
  5. Разрыв промежности
1492. Особенностью биомеханизма родов при простом плоском тазе является:
1. Сильное сгибание головки, синклитическое вставление
  2. Высокое прямое стояние стреловидного шва
  3. Умеренное сгибание головки, синклитическое вставление
  4. + Асинклитическое вставление, стреловидный шов в поперечном размере таза,
  5. Длительное поперечное стояние головки
1493. Вагинальный осмотр в родах проводится каждые:
1. 2 часа
  2. 3 часа
  - 3.+ 4 часа
  4. 5 часов
  5. 6 часов
1494. Послеродовым кровотечением при родоразрешении путем кесарева сечения считается кровопотеря:
1. Кровопотеря 300мл и более после операции кесарево сечение
  2. Кровопотеря 500мл и более после операции кесарево сечение
  3. Кровопотеря 700мл и более после операции кесарево сечение
  4. Кровопотеря 900мл и более после операции кесарево сечение
  5. +1000 мл и более.
1495. У новорожденного на 4-й день жизни на коже живота появилась полиморфная сыпь из мелких пятен и везикул.  
Ваш диагноз:
1. Псориаз
  2. Нейродермит
  3. Аллергический дерматит
  4. + Токсическая эритема
5. Везикулопустулез
1496. Какой вид акушерской патологии способствует развитию острой формы ДВС – синдрома:
1. Затяжные роды
  2. Преждевременные роды
  3. + эмболия околоплодными водами
  4. Стремительные роды
  5. Пиелонефрит беременных
1497. К патологии послеродового и раннего послеродового периодов приводят следующие этиологические факторы:
1. Экстрагенитальные заболевания матери
  2. Врожденные пороки развития плода
  3. + чрезмерное растяжение матки
  4. Острая гипоксия плода
  5. Узкий таз
1498. Вызвана бригада скорой помощи. У беременной в сроке 36 недель появились жалобы на распирающие боли внизу живота, скудные кровянистые выделения. Пульс-100 ударов в мин., АД-90/60 мм.рт.ст. Матка напряжена. Сердцебиение плода не выслушивается. Тактика врача СМП:
1. Направить в женскую консультацию
  2. Введение глюкозы 5% - 400,0 мл в/в капельно
  3. + Срочная госпитализация в род. Дом

4. Начать магниальную терапию
5. Сделать но-шпу 2,0 в/м, наблюдение, в течение получаса

1499. У роженицы с преэклампсией тяжелой степени во втором периоде родов появились жалобы на головную боль, мелькание "мушек" перед глазами. АД 180/100 мм.рт.ст., сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд. в мин., головка плода в плоскости выхода малого таза.

Врачебная тактика:

1. +Акушерские щипцы
2. Продолжить консервативное ведение родов
3. Кесарево сечение
4. Магниальная терапия
5. Управляемая нормотония

1500. Наиболее частое осложнение для плода при хронической артериальной гипертензии:

1. Развитие врожденной гипертонической болезни
2. Развитие первичной плацентарной недостаточности
3. Развитие вторичной плацентарной недостаточности
4. +Недонашивание беременности
5. Развитие врожденных пороков

1501. Укажите экстремально низкую массу новорожденного:

1. 200-299 г
2. 400-499 г
3. +500-999 г
4. 1000 - 1499 г
5. 1500-1999 г

1502. Срочные роды наступают при сроке беременности:

1. 16-21 неделя
2. 22-27 недель
3. 28-36 недель
4. + 37-41 недель
5. 42-43 недели

1503. У повторнородящей со сроком беременности 39 недель через 11 часов излились воды и начались потуги. Сердцебиение плода 140 ударов в мин., ясное, ритмичное. При вагинальном исследовании: открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет, предлежит головка.

Выберите правильный диагноз:

1. +Беременность 39 нед. II период родов.
2. Беременность 39 недель. I период родов.
3. Беременность 39 недель. III период родов.
4. Беременность 39 недель. Прелиминарный период.
5. Беременность 39 недель. Предвестники родов.

1504. У беременной при обследовании в общем анализе крови обнаружено: гемоглобин - 90 г/л.

Поставьте предварительный диагноз:

1. Мегалобластическая гиперхромная анемия
2. Метаболическая гипохромная анемия
3. +Железодифицитная гипохромная анемия
4. Гипопластическая анемия
5. Анемия тяжелой степени

1504. Согласно программе "Безопасного материнства" швы на промежности:

1. Обрабатываются каждые 2 часа
2. Обрабатываются 1 раз в сутки
3. Обрабатываются 2 раза в сутки
4. Обрабатываются 1 раз в неделю

5. +не обрабатываются

505. Активное ведение третьего периода родов предполагает после рождения ребенка введение окситоцина 10 ЕД внутримышечно на:

1. +Первой минуте
2. Третьей минуте

- 3.Пятой минуте
- 4.Десятой минуте
- 5.Пятнадцатой минуте

1506. Роженица в сроке 40 недель поступила с жалобами на схватки через 4-5 минуты, по 40- 45 секунд. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 142 ударов в минуту. При влагалищном исследовании: открытие шейки матки 8 см, предлежит головка плода.

Ваш диагноз:

1. +Беременность 40 недель. I период родов, активная фаза
2. Беременность 40 недель. II период родов
3. Беременность 40 недель. Предвестники родов
4. Беременность 40 недель. Прелиминарный период
5. Беременность 40 недель. I период родов, латентная фаза

1507. Больная 24 лет, поступила на 6 день после срочных родов с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела до 38<sup>0</sup>С. АД 110/70 мм рт ст, пульс 90 ударов в 1 минуту.

Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Матка на 4 см ниже пупка, болезненная, мягковатой консистенции, лохии сукровичные, умеренные. Диагноз:

1. Сепсис
2. Септикопиемия
3. Параметрит
4. +Эндомиометрит
5. Пельвиоперитонит

1508. Больная 24 лет, поступила на 6 день после срочных родов с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела до 38<sup>0</sup>С. Выставлен диагноз послеродового эндомиометрита. Тактика врача:

1. Амбулаторно назначить антибактериальную, дезинтоксикационную терапию
2. +Госпитализация, антибактериальная, дезинтоксикационная терапия, УЗИ для исключения остатков плаценты
3. Госпитализация, антибактериальная, дезинтоксикационная терапия
4. Госпитализация, антибактериальная, дезинтоксикационная терапия с последующим выскабливанием полости матки
5. Госпитализация, антибактериальная терапия, промывание полости матки

Антисептическими растворами

1509. У роженицы через месяц после родов обнаружен пузырно-влагалищный свищ.

Какова лечебная тактика?

1. +Наблюдение
2. Мазевые тампоны
3. Физиолечение
4. Антибактериальная терапия
5. Экстренное устранение свища

1510. У роженицы через месяц после родов обнаружен пузырно-влагалищный свищ.

Через какое время после родов показана реконструктивно-пластическая операция?

1. 2 месяца
2. 4 месяца
3. +6 месяцев
4. 8 месяцев
5. 10 месяцев

1511. Какие формы свищей наиболее часто встречаются после родов?

1. +Пузырно-влагалищные
2. Шеечно-влагалищные
3. Уретро-влагалищные
4. Мочеточниково-влагалищные
5. Кишечно-влагалищные

1512. Описание "родильной горячки" связано с именем:

1. Н.М. Максимовича-Амбодика

- 2.+И.Ф. Земмельвейса
  - 3.Д.О. Отта
  - 4.Н.Н. Феноменова
  - 5.Л.А. Гусакова
1513. По классификации Сазонова – Бартельса к первому этапу распространения послеродовой гнойно-септической инфекции относится:
- 1.+Эндометрит
  - 2.Септический шок
  - 3.Пельвиоперитонит
  - 4.Перитонит
  - 5.Сепсис
1514. По классификации Сазонова – Бартельса ко второму этапу распространения послеродовой гнойно-септической инфекции относится:
- 1. Эндометрит
  - 2. + Пельвиоперитонит
  - 3. Послеродовая язва
  - 4. Перитонит
  - 5. Сепсис
1515. По классификации Сазонова – Бартельса к третьему этапу распространения послеродовой гнойно-септической инфекции относится:
- 1.Эндометрит
  - 2.Пельвиоперитонит
  - 3.Послеродовая язва
  - 4.+Перитонит
  - 5.Сепсис
1516. По классификации Сазонова – Бартельса к четвертому этапу распространения послеродовой гнойно-септической инфекции относится:
- 1.Эндометрит
  - 2.Пельвиоперитонит
  - 3.Послеродовая язва
  - 4.Перитонит
  - 5.+Сепсис
1517. Высота стояния дна матки на 3-ий день после срочных родов:
- 1.На уровне пупка
  - 2.На 1см ниже пупка
  - 3.На 2 см ниже пупка
  - 4.+На 3 см ниже пупка
  - 5.На 4 см ниже пупка
1518. Высота стояния дна матки на 1-ые сутки после срочных родов:
- 1.+ На уровне пупка
  - 2. На 1см ниже пупка
  - 3. На 2 см ниже пупка
  - 4. На 3 см ниже пупка
  - 5. На 4 см ниже пупка
1519. Грудное вскармливание противопоказано при:
- 1. Гепатите А у матери
  - 2. Серозном мастите
  - 3. +Галактоземии у ребенка
  - 4. Синдроме Дауна
  - 5. Гемолитической болезни новорожденного
1520. Грудное вскармливание НЕ предполагает:
- 1. Первого прикладывания к груди в родильном зале
  - 2. Кормления грудью по первому требованию
  - 3. +Ночного перерыва более 6 часов
  - 4. Исключения любых молочных смесей
  - 5. Исключения приема воды



1521. У доношенного новорожденного через 1 минуту после рождения частота дыхания 40-50 в 1 минуту, частота сердечных сокращений 120 в 1 минуту, кожные покровы цианотичные, мышечный тонус снижен, рефлексы снижены. Оцените состояние новорожденного по шкале Апгар:

1. 4 балла
2. 5 баллов
3. +6 баллов
4. 7 баллов
5. 8 баллов

1522. У доношенного новорожденного через 5 минут после рождения частота дыхания 60 в 1 минуту, частота сердечных сокращений 120 в 1 минуту, кожные покровы розовые, мышечный тонус и рефлексы выражены. Оцените состояние новорожденного по шкале Апгар:

- 1.2 балла
- 2.4 балла
- 3.6 баллов
- 4.8 баллов
- 5.+10 баллов

1523. Асфиксия новорожденного тяжелой степени выставляется при оценке по шкале Апгар на:

- 1.+3 балла и менее
- 2.4 балла и менее
- 3.5 баллов и менее
- 4.6 баллов и менее

1524. Асфиксия новорожденного средней степени выставляется при оценке по шкале Апгар на:

- 1.0 баллов
- 2.1-3 балла
- 3.+4-6 балла
- 4.7-8 баллов
5. 9-10 баллов

1525. Профилактика неонатальной инфекции НЕ предполагает?

1. Отказ от инвазивных процедур
2. Соблюдение гигиенических норм во время родов
3. Частое мытье рук в послеродовом отделении
4. Обеспечение ребенка индивидуальной кроваткой
5. +Изоляцию новорожденного от матери в первые часы после рождения

1526. Для раннего послеродового периода НЕ характерно:

1. Отслоение децидуальной ткани
2. Эпителизация плацентарной площадки
3. Регенерация эндометрии
4. Прлиферация эндометрии
5. + Секреторная трансформация эндометрии

1527. На какие сутки после родов цервикальный канал полностью сформирован, наружный зев проходим для 1 см, внутренний зев закрыт:

1. 1 сутки
2. 5 сутки
3. +10 сутки
4. 15 сутки
5. 20 сутки

1528. На 3-ьи сутки после родов шейка матки пропускает:

1. +До 1 см
2. 1,5-2 см
3. 3-4 см
4. 5-6 см
5. 7-8 см

1529. Эпителизация внутренней поверхности матки после родов, за исключением плацентарной площадки, заканчивается на:

1. +10 день
2. 2-3 неделе.
3. 4-5 неделе

4. 6-8 неделе
  5. 9-10 неделе
1530. Полное восстановление эндометрия после родов заканчивается на:
1. 10 день
  2. 2-3 неделе.
  3. 4-5 неделе
  4. + 6-8 неделе
  5. 9-10 неделе
1531. Развитие акушерского перитонита чаще всего обусловлено:
1. Разрывом шейки матки
  2. + Несостоятельностью швов на матке после кесарева сечения
  3. Острой хирургической патологией брюшной полости
  4. Гематомой влагалища
  5. Разрывом промежности
1532. Лечение серозного мастита включает:
1. + Антибактериальную терапию
  2. Гормонотерапию
  3. Мочегонные препараты
  4. Хирургическое лечение
  5. Подавление лактации
1533. Лечение гнойного мастита включает:
1. Физиолечение
  2. Гормонотерапию
  3. Мочегонные препараты
  4. + Хирургическое лечение
  5. Стимуляцию лактации
1534. Наиболее частой формой послеродовой гнойно-септической инфекции является:
1. Мастит
  2. Тромбофлебит
  3. +Эндометрит
  4. Септический шок
  5. Перитонит
1535. Для послеродового мастита НЕ характерно:
1. Повышение температуры тела
  2. Нагрубание молочных желез
  3. Ограниченный инфильтрат
  4. + Свободное отделение молока
  5. Гиперемия кожи в области инфильтрата
1536. К инфекционным заболеваниям новорожденных НЕ относится:
1. Везикулопустулез
  2. Пузырчатка
  3. Псевдофурункулез
  4. Стрептодермия
  5. +Токсическая эритема
1537. К предрасполагающим факторам развития сепсиса новорожденных НЕ относится:
1. Вирусная инфекция
  2. Асфиксия
  3. +Макросомия
  4. Искусственное вскармливание
  5. Низкий вес при рождении
1538. Участковый врач установил у новорожденного некротическую форму флегмоны правого плеча. Тактика врача:
1. +В экстренном порядке направить ребенка в хирургическое отделение
  2. Обработать 3% раствором бриллиантового зеленого

3. Наблюдение в условиях дневного стационара
  4. Консультация дерматолога
  5. Консультация аллерголога
1539. Длительность диспансерного наблюдения детей, перенесших неонатальный сепсис:
1. 1 месяц
  2. 6 месяцев
  3. 12 месяцев
  4. +3 года
  5. 5 лет
1540. Наиболее частой причиной, препятствующей установлению самостоятельного дыхания у новорожденного в первые минуты жизни, является:
1. Родовая травма
  2. Незрелость
  3. +Обструкция верхних дыхательных путей
  4. Врожденное сужение гортани
  5. Внутриутробная инфекция
1541. В состав хирургической ножки опухоли яичника входят:
1. Круглая связка матки, собственная связка яичника, воронко-тазовая связка
  2. Воронко-тазовая связка, собственная связка яичника, мезовариум
  3. Крестцово-маточная связка, маточная труба, воронко-тазовая связка
  4. +Маточная труба, собственная связка яичника, мезовариум, воронко-тазовая связка
  5. Мезовариум, маточная труба, собственная связка яичника
1. Больная 29 лет, жалуется на боли внизу живота, тошноту, рвоту, вздутие живота, задержку газов и стула. В анамнезе киста яичника. Объективно: кожные покровы бледные, язык сухой, температуры тела 38,0С, АД 110/70 мм рт ст, пульс 96 ударов в минуту, живот напряжен, вздут, болезнен, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Вагинально: матка нормальной величины, справа от нее пальпируется образование 5\*5 см, ограниченное в подвижности, болезненное. Ваш диагноз:
1. Некроз миоматозного узла
  2. Тубоовариальное образование
  3. +Перекрут ножки опухоли яичника
  4. Разрыв кисты яичника
  5. Острый аппендицит
1542. У больной 29 лет диагностирован перекрут ножки опухоли правого яичника. Объем оперативного вмешательства:
1. Удаление яичника справа
  2. Вылущивание кисты яичника
  3. Аспирация содержимого кисты яичника
  4. Резекция яичника
  5. +Удаление придатков матки справа
1543. При макроскопическом исследовании удаленной опухоли яичника на внутренней поверхности капсулы образования обнаружены сосочковые разрастания. Ваш диагноз:
1. Фиброма яичника
  2. Дермоидная киста
  3. +Папиллярная киста
  4. Простая киста
  5. Киста яичника
1544. Больной 28 лет произведена лапароскопия по поводу внутрибрюшного кровотечения, выявлен разрыв кисты желтого тела справа. Объем хирургического вмешательства:
1. +Резекция правого яичника
  2. Цистэктомия справа
  3. Овариоэктомия справа
  4. Аднексэктомия справа
  5. Дренирование брюшной полости
1545. Больная с симптомами внутрибрюшного кровотечения поступила в отделение экстренной гинекологии. Задержка менструации на 2 дня. Выставлен диагноз: Внематочная беременность. Тактика врача:

- 1.Динамическое наблюдение
  - 2.Пункция брюшной полости через задний свод влагалища
  - 3.+Срочная лапаротомия
  - 4.Срочная лапароскопия
  - 5.Выскабливание полости матки
- 1546.При лапароскопии обнаружена киста правого яичника размером 4,0\*5,0 см. Ваша тактика:
- 1.+Цистэктомия справа
  - 2.Овариолизис
  - 3.Аспирация содержимого кисты яичника
  - 4.Резекция яичника
  - 5.Удаление придатков матки справа
- 1547 . Наиболее информативным дополнительным методом диагностики новообразований органов малого таза является:
- 1.Метросальпингография
  - 2.+Ультразвуковое исследование
  - 3.Гистероскопия
  4. Лапароскопия
  - 5.Зондирование полости матки
1548. При лапароскопии, произведенной по поводу апоплексии яичника, обнаружен кровотокающий участок в правом яичнике. Ваша тактика:
- 1.Конверсия, лапаротомия, ушивание яичника
  - 2.+Коагуляция кровотокающего участка яичника
  - 3.Резекция яичника
  - 4.Аднексэктомия
  - 5.Овариэктомия
- 1549.Больная 60 лет, отмечает кровянистые выделения из половых путей на фоне менопаузы 7 лет. Объективно: повышенного питания. PV: шейка и тело матки не изменены, придатки не определяются, в малом тазу инфильтратов нет. Ваш предварительный диагноз?
- 1.Эрозия шейки матки
  - 2.Рак шейки матки
  - 3.Полип цервикального канала
  - 4.+Рак тела матки
  - 5.Фибромиома
1550. У больной 60 лет, появились кровянистые выделения из половых путей на фоне менопаузы 7 лет. Выставлен предварительный диагноз: рак тела матки?Тактика врача:
- 1.Биопсия шейки матки с гистологическим исследованием
  - 2.+Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки с гистологическим исследованием
  3. Гемостатическая, утеротоническая терапия
  4. Химиотерапия, сочетанная лучевая терапия
  - 5.Экстирпация матки с придатками с гистологическим исследованием
1551. Пациентке с дисфункциональным маточным кровотечением в репродуктивном возрасте показано:
- 1.Гормональный гемостаз
  - 2.Гемостатическая терапия
  - 3.Циклическая витаминотерапия
  - 4.Утеротоническая терапия
  - 5.+Диагностическое выскабливание полости матки
1552. У пациентки 15-ти лет на фоне задержки менструации на 3 месяца появились кровянистые выделения из половых путей, продолжающиеся в течение 10 дней. Половую жизнь отрицает. При ректо-абдоминальном исследовании патологии не выявлено. Ваш предварительный диагноз:
- 1.Опухоль яичника
  - 2.Прервавшаяся внематочная беременность
  - 3.Фибромиома матки, кровотечение
  - 4.+Ювенильное дисфункциональное маточное кровотечение
  - 5.Самопроизвольный ранний выкидыш
1553. Пациентка 50 лет, в течение года отмечает нарушение менструального цикла в виде задержек менструации на 2-3 месяца. Две недели назад появились кровянистые выделения из половых путей и продолжаются. Гинекологический статус: шейка матки чистая, матка и придатки без особенностей, инфильтратов в малом тазу нет.Ваш предварительный диагноз:

- 1.Эндометриоз тела матки
  - 2.+Дисфункциональное маточное кровотечение
  - 3.Фибромиома матки, кровотечение
  - 4.Рак тела матки
  - 5.Рак шейки матки
1554. Пациентка 50 лет, в течение года отмечает нарушение менструального цикла в виде задержек менструации на 2-3 месяца. Две недели назад появились кровянистые выделения из половых путей и продолжаются. Выставлен предварительный диагноз –климактерическое дисфункциональное маточное кровотечение Тактика врача:
- 1.Биопсия шейки матки с гистологическим исследованием
  - 2.+Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки с гистологическим исследованием
  - 3.Гемостатическая, утеротоническая терапия
  - 4.Ампутация матки с придатками с гистологическим исследованием
  - 5.Экстирпация матки с придатками с гистологическим исследованием
1555. Одним из симптомов субмукозной миомы является:
1. +Гиперполименорея
  2. Аменорея
  3. Диспареуния
  4. Контактные кровянистые выделения
  - 5.Обильные бели
- 1556.Одним из показаний для экстренного хирургического лечения миомы матки является:
- 1.Симптомная миома
  2. +Некроз миоматозного узла
  3. Величина матки более 12-недель беременности
  4. Рост миомы у больной в постменопаузальном периоде
  5. Нарушение функции соседних органов
1557. К малым формам эндометриоза относятся:
1. Аденомиоз
  2. Эндометриоз шейки матки
  3. +Гетеротопии брюшины малого таза
  4. Околоручный эндометриоз
  - 5.Эндометриоз яичников
1558. К внутреннему эндометриозу относятся:
1. Эндометриоз брюшины, ампулярных и истмических отделов маточных труб
  2. Эндометриоз кишечника, мочеточников
  - 3.+ Аденомиоз, эндометриоз интерстициальных отделов маточных труб
  4. Эндометриоз шейки матки, ретроцервикальный эндометриоз
  5. Эндометриоз яичников
1559. К экстрагенитальному эндометриозу относятся:
1. Эндометриоз ампулярных и истмических отделов маточных труб
  2. +Эндометриоз кишечника, пупка
  3. Аденомиоз, эндометриоз интерстициальных отделов маточных труб
  4. Эндометриоз шейки матки, ретроцервикальный эндометриоз
  5. Эндометриоз яичников
1560. Наиболее информативным методом диагностики эндометриоза тела матки является:
- 1.Ультразвуковое исследование
  - 2.+Гистероскопия
  - 3.Лапароскопия
  - 4.Кульдоскопия
  - 5.Кольпоскопия
- 1561.«Золотым» стандартом диагностики эндометриоза органов брюшной полости является:
- 1.Ультразвуковое исследование
  - 2.Гистероскопия
  - 3.+ Лапароскопия

- 4.Кульдоскопия
  - 5.Кольпоскопия
1562. К фоновым заболеваниям шейки матки относятся:
- 1.+Псевдоэрозия, эритроплакия
  - 2.Дисплазия, лейкоплакия
  - 3.Дисплазия, эрозия
  - 4.С-г in situ
  - 5.Рак шейки матки
- 1563 . Наиболее информативным методом диагностики эндометриоза шейки матки:
- 1.+Кольпоскопия
  - 2.Цервикогрфия
  - 3.Ультразвуковое исследование
  - 4.Лапароскопия
  - 5.Кульдоскопия
1564. На какой день менструального цикла проводят гистероскопию для подтверждения эндометриоза тела матки:
- 1.+7-8
  2. 9-10
  - 3.11-12
  - 4.14-15
  - 5.16-17
1565. При обильном кровотечении у больной с раком шейки матки показано:
- 1.Раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала
  - 2.+Тугая тампонада влагалища
  - 3.Экстирпация матки с придатками
  - 4.Диатермоэлектроэксцизия шейки матки
  - 5.Лапаротомия, перевязка внутренних подвздошных артерий
1566. Пациентке 30-ти лет по поводу рецидивирующей эрозии шейки матки после кольпоскопии произведена прицельная биопсия на границе здоровой и патологической ткани. Гистологическое заключение: дисплазия тяжелой степени.
- Лечебная тактика:
- 1.Экстирпация матки без придатков
  - 2.Диатермокоагуляция шейки матки
  - 3.Сочетанная лучевая терапия
  - 4.Химиотерапия
  - 5.+ Электроэксцизия шейки матки
1567. Больная 37 лет, доставлена в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота, слабость, повышение температуры тела, вздутие живота. В анамнезе: отказ от оперативного лечения опухоли яичника. Объективно: температура тела 37,8°С, язык сухой, АД 90/60 мм рт ст, пульс 90 уд в 1 минуту, живот вздут, болезненный. Вагинально: матка нормальной величины, справа определяется образование 15х12 см, туго эластичной консистенции, с гладкой поверхностью, ограниченное в подвижности, болезненное. При ультразвуковом исследовании: правый яичник превращен в образование размером 12\*15 см с жидкостным содержимым, с перегородками. Предварительный диагноз:
- 1.Перекрут ножки кисты яичника
  - 2.Перфорация tuboовариального образования
  - 3.Перекрут ножки подбрюшинного миоматозного узла
  - 4.Прервавшаяся внематочная беременность
  - 5.+Перекрут ножки кистомы
- 1568.У больной 37 лет диагностирован перекрут ножки кистомы справа. Объем оперативного вмешательства:
1. Удаление яичника справа
  2. Вылущивание кистомы
  3. Аспирация содержимого кистомы
  4. Резекция яичника
  5. +Удаление придатков матки справа
1569. У пациентки 43 лет диагностирована миома шейки матки размером 4\*5 см.
- Укажите объем оперативного вмешательства:
1. Надвлагалищная ампутация матки

2. Консервативная миомэктомия
3. Гистерорезектоскопия
4. +Экстирпация матки
5. Электроконизация шейки матки

1570. Больная 39 лет доставлена с жалобами на кровянистые выделения из половых путей в течение 10-ти дней. В течение последнего года отмечает обильные и длительные месячные. Последняя менструация пришла в срок. Гинекологический статус: шейка матки чистая, наружный зев щелевидный, закрыт, матка увеличена до 9 недель беременности, подвижная, плотная, бугристая, безболезненная, придатки матки без особенностей.

Ваш диагноз:

1. Дисфункциональное маточное кровотечение
2. Аденомиоз
3. Неполный самопроизвольный выкидыш
4. +Миома матки
5. Киста яичника

1571. Больная 39 лет доставлена с жалобами на кровянистые выделения из половых путей в течение 10-ти дней. Выставлен предварительный диагноз: миома матки, кровотечение.

Лечебная тактика:

1. Надвлагалищная ампутация матки
2. Консервативная миомэктомия
3. + Диагностическое выскабливание полости матки
4. Экстирпация матки
5. Электроконизация шейки матки

1572. Больная 39 лет доставлена с жалобами на кровянистые выделения из половых путей в течение 10-ти дней. Выставлен предварительный диагноз: миома матки, кровотечение. При диагностическом выскабливании полости матки обнаружен симптом «соскальзывания».

Ваш диагноз:

1. Перегородка в полости матки
2. Полип цервикального канала
3. Субсерозная миома
4. Интерстициальная миома
5. + Субмукозная миома

1573. Для субмукозной миомы матки характерен рост узла в

1. Забрюшинное пространство
2. Миометрий
3. Брюшную полость
4. +Полость матки
5. Интралигаментарное пространство

1574. Для субсерозной миомы матки характерен рост узла в:

1. Забрюшинное пространство
2. Миометрий
3. + Брюшную полость
4. Полость матки
5. Интралигаментарное пространство

1575. Для интерстициальной миомы матки характерен рост узла в:

1. Забрюшинное пространство
2. +Миометрий
3. Брюшную полость
4. Полость матки
5. Интралигаментарное пространство

1576. Для интралигаментарной миомы матки характерен рост узла в:

1. Забрюшинное пространство
2. Миометрий
3. Брюшную полость
4. Полость матки
5. +Пространство между листками широкой связки

1577. Больная 40 лет доставлена с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные кровянистые выделения из половых путей, начавшиеся в срок ожидаемой менструации. Из анамнеза: состоит на диспансерном учете по поводу миомы матки, в течение года – гиперполименорея. Кожные покровы бледные, АД 120/80 мм рт ст, пульс 90 уд/мин. На зеркалах: шейка матки укорочена, из цервикального канала свисает округлое образование диаметром 4 см. Вагинально: матка увеличена до 6 недель беременности, подвижная, плотная, безболезненная, придатки не определяются. Ваш диагноз:

1. Полип цервикального канала
2. Рак шейки матки
3. +родившийся субмукозный узел
4. Шеечная миома
5. Аборт в ходу

1578. Больная 40 лет доставлена с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные кровянистые выделения из половых путей, начавшиеся в срок ожидаемой менструации. Из анамнеза: состоит на диспансерном учете по поводу миомы матки, в течение года – гиперполименорея.

Диагностирован родившийся субмукозный узел диаметром 4 см. Лечебная тактика:

1. Надвлагалищная ампутация матки
2. + откручивание субмукозного узла
3. Диагностическое выскабливание полости матки
4. Экстирпация матки
5. Электроконизация шейки матки

1579. При внематочной беременности характерными изменениями в эндометрии являются:

1. Атрофия
2. Пролиферация
3. Железисто-кистозная гиперплазия
4. +децидуальная трансформация
5. Ворсины хориона

1580. Для трубной беременности при гистологическом исследовании маточной трубы типичным является выявление:

1. Атрофии
2. Пролиферации
3. Железисто-кистозной гиперплазии
4. Децидуальной трансформации
5. +Ворсин хориона

1581. Одним из методов диагностики внематочной беременности является:

1. Раздельное диагностическое выскабливание полости матки
2. + Пункция брюшной полости через задний свод влагалища
3. Кольпоскопия
4. Гистероскопия
5. Прицельная биопсия

1582. Пациентка, 29 лет, отмечает повышение температуры, боли внизу живота на 8-е сутки после медицинского аборта. Объективно: температура 38,2 0С, пульс 96 ударов в минуту, язык влажный, обложен беловатым налетом, живот мягкий, болезненный при пальпации в нижних отделах, симптомов раздражения брюшины нет. На зеркалах: из цервикального канала обильные гнойные бели. Вагинально: наружный зев шейки матки закрыт, тело матки больше нормы, мягкой консистенции, болезненное при пальпации и смещении, придатки не определяются, своды глубокие.

Ваш диагноз?

1. +Метроэндометрит
2. Эндоцервицит
3. Сальпингоофорит
4. Параметрит
5. Пельвиоперитонит

1583. Пациентка, 23 лет, отмечает обильные бели, зуд, жжение в области промежности после незащищенного полового акта. Температура тела 36,5, 0С, пульс 76 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт. Ст. На зеркалах: слизистая влагалища резко гиперемирована, выделения обильные, желтовато-зеленого цвета, пенящиеся. Вагинально: матка и придатки без особенностей.

Ваш предварительный диагноз:

1. +Кольпит
2. Пельвиоперитонит
3. Сальпингоофорит
4. Эндометрит



#### 5. Эндцервицит

1584. Пациентка, 23 лет, отмечает обильные бели, зуд, жжение в области промежности после незащищенного полового акта. На зеркалах: слизистая вла-галища резко гиперемирована, выделения обильные, желтовато-зеленого цвета, пенящиеся. Выставлен предварительный диагноз: трихомонадный кольпит. Для выяснения этиологии воспаления необходимо следующее исследование:

1. +Бактериоскопическое
2. Бактериологическое
3. Цитологическое
4. Иммунологическое
5. Гистологическое

1585. Пациентка, 23 лет, отмечает обильные крошковидные бели, зуд, жжение в области промежности после антибиотикотерапии. На зеркалах: слизистая вла-галища гиперемирована, выделения обильные, крошковидные, белого цвета. Выставлен предварительный диагноз: дрожжевой кольпит. Для выяснения этиологии воспаления необходимо следующее исследование:

1. +Бактериоскопическое
2. Бактериологическое
3. Цитологическое
4. Иммунологическое
5. Гистологическое

1586. Пациентка, 23 лет, отмечает обильные бели, зуд, жжение в области промежности. На зеркалах: слизистая вла-галища гиперемирована, выделения обильные, желтого цвета. Выставлен предварительный диагноз: неспецифический кольпит. Для уточнения этиологии воспаления необходимо следующее исследование:

1. +Бактериоскопическое
2. Кольпоскопия
3. Цитологическое
4. Иммунологическое
5. Гистологическое

1587. Пациентка, 47 лет, поступила с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей после 3-х месячной задержки менструации. На зеркалах: шейка матки чистая, выделения кровянистые. Гинекологический осмотр и УЗИ патологии половых органов не выявили. Диагноз:

1. + Дисфункциональное маточное кровотечение климактерического периода
2. Субмукозная миома матки
3. Начавшийся самопроизвольный выкидыш
4. Аденомиоз
5. Дисфункциональное маточное кровотечение репродуктивного периода

1588. Пациентка, 29 лет, с первичным бесплодием отмечает задержку менструации на 4 недели. Вагинально: наружный зев шейки матки закрыт, тело матки несколько увеличено, мягковатое, справа от матки пальпируется мягковатое образование, безболезненное, своды свободные, безболезненные, выделения слизистые. Ваш предварительный диагноз:

1. +Прервавшаяся внематочная беременность по типу трубного аборта
2. Дисфункциональное маточное кровотечение репродуктивного периода
3. Прервавшаяся внематочная беременность по типу разрыва трубы
4. Сальпингофорит
5. Ранний самопроизвольный аборт

1589. Пациентка, 51 года, на фоне отсутствия менструаций в течение 10 месяцев отмечает «приливы», чувство жара более 10 раз в сутки, потливость, сердцебиение, раздражительность, нервозность, нарушение сна, потерю работоспособности. Ваш диагноз?

1. +Климактерический синдром
2. Предменструальный синдром
3. Посткастрационный синдром
4. Метаболический синдром
5. Аденогенитальный синдром

1590. Пациентка, 29 лет, отмечает повышение температуры, боли внизу живота, общую слабость.

Заболела на 5-ый день менструального цикла. Объективно: температура 38,2<sup>0</sup>С,

Пульс 88 ударов в минуту, язык влажный, живот мягкий, болезненный при пальпации

В нижних отделах, симптомов раздражения брюшины нет. На зеркалах: из цервикального канала

Обильные гнойные бели. Вагинально: наружный зев шейки матки закрыт,

Тело матки нормальной величины, болезненное при пальпации, придатки не

Определяются. Диагноз:

1. +Метроэндометрит
2. Эндоцервицит
3. Сальпингоофорит
4. Параметрит
5. Пельвиоперитонит

1591. Пациентка, 29 лет, зуд и жжение в области наружных половых органов, гнойные бели  
Температура тела 36,5<sup>0</sup>С, пульс 76 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт ст. На зеркалах:  
Слизистая влагалища резко гиперемирована, выделения гнойные обильные, пенящиеся.  
Вагинально: матка и придатки без особенностей. Ваш предварительный диагноз:

- 1.+Кольпит
- 2.Пельвиоперитонит
- 3.Сальпингоофорит
- 4.Эндометрит
- 5.Эндоцервицит

1592. Пациентка, 25 лет, отмечает обильные бели, зуд, жжение в области промежности после незащищенного полового акта. На зеркалах: слизистая влагалища резко гиперемирована, выделения обильные, желтовато-зеленого цвета, пенящиеся. Выставлен предварительный диагноз: Трихомонадный кольпит. Для выяснения этиологии воспаления необходимо

Следующее исследование:

1. +Бактериоскопическое
2. Бактериологическое
3. Цитологическое
4. Иммунологическое
5. Гистологическое

1593. Пациентка, 25 лет, отмечает обильные бели, зуд, жжение в области наружных половых органов. В настоящее время получает антибиотикотерапию. Выставлен диагноз:

Кандидозный вульвовагинит. Тактика врача:

- 1.+Антимикотические препараты, нормализация биоциноза во влагалище
- 2.Метронидазол, нормализация биоциноза во влагалище
- 3.Нормализация биоциноза во влагалище
- 4.Влагалищные ванночки с раствором перманганата калия
- 5.Спринцевания влагалища раствором перманганата калия

1594. Пациентка, 23 лет, отмечает обильные бели, зуд, жжение в области промежности. Выставлен диагноз: Трихомонадный кольпит. Тактика врача:

- 1.Антимикотические препараты, нормализация биоциноза во влагалище
- 2.+Метронидазол, нормализация биоциноза во влагалище
3. Нормализация биоциноза во влагалище
- 4.Влагалищные ванночки с раствором перманганата калия
- 5.Спринцевания влагалища раствором перманганата калия

1595. Пациентка, 48 лет, поступила с жалобами на кровянистые выделения из половых путей в течение 10-ти дней после 2-х месячной задержки менструации. На зеркалах: шейка матки чистая, выделения кровянистые. Вагинально: со стороны внутренних половых органов отклонений нет. Ваш диагноз?

- 1+.Дисфункциональное маточное кровотечение климактерического периода
- 2.Субмукозная миома матки
- 3.Начавшийся самопроизвольный выкидыш
- 4.Аденомиоз
- 5.Дисфункциональное маточное кровотечение репродуктивного периода

1596. Пациентка, 29 лет, с первичным бесплодием отмечает задержку менструации на 4 недели. Вагинально: наружный зев шейки матки закрыт, тело матки несколько увеличено, мягковатое, справа от матки пальпируется мягковатое образование, безболезненное, своды свободные, безболезненные, выделения слизистые. Ваш предварительный диагноз:

- 1.+Прогрессирующая внематочная беременность
- 2.Дисфункциональное маточное кровотечение репродуктивного периода
- 3.Прервавшаяся внематочной беременности по типу разрыва трубы

4. Сальпингоофорит  
5. Ранний самопроизвольный аборт
1597. Пациентка, 49 лет, на фоне отсутствия менструаций в течение 8 месяцев отмечает "приливы", чувство жара более 20 раз в сутки, потливость, сердцебиение, раздражительность, нервозность, нарушение сна, потерю работоспособности. Ваш диагноз?
1. +Климактерический синдром.
  2. Предменструальный синдром
  3. Посткастрационный синдром
  4. Метаболический синдром
  5. Адреногенитальный синдром
1598. Пациентка, 29 лет, после произведенного медицинского аборта отмечает накануне менструации раздражительность, нервозность, нарушение сна, потерю работоспособности. Ваш диагноз?
1. Климактерический синдром.
  2. +Предменструальный синдром
  3. Посткастрационный синдром
  4. Метаболический синдром
  5. Адреногенитальный синдром
1599. Пациентка, 41 года, после гистерэктомии с придатками отмечает "приливы", чувство жара более 20 раз в сутки, потливость, сердцебиение, раздражительность, нервозность, нарушение сна, потерю работоспособности. Ваш диагноз?
1. Климактерический синдром.
  2. Предменструальный синдром
  3. +Посткастрационный синдром
  4. Метаболический синдром
  5. Адреногенитальный синдром
1600. Пациентка, 34 лет, отмечает боли внизу живота в течение последнего года, усиливающиеся накануне и во время менструации. На зеркалах: шейка матки чистая. Вагинально: матка и правые придатки без особенностей, слева и сзади от матки определяется образование 5,0\*5,5 см в диаметре, тугоэластической консистенции, спаянное с окружающими тканями, болезненное при пальпации, своды свободные. Ваш предварительный диагноз?
1. +Эндометриоидная киста левого яичника.
  2. Аденомиоз
  3. Дермоидная киста левого яичника
  4. Субмукозная миома матки
  5. Внематочная беременность слева
1601. Пациентка, 22 лет, отмечает боли внизу живота в течение 6 месяцев. Вагинально: матка и левые придатки без особенностей. Справа от матки определяется подвижное образование величиной 6\*7 см, неоднородной плотной консистенции, с неровной поверхностью, чувствительное. При ультразвуковом исследовании: в правом яичнике образование величиной 6,2\*7,5 см с акустической тенью, гиперэхогенными включениями. Ваш предварительный диагноз?
1. +Дермоидная киста правого яичника
  2. Фолликулярная киста правого яичника
  3. Эндометриоидная киста правого яичника
  4. Субмукозная миома матки
  5. Трубная беременность
1602. Пациентка, 57 лет, в менопаузу 7 лет, отмечает сухость и жжение во влагалище, боли при половом акте, учащенное мочеиспускание. На зеркалах: сухость и гиперемия слизистой влагалища и шейки матки. Вагинально: матка и придатки без особенностей. Ваш предварительный диагноз?
1. Вульвовагинит
  2. Метроэндометрит
  3. +Сенильный кольпит
  4. Бактериальный вагиноз
  5. Цервицит
1603. При медицинском abortе в сроке 10-11 недель маточным зондом произведена перфорация матки. Тактика врача:
1. Продолжить выскабливание матки под ультразвуковым контролем
  2. Лапаротомия, надвлагалищная ампутация матки без придатков, дренирование брюшной полости
  3. Наблюдение в динамике, пролонгирование беременности

4. Антибактериальная терапия, повторное выскабливание матки под ультразвуковым контролем через 1 неделю ревизия органов малого таза, кишечника, ушивание перфорационного отверстия
5. +Лапаротомия, выскабливание матки через перфорационного отверстие, ревизия органов малого таза, кишечника, ушивание перфорационного от-верстия
1604. В какой период менструального цикла должна проводиться плановая гинекологическая операция:
1. В дни менструации
  2. +Фолликулиновую фазу
  3. Лютеиновую фазу
  4. Во время овуляции
  5. На протяжении всего менструального цикла
1605. При экстирпации матки с придатками НЕ пересекаются:
1. Воронко-тазовые связки
  2. Круглые связки
  3. Крестцово-маточные связки
  4. Кардинальные связки
  5. +Маточные концы труб
1606. Пациентке, состоящей на активном учете в психоневрологическом диспансере, предпочтителен следующий вид контрацепции:
1. +Хирургическая стерилизация
  2. Гормональная контрацепция
  3. Внутриматочная контрацепция
  4. Постинор
  5. Презерватив
1607. Женщине 29 лет, соматически здоровой, имеющей в анамнезе 1 роды, 1 внематочную беременность, предпочтительна:
1. Хирургическая стерилизация
  2. +Гормональная контрацепция
  3. Внутриматочная контрацепция
  4. Постинор
  5. Презерватив
1608. При обследовании бесплодной пары в первую очередь показано исследование:
1. Гистеросальпингография
  2. Кольпоцитологии
  3. Базальной температуры
  4. Эндометрия
  5. + Эякулята
1609. У девочек в раннем возрасте (от 2 до 8 лет) наиболее часто встречается следующая гинекологическая патология:
1. Опухоли яичников
  2. Дисфункциональные кровотечения
  3. Врожденные аномалии
  4. +Вульвовагинит
  5. Сальпингоофорит
1610. У пациентки 30 лет во время лапароскопии обнаружен двусторонний пиосальпинкс. Объем оперативного вмешательства?
1. Надвлагалищная ампутация матки с придатками
  2. Экстирпация матки с придатками
  3. Надвлагалищная ампутация матки с трубами
  4. +Удаление обеих маточных труб
  5. Удаление обоих придатков
1611. Наиболее часто встречающееся осложнение при использовании внутриматочной системы:
1. Истмико-цервикальная недостаточность
  2. Внематочная беременность
  3. Привычный выкидыш
  4. +Воспалительные заболевания органов малого таза
  5. Тромбоз вен таза

1612.К возбудителям специфических воспалительных заболеваний женских половых органов относится:

1. Стафилококк
2. Кишечная палочка
3. +Гонококк
4. Гарднерелла
5. Анаэробы

1613.Лечение больных с хронической гонореей НЕ включает:

1. Терапию гоновакциной
2. Пирогенал
3. +санаторно-курортное лечение
4. Влагалищные ванночки с 3-5% раствором протаргола
5. Инстилляций в уретру 0,5-1% раствора азотно-кислого серебра

1614..Критерий излеченности больных гонореей устанавливается после лечения в течение:

1. Одного месяца
2. Двух месяцев
3. +Трех месяцев
4. Четырех месяцев
- 5.Пяти месяцев

1615.При сформировавшемся гнойном воспалительном образовании придатков матки показано:

- 1.Пункция образования через задний влагалищный свод,
- 2.Лимфогенное введение антибиотиков
- 3.+Хирургическое лечение
- 4.Терапия пирогеналом
- 5.Терапия гоновакциной

1616.При обострении хронического сальпингоофорита по типу невралгии тазовых нервов НЕ эффективно использование:

- 1.+Антибиотикотерапии
- 2.Электрофореза с амидопирином
- 3.Диадинамических токов
- 4.Ультрафиолетовой эритемотерапии
- 5.Амплипульсотерапии

1617. При лечении пациентов с хламидийной инфекцией вне беременности наименее эффективно использование:

- 1.+Доксициклина
- 2.Эритромицина
- 3.Джозамицина
- 4.Ампициллина
- 5.Тетрациклина

1618. Больная 32 лет, жалуется на боли внизу живота, тошноту, рвоту, вздутие живота, задержку газов и стула. В анамнезе киста яичника в течение 1,5 лет. Объективно: кожные покровы бледные, язык сухой, температуры тела 37,80С, АД 110/60 мм рт ст, пульс 102 ударов в минуту, живот напряжен, вздут, болезнен, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Вагинально: матка нормальной величины, справа от нее пальпируется образование 4,5\*5,5см, ограниченное в подвижности, болезненное.Ваш диагноз:

- 1.Разрыв кисты яичника
- 2.Тубоовариальное образование
- 3.Некроз миоматозного узла
- 4.Острый аппендицит
- 5.+Перекрыт ножки опухоли яичника

1619.Больная 30 лет, жалуется на резкие боли внизу живота, иррадиирующие в правую ногу. В анамнезе киста правого яичника. Объективно: кожные покровы бледные, язык сухой, температуры тела 36,50С, АД 90/60 мм рт ст, пульс 96 ударов в минуту, живот напряжен, вздут, болезнен, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Вагинально: матка нормальной величины, придатки справа при пальпации резко болезненные, своды влагалища сглажены.

Ваш диагноз:

- 1.+Разрыв кисты яичника
- 2.Тубоовариальное образование
- 3.Некроз миоматозного узла

- 4. Острый аппендицит
- 5. Перекрут ножки опухоли яичника

1620. У больной 27 лет во время операции диагностирована киста правого яичника. Объем оперативного вмешательства:

- 1. Удаление придатков матки справа
- 2. Удаление яичника справа
- 3. Цистэктомия справа
- 4. Аспирация содержимого кисты яичника
- 5. Резекция яичника справа

1621. Предраком шейки матки следует считать:

- +а) дисплазия
- б) эктропион
- в) эндоцервицит
- г) истинная эрозия
- д) сенильный кольпит

1622. При подозрении на рак шейки матки, какой метод диагностики позволит наиболее точно установить диагноз?

- а) осмотр на зеркалах
- б) кольпоскопия, цитологическое исследование
- в) лимфография
- г) проба с уксусной кислотой
- + д) гистологическое

1623. Какой метод лечения показан при раке шейки матки I (б) стадии?

- а) экстирпация матки с придатками
- б) надвлагалищная ампутация матки с придатками, оментэктомия
- + в) операция Вертгейма с последующей лучевой терапией
- д) дистанционная лучевая терапия
- г) электроэксцизия шейки матки

1624. Какой основной метод лечения при раке шейки матки 3 стадии заболевания?

- а) расширенная экстирпация матки с придатками
- + б) сочетанная лучевая терапия
- в) комбинированный метод
- г) комплексный метод
- д) химиотерапия

1625. Тактика лечения при диагнозе «Ca in situ шейки матки, беременность 8-9 недель»

- а) расширенная экстирпация матки с придатками
- б) прерывание беременности и лучевая терапия
- в) прерывание беременности и экстирпация матки с придатками
- + г) прерывание беременности и широкая конизация шейки матки
- д) наблюдение

1626. При гистологическом заключении, какая форма шейки матки наиболее часто встречается?

- + а) плоскоклеточный ороговевающий
- б) плоскоклеточный неороговевающий
- в) аденоакантома
- г) аденокарцинома
- д) карциносаркома

1627. При получении гистологического результата, «carcinoma in situ» какой метод лечения Вы выберете?

- а) операция Вертгейма
- б) экстирпация матки с придатками
- в) расширенная экстирпация матки с придатками
- г) надвлагалищная ампутация матки с придатками
- + д) электроэксцизия шейки матки

1628. Отдаленными метастазами для рака шейки матки являются:

- а) метастаз Крукенберга
- + б) метастаз Вирхова, метастаз в легкие
- в) метастаз в сальник
- г) метастаз Шницлера
- д) метастаз к параметральную клетчатку

1629. Какая форма роста рака шейки матки наиболее часто встречается?

- а) язвенно-инфильтративная
- + б) экзофитная
- в) эндофитная
- г) смешанная
- д) имплантационная

1630. В этиологии рака шейки матки ведущую роль играет:

- а) наследственность
- + б) передающаяся половым путем вирусная инфекция
- в) травмы шейки матки
- г) дисфункция яичников
- д) эндокринно-обменные нарушения

1631. Скрининг-методом для выявления предрака и ранних форм рака шейки матки является:

- а) прицельная биопсия
- б) кольпоскопия
- в) осмотр в зеркалах
- + г) цитологическое исследование мазков с поверхности шейки матки и канала шейки матки
- д) анкетирование

1632. Определить объем неотложной помощи при кровотечении, обусловленном инфильтративным раком шейки матки:

- а) раздельное лечебно-диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала шейки матки
- + б) тугая тампонада влагалища
- в) чревосечение, экстирпация матки
- г) циркулярное наложение зажимов на шейку матки
- д) чревосечение, перевязка внутренней подвздошной артерии

1633. Предраком тела матки следует считать:

- а) фибромиома
- б) железисто-кистозная гиперплазия эндометрия
- в) эндометриоз
- г) полипоз эндометрия
- + д) атипическая гиперплазия эндометрия

1634. Наиболее частой гистологической формой среди злокачественных новообразований тела матки является:

- а) карциносаркома
- + б) аденокарцинома

- в) плоскоклеточный рак
- г) недифференцированный рак
- д) хориокарцинома

1635. Для рака эндометрия наиболее характерно метастазирование:

- а) лимфогенное
- б) гематогенное
- в) имплантационное
- г) смешанное
- + д) лимфогенное +гематогенное

1636. Какие гормональные препараты применяются при лечении рака тела матки:

- а) эстрогены
- +б) гестагены
- в) комбинированные эстроген- гестагенные препараты
- г) пролактин
- д) адреналин

1637. При классификации рака тела матки по системе TNM группировка символов T16 N1 M0 обозначает стадию:

- а) I б
- б) II
- +в) III
- г) IV а
- д) IIб

1638. При лечение рака эндометрия используются следующие методы лечения:

- а) хирургический
- б) хирургический + гормональный
- +в) комбинированный
- г) комплексный, включающий операцию, лучевое лечение, гормонотерапию и химиотерапию
- д) химиотерапия

1639. Решающим моментом для назначения гормонотерапии в послеоперационном периоде больным раком эндометрия является:

- а) возраст больных
- б) глубина инвазии
- +в) наличие рецепторов эстрогенов и прогестерона в опухоли
- г) сопутствующие заболевания
- д) отдаленные метастазы

1640. При лейомиосаркоме матки целесообразнее выполнить операцию в объеме:

- а) надвлагалищной ампутации матки с придатками
- б) экстирпации матки с придатками + лимфаденэктомия
- в) экстирпацию матки с придатками
- +г) экстирпацию матки с придатками + оментэктомия
- д) расширенной экстирпации матки с придатками

1641. При лечении карциносаркомы матки целесообразнее использовать следующие методы лечения:

- а) операцию
- б) операцию + облучение
- + в) операцию + облучение +химиотерепию
- г) операция + гормонотерапия
- 5.гормонотерапия



1642. К наиболее часто встречающимся злокачественным опухолям яичников относятся:

- +а) эпителиальные
- б) стромы полового тяжа
- в) герминогенные
- г) метастатические
- д) фибросаркома

1643. Для серозной цистаденокарциномы наиболее характерно метастазирование:

- а) лимфогенное
- б) гематогенное
- в) лимфо-гематогенное
- +г) по серозным полостям (имплантационно)

1644. Для выявления рецидива эмбрионального рака яичников наиболее информативным является определение в сыворотке крови:

- а) титра ХГ
- б) титра ТБГ
- + в) а – фетопропротеина
- г) щелочной фосфатазы
- д) титр СА 125

1645. Радикальным методом лечения для рака яичников является:

- а) сочетанная лучевая терапия
- б) химиотерапия
- в) экстирпация матки с придатками, с последующими курсами химиотерапии
- +г) экстирпация матки с придатками, оментэктомия с последующими курсами химиотерапии
- д) операция Вертгейма

1646. Хориокарцинома - злокачественное новообразование:

- а) децидуальной оболочки
- б) миометрия
- +в) трофобласта
- г) текаткани
- д) эндометрия

1647. Основным методом лечения хориокарциномы является:

- а) хирургический
- б) дистанционная лучевая терапия
- +в) моно- или полихимиотерапия
- г) гормональная терапия
- д) симптоматическая терапия

1648. Какие патологические процессы относятся к предраку вульвы?

- а) фиброма, липома
- б) гемангиома, лимфангиома
- + в) дисплазия
- г) крауроз
- д) лейкоплакия

1649. К дисгормональной гиперплазии молочной железы НЕ относятся

- А. Фиброзно-кистозная мастопатия
- Б. узловая мастопатия
- В. киста молочной железы

Г. папиллома  
+Д. Болезнь Педжета

1650. Причиной развития диффузной фиброзно-кистозной мастопатии НЕ является:

- а) хронического аднексита
- б) хронического гепатита
- в) заболевания щитовидной железы
- +г) острого гастрита
- д) гормональные нарушения

1651. Плазмноклеточный мастит является результатом

- а) воспалительного процесса
- б) возрастной инволюции молочных желез
- +в) эктазии протоков
- г) кисты молочных желез
- д) эрозии шейки матки

1652. Основным методом лечения доброкачественных опухолей является

- +а) хирургическое
- б) лучевое
- в) гормональное
- г) лекарственное
- д) гомеопатическое

1653. Основным видом лечения внутрипротоковых папиллом является

- +а) хирургическое
- б) лучевое
- в) гормональное
- г) лекарственное
- д) наблюдение

1654. К какой клинической группе относятся больные, страдающие пролиферативной формой фиброзно-кистозной мастопатии?

- а) Ia
- +б) Ib
- в) II
- г) III
- д) IV

1655. Для лечения злокачественных заболеваний тела матки применяются гормональные препараты:

- а) эстрогены
- + б) гестагены
- в) комбинации эстроген-гестагенных препаратов
- г) пролактин
- д) адреналин

1656. Наименьшая заболеваемость раком молочной железы наблюдается

- а) в Грузии
- б) в Азербайджане
- +в) в Туркмении
- г) в России
- д) в Казахстане

1657. Определение рецепторов стероидных гормонов необходимо для проведения

- а) лучевой терапии
- +б) гормонотерапии
- в) химиотерапии
- г) хирургического лечения молочной железы

1658. Лечение больных с доброкачественными опухолями яичников

- а) лучевое

- б)гормональное
- с)антибактериальное
- д)возможно наблюдение
- +е)хирургическое

1659. Прогноз течения рака молочной железы хуже

- +а)при отечно-инфильтративной форме
- б)при узловой форме I стадии
- в)при узловой форме II стадии
- г)при болезнь Педжета
- д)при узловой форме II I стадии

1660. Симптом "лимонной корки" и отек ареолы

- +а)увеличивает стадию заболевания и влияет на выработку плана лечения
- б)не увеличивает стадию заболевания
- в)не влияет на выработку плана лечения
- г)влияет на общее состояние больной
- д) влияет только на выработку плана лечения

1661. Дифференциальную диагностику рака молочной железы не следует проводить:

- а)с узловой мастопатией
- б)с гемобластомами
- в)с маститом
- г)с туберкулезом
- +д) с гепатитом

1662. Операция радикальной резекции молочной железы

может быть произведена, если до операции установлена

- +а)I стадия рака молочной железы
- б)II стадия
- в)III стадия
- г)IV стадия
- д) мастопатия

1663. К андрогенным гормональным препаратам НЕ относятся

- а)медротестрон-пропионат
- б)пролотестом
- в)тестостерон-пропионат
- г)омнадрен
- +д)прогестерон

1664. Какая форма рака повреждает соединительную ткань ?

- А. фиброма
- Б. липома
- В. хондрома
- Г. остеома
- +Д. саркома

1665. Наружное облучение гипофиза наибольший эффект дает при метастазах

- +а)в кости скелета
- б)в печень
- в)в лимфоузлы
- г)в легкие
- д) почки

1666. Для диагностики рака молочной железы наиболее достоверным методом исследования является

- а)маммография
- +б)пункция с последующим цитологическим исследованием пунктата
- в)термография
- г)ультразвуковое исследование

д)доплерография

1667. Для массовой диагностики рака молочной железы применима

а)термография

+б)маммография

в)флюорография

г)пункционная биопсия

д)пальпация

1668. Опухоль Крукенберга:

+А) является метастазом рака желудочно-кишечного тракта, имеет солидное строение

В) поражает матку;

С) поражает молочную железу;

Д) как правило поражает один яичник

1669. К диффузной форме рака молочной железы относится

+а) маститоподобный рак молочной железы

б)болезнь Педжета молочной железы

в)рак добавочной молочной железы

г)рак (in situ)

д) мастопатия

1670. Для маститоподобного рака клинически характерно

а)наличие опухолевидного узла с четкими границами

б)наличие симптома "площадки"

+в)наличие симптома "лимонной корки" и гиперемии кожи

г)резко болезненны, увеличенные подмышечные лимфоузлы

1671. Наиболее часто встречающейся клинической формой рака молочной железы является

а)маститоподобная

б)панцирная

в)рожеподобная

г)пак Педжета

+д)узловая

1672. Оказание медицинской помощи без согласия пациента допускается в отношении лиц:

+1. находящихся в шоковом, коматозном состоянии

2. страдающих заболеваниями, не представляющими опасность для окружающих

3. страдающих психическими заболеваниями

4. страдающих заболеваниями мочеполовой системы

5. страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями

1673. Статья 96 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» посвящена вопросу о:

1. врачебной тайне

2. правах пациента

3. обязанностях пациента

+4. репродуктивных правах

5. лечении бесплодия

1674. В каком возрасте граждане РК имеют право быть донорами половых клеток:

1. с 16 до 49 лет

2. с 17 до 55 лет

+3. с 18 до 35 лет

4. с 25 до 45 лет

5. В любом возрасте

1675. Согласно кодексу Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится при сроке беременности до:

1. 8 недель

2. 10 недель

+3. 12 недель

4. 22 недель

5. Независимо от срока беременности

1676.К правам и обязанностям граждан РК в сфере охраны репродуктивных прав, НЕ относится:

1. свободный репродуктивный выбор

2. донорство половых клеток;

3. использование и свободный выбор методов контрацепции

+4. клонирование человека

5. искусственное прерывание беременности

1677.Условием для добровольной хирургической стерилизации женщин является:

+1.Возраст женщины старше 35 лет, наличие 3-х и более детей

2. Отсутствие противопоказаний к проведению операции

3. Документальное оформление согласия супругов

4. Наличие трех рубцов на матке после операции кесарево сечение

5. Наличие 3-х и более детей и отсутствие противопоказаний к проведению операции

1678.На сколько дней выдается дородовый декретный отпуск:

1.56

2.60

+3.70

4.80

5.90

1679.Постановление о гарантированном объеме бесплатной медицинской помощи беременным и женщинам принято в:

1 1991 году

2. 1998 году.

3.2003 году

4. 2006 году.

+5. 2009 году.

1680.Законодательные акты РК «О репродуктивных правах» были приняты в:

1.2000 г.

+2.2004 г.

3.2008 г.

4.2010 г .

5.2012 г.

1681.Здоровье – это:

+1. состояние полного физического, психического и социального благополучия

2. состояние духовного благополучия,

3. состояние полного отсутствия болезней и физических дефектов

4. способность организма адаптироваться к условиям среды

5. состояние абсолютного отсутствия различных патологических процессов

1682.Структура родильного дома регламентируется номером приказа от:

+1.№ 742от 19.12. 2007 года

2. № 498от 07.07.2010 года

3. № 477 от 18.06.2009 года

4. № 411от 21.08.2011 года

1683.Укажите номер приказа, который определяет санитарно-дезинфекционный режим родильного дома:

+1.420

2. 414

3. 720

4. 231

5. 450

1684.Сколько времени длится каждый шаг реанимации новорожденного

+1. 30 секунд

2. 15 секунд
3. 20 секунд
4. 60 секунд
5. 45 секунд

1685. Согласно кодексу Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» искусственное прерывание беременности при наличии медицинских показаний (угрожающих жизни беременной и (или) плода) проводится при сроке беременности до:

1. 8 недель
2. 10 недель
3. 12 недель
4. 22 недель

+5. Независимо от срока беременности

1686. Закон Республики Казахстан о репродуктивных правах распространяется:

1. только на граждан РК
- +2. на граждан РК, иностранцев и лиц без гражданства, постоянно или временно проживающих на территории РК
3. на оралманов и иностранцев
4. на физические и юридические лица, временно проживающие на территории РК
5. только на физические лица, временно проживающие на территории РК

1687. Право быть донорами половых клеток имеют:

- +1. физически и психически здоровые граждане в возрасте от восемнадцати до тридцати пяти лет, прошедшие медико-генетическое обследование
2. физически здоровые граждане в возрасте от восемнадцати до тридцати пяти лет, прошедшие медико-генетическое обследование
3. психически здоровые граждане в возрасте от восемнадцати до тридцати пяти лет, прошедшие медицинское обследование
4. физически и психически здоровые граждане в возрасте от восемнадцати до сорока пяти лет, прошедшие медико-генетическое обследование
5. физически и психически здоровые граждане в возрасте от шестнадцати до сорока лет, прошедшие медицинское обследование

1688. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроках беременности:

- +1. до 12 недель
2. до 22 недель
3. до 28 недель
4. до 8 недель
5. до 6 недель

1689. Лидирующее место в структуре онкологических заболеваний у женщин в Республики Казахстан занимает:

1. рак кожи
2. рак пищевода
3. рак легких
4. рак шейки матки
- +5. рак молочной железы

1690.. Суррогатная мать - женщина, вынашивающая плод после:

1. традиционного зачатия
2. искусственной инсеминации
3. экстракорпорального оплодотворения и введения собственного эмбриона
- +4. экстракорпорального оплодотворения и введения донорского эмбриона
5. искусственного прерывания беременности