

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов.

1. Наиболее глубокий свод влагалища:

- 1) передний
- 2) задний
- 3) левый боковой
- 4) правый боковой

2. Форма влагалищной части шейки матки у рожавшей женщины:

- 1) цилиндрическая
- 2) субконическая
- 3) бочкообразная
- 4) грушевидная

3. При нормальном положении матки в полости малого таза:

- 1) тело матки направлено кпереди и кверху, а шейка матки книзу и кзади
- 2) тело матки направлено книзу и кзади, а шейка матки кпереди и кверху
- 3) тело матки направлено кпереди-кверху, а шейка матки отклонена влево
- 4) тело матки направлено кпереди-кверху, а шейка матки отклонена вправо

4. В норме продолжительность менструальных выделений:

- 1) от 2 до 7 дней
- 2) от 2 до 5 дней
- 3) от 6 до 8 дней
- 4) от 8 до 10 дней

5. Овуляция при нормофункциональном менструальном цикле происходит на:

- 1) 12-14 день
- 2) 9-11 день
- 3) 15-16 день
- 4) 15-18 день

6. Для диагностики достоверных признаков беременности применяют:

- 1) приемы наружного акушерского исследования – приемы Леопольда Левицкого
- 2) бимануальное исследование
- 3) кольпоскопию
- 4) осмотр шейки матки в зеркалах

7. Шевеление плода у первобеременных начинается со срока беременности:

- 1) 24 недель
- 2) 28 недель
- 3) 20 недель
- 4) 12 недель

8. К сомнительным признакам беременности не относятся:

- 1) нарушение вкусовых ощущений
- 2) тошнота
- 3) увеличение размеров матки
- 4) нарушение обоняния

9. Ультразвуковое скрининговое обследование необходимо во время беременности

проводить:

- 1) 1 раз
- 2) 2 раза
- 3) 3 раза
- 4) 4 раза

10.Кислая реакция влагалищной среды обусловлена:

- 1) палочками Додерлейна
- 2) стафилококками
- 3) кишечными палочками
- 4) грибами

11.Влагалищное исследование у здоровой беременной в женской консультации выполняют:

- 1) однократно при постановке на учет
- 2) при каждой явке в женскую консультацию
- 3) однократно в каждом триместре
- 4) в 32 недели беременности

12.Размеры анатомически нормального женского таза:

- 1) 25–28–31–20
- 2) 25–28–31–17,5
- 3) 26–27–30–18
- 4) 23–25–27–17

13.Акушерская конъюгата — расстояние:

- 1) от верхнего края симфиза до надкрестцовой ямки
- 2) от верхневнутреннего края симфиза до крестцового мыса
- 3) от нижнего края симфиза до крестцового мыса
- 4) от нижнего края симфиза до верхушки копчика

14.Диагональная конъюгата — расстояние:

- 1) от верхнего края симфиза до надкрестцовой ямки
- 2) от верхнего края симфиза до крестцового мыса
- 3) от нижнего края симфиза до крестцового мыса
- 4) от нижнего края симфиза до верхушки копчика

15.Нормальный размер акушерской конъюгаты:

- 1) 20 см
- 2) 11 см
- 3) 13 см
- 4) 14–15 см

16.Distantia spinarum — расстояние между:

- 1) малыми вертелами бедренных костей
- 2) задними верхними осями подвздошных костей
- 3) передними верхними осями гребней подвздошных костей
- 4) большими вертелами бедренных костей

17.Наружная конъюгата (диаметр Боделока) — расстояние:

- 1) от верхнего края симфиза до мыса крестца

- 2) от нижнего края симфиза до мыса крестца
- 3) от передней верхней ости до надкрестцовой ямки
- 4) от середины верхнего края симфиза до надкрестцовой ямки

18.Первым приемом наружного акушерского исследования определяют:

- 1) позицию плода
- 2) высоту дна матки
- 3) предлежащую часть плода
- 4) отношение предлежащей части плода ко входу в малый таз

19.При первой позиции спинка плода обращена к:

- 1) левой стороне матки
- 2) правой стороне матки
- 3) передней стенке матки
- 4) задней стенке матки

20.В первом периоде родов происходит:

- 1) отделение плаценты от стенок матки и выделение последа
- 2) рождение плода
- 3) раскрытие шейечного канала
- 4) потуги

21.В начале первого периода родов схватки длятся:

- 1) 10–15 с через 10–15 мин
- 2) 20–25 с через 4,5–5 мин
- 3) 30–35 с через 3,5–4 мин
- 4) 50 с через 2–3 мин

22.Показание к влагалищному исследованию при физиологических родах:

- 1) поступление в родильное отделение и после отхождения околоплодных вод
- 2) изменение сердцебиения плода
- 3) ослабление родовой деятельности
- 4) начало третьего периода родов

23.У первородящих раскрытие шейки матки происходит:

- 1) раскрытие шейки матки начинается с наружного зева
- 2) открывается внутренний зев, сглаживается шейка матки, открывается наружный зев
- 3) оба зева открываются одновременно
- 4) раскрытие происходит после отхождения околоплодных вод

24.Своевременное отхождение околоплодных вод происходит:

- 1) при полном или почти полном открытии маточного зева
- 2) в начале раскрытия шейки матки
- 3) при опущении головки плода в полость малого таза
- 4) при появлении потуг

25.Началом родовой деятельности следует считать:

- 1) излитие околоплодных вод
- 2) прижатие головки к входу в малый таз
- 3) появление регулярных схваток и сглаживание шейки матки
- 4) опущение головки в полость малого таза

26.Второй период родов начинается с момента:

- 1) полного раскрытия шейки матки
- 2) начала потуг
- 3) опускания головки до 3-й плоскости таза
- 4) отхождения околоплодных вод

27.Точку, вокруг которой происходит разгибание головки плода, называют:

- 1) точкой фиксации
- 2) проводной точкой
- 3) ведущей точкой
- 4) фокусирующей точкой

28.Проводная точка при переднем виде затылочного предлежания плода:

- 1) большой родничок
- 2) малый родничок
- 3) подзатылочная ямка
- 4) подбородок

29.Точка фиксации при разгибании головки в случае переднего вида затылочного предлежания плода:

- 1) подзатылочная ямка
- 2) граница волосистой части лба
- 3) малый родничок
- 4) середина стреловидного шва

30.Первая точка фиксации при заднем виде затылочного предлежания плода:

- 1) граница волосистой части лба
- 2) подзатылочная ямка
- 3) переносица
- 4) верхняя челюсть

31.Первый момент акушерского пособия в родах при затылочном предлежании плода:

- 1) предупреждение преждевременного разгибания головки плода
- 2) защита промежности
- 3) регулирование потуг
- 4) бережное выведение головки плода

32.Третий момент акушерского пособия при затылочном предлежании плода:

- 1) предупреждение преждевременного разгибания головки плода
- 2) защита промежности
- 3) регулирование потуг
- 4) бережное выведение головки плода

33.Роженице не рекомендуют тужиться:

- 1) при прорезывании теменных бугров
- 2) сразу после рождения головки
- 3) при наружном повороте головки
- 4) при врезывании головки

34.Профилактику офтальмобленореи у плода проводят перед:

- 1) освобождения дыхательных путей от слизи
- 2) первичной обработки пуповины
- 3) вторичной обработки пуповины
- 4) обработки кожных покровов стерильным вазелиновым маслом

35.Культя пуповины после наложения скобки Раговина или одноразового пупочного зажима обрабатывают:

- 1) 5% раствором калия перманганата
- 2) 5% спиртовым раствором йода
- 3) 0,02% раствором калия перманганата
- 4) раствором фурацилина

36.Признак отделения плаценты по Шредеру:

- 1) удлинение наружного отрезка пуповины
- 2) отклонение дна матки выше пупка вправо
- 3) втягивание пуповины при надавливании ребром ладони над симфизом
- 4) удлинение пуповины при вдохе

37.Признак отделения плаценты по Альфельду:

- 1) удлинение наружного отрезка пуповины
- 2) отклонение дна матки выше пупка влево
- 3) втягивание пуповины при потуге
- 4) удлинение пуповины на выдохе

38.Физиологическая кровопотеря в родах:

- 1) 2,5% массы тела
- 2) 3% массы тела
- 3) 0,5% массы тела
- 4) 1% массы тела

39.При наличии признаков отделения последа:

- 1) предлагают роженице потужиться
- 2) потягивают за пуповину
- 3) производят ручное обследование полости матки
- 4) осматривают родовые пути

40.При выделении последа по способу Абуладзе акушер:

- 1) захватывает обеими руками переднюю брюшную стенку в продольную складку и предлагает роженице потужиться
- 2) надавливает кулаками на трубные углы матки по направлению вниз к крестцу и запрещает женщине тужиться
- 3) охватывает правой рукой матку так, чтобы большой палец находился на передней стенке матки, ладонь — на дне, 4 пальца — на задней стенке матки и запрещает роженице тужиться
- 4) надавливая кулаками на тело матки, предлагает роженице потужиться

41.При выделении последа по способу Гентера акушер:

- 1) захватывает обеими руками переднюю брюшную стенку в продольную складку и предлагает роженице потужиться
- 2) надавливая кулаками на трубные углы матки по направлению вниз к крестцу, запрещает женщине тужиться
- 3) охватывает правой рукой матку так, чтобы большой палец находился на передней стенке матки, ладонь — на дне, 4 пальца — на задней стенке матки, и запрещает роженице тужиться
- 4) надавливая кулаками на тело матки, предлагает роженице потужиться

42. При выделении последа по способу Креде–Лазаревича акушер:

- 1) захватывает обеими руками переднюю брюшную стенку в продольную складку и предлагает роженице потужиться
- 2) надавливая кулаками на трубные углы матки по направлению вниз к крестцу, запрещает женщине потужиться
- 3) охватывает правой рукой матку так, чтобы большой палец находился на передней стенке матки, ладонь — на дне, 4 пальца — на задней стенке матки, запрещает роженице тужиться, одновременно надавливая на матку всей кистью в двух взаимно перекрещивающихся направлениях
- 4) надавливая кулаками на тело матки, предлагает роженице потужиться

43. Осмотр родовых путей производят:

- 1) у всех родильниц
- 2) у повторнородящих
- 3) при подозрении на разрыв шейки матки
- 4) у первородящих

44. Родильницу наблюдают в родильном отделении после физиологических родов в течение:

- 1) 30–40 мин
- 2) 2 ч
- 3) 4–6 ч
- 4) 1 ч

45. Первое прикладывание ребенка к груди при отсутствии осложнений проводят:

- 1) в родильном зале
- 2) через 6 ч после родов
- 3) через 12 ч после родов
- 4) на 2-е сутки

46. Наиболее рациональным признано кормление новорожденного:

- 1) по требованию (свободное)
- 2) кормление по часам через 3 ч
- 3) кормление по часам с 9-часовым ночным интервалом
- 4) 7-разовое кормление в сутки

47. Роды при многоплодии часто сопровождаются:

- 1) бурной родовой деятельностью
- 2) стремительными родами
- 3) слабой родовой деятельностью
- 4) дистоцией шейки

48. Признак токсикоза беременной:

- 1) тошнота, рвота 2-3 раза в день
- 2) боли в животе
- 3) повышение АД
- 4) нарушение зрения

49. О тяжелой степени гестоза свидетельствует:

- 1) повышение АД до 140\90 мм рт. ст
- 2) появление белка в моче в количестве 0,33%
- 3) отек сетчатки
- 4) значительные отеки на стопах

50. Схватки через 3 минуты по 50 секунд при раскрытии шейки матки на 10 см являются:

- 1) нормальными
- 2) чрезмерными
- 3) недостаточными
- 4) нерегулярными

51. При положительном признаке Вастена передняя поверхность головки плода находится:

- 1) выше плоскости симфиза
- 2) на одном уровне с симфизом
- 3) ниже плоскости симфиза
- 4) не определяется

52. При положительном признаке Цангемейстера *conjugate externa*:

- 1) меньше расстояния от верхнего угла пояснично-крестцового ромба до выдающегося пункта передней поверхности головки плода
- 2) больше расстояния от верхнего угла пояснично-крестцового ромба до выдающегося пункта передней поверхности головки плода
- 3) равна расстоянию от верхнего угла пояснично-крестцового ромба до выдающегося пункта передней поверхности головки плода
- 4) равна *distantia spinae*

53. При родах в тазовом предлежании плода перинеотомия:

- 1) показана
- 2) противопоказана
- 3) не обязательна
- 4) показана индивидуально

54. Смысл ручного пособия по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании плода:

- 1) сохранение выгодного членорасположения плода
- 2) препятствие выпадению пуповины
- 3) выведение ущемившейся головки
- 4) выведение запрокинувшейся ручки

55. При поперечном положении плода позицию плода определяют по:

- 1) спинке
- 2) конечностям
- 3) головке плода
- 4) тазовому концу плода

56. Третьим приемом наружного акушерского исследования (прием Леопольда Левицкого) при поперечном положении плода предлежащую часть определяют:

- 1) над входом в малый таз
- 2) слева от средней линии тела беременной
- 3) справа от средней линии тела беременной
- 4) не определяют

57. Акушерская тактика в I периоде родов при кровотечении, обусловленном краевым предлежанием плаценты:

- 1) тампонада влажными
- 2) амниотомия
- 3) подготовка пациентки к кесареву сечению

4) подготовка пациентки к ампутации матки

58.Комплекс первых мероприятий при гипотоническом кровотечении:

- 1) перевязка внутренней подвздошной артерии
- 2) наружный массаж матки, холод на низ живота, катетеризация мочевого пузыря, введение сокращающих матку средств
- 4) прием Гентера
- 5) тампонада матки

59.Акушерская тактика при обширной отслойке нормально расположенной плаценты во время беременности:

- 1) сохраняющее и гемостатическое лечение, лечение внутриутробной гипоксии плода
- 2) амниотомия
- 3) подготовка пациентки к операции кесарево сечение
- 4) акушерские щипцы

60.Акушерская тактика при наличии признаков отделения последа, кровопотери 250 мл:

- 1) выжидательная тактика
- 2) ручное отделение последа
- 3) роженице предлагают потужиться
- 4) гемотрансфузия

61.Симптом предлежания плаценты:

- 1) боли в животе
- 2) кровотечение из половых путей в состоянии покоя
- 3) повышения АД
- 4) признаки гестоза

62.При кровотечении в III периоде родов и отсутствии признаков отделения плаценты необходимы:

- 1) способ Абуладзе
- 2) способ Креде–Лазаревича
- 3) сокращающие матку средства
- 4) ручное отделение и выделение последа

63.Акушерская тактика при кровотечении в последовом периоде:

- 1) введение спазмолитиков
- 2) введение сокращающих матку средств
- 3) наружный массаж матки
- 4) определение признаков отделения плаценты

64.Помощь при неотделившейся плаценте:

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

65.Возможные осложнения преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты:

- 1) матка Кувелера
- 2) развитие слабости родовой деятельности
- 3) хориоамнионит

4) преждевременное излитие околоплодных вод

66.Задержка частей плаценты в матке может привести к:

- 1) образованию эрозии шейки матки
- 2) развитию эндометрита
- 3) образованию гематомы влагалища
- 4) истмико-цервикальной недостаточности

67.Разрыв промежности III степени опасен повреждением:

- 1) задней спайки больших половых губ
- 2) кожи промежности
- 3) слизистой оболочки влагалища
- 4) наружного сфинктера прямой кишки

68.Разрыв шейки матки II степени:

- 1) более 2 см, не доходит до свода влагалища
- 2) менее 2 см в длину
- 3) доходит до свода влагалища
- 4) переходит на нижний сегмент матки

69.Симптом угрозы разрыва промежности:

- 1) частые, бурные потуги
- 2) нарушение сердцебиения плода
- 3) задержка мочеиспускания
- 4) побледнение кожных покровов промежности

70.Причина разрыва шейки матки:

- 1) тазовое предлежание плода
- 2) быстрые роды
- 3) поперечное положение плода
- 4) преждевременные роды

71.Для разрыва шейки матки характерны:

- 1) гипотония матки
- 2) ДВС-синдром
- 3) постоянное кровотечение при хорошо сократившейся плотной матке
- 4) дефект плаценты

72.Разрыв шейки матки более 2 см, достигающий до сводов влагалища:

- 1) I степени
- 2) II степени
- 3) III степени
- 4) IV степени

73.Родильнице со швами на промежности не рекомендуют сидеть:

- 1) 3 дня
- 2) до снятия швов
- 3) до 2 недель
- 4) до 1 месяца

74.Показание для рассечения мягких тканей промежности в родах:

- 1) угроза разрыва промежности
- 2) выпадение петли пуповины

- 3) поперечное положение плода
- 4) многоводие

75.Тактика при лактостазе:

- 1) активное кормление и сцеживание
- 2) компрессы на молочную железу
- 3) подавление лактации
- 4) введение антибиотиков

76.Показание для наложения акушерских щипцов:

- 1) сердечно-сосудистые заболевания у роженицы
- 2) преждевременные роды
- 3) тазовое предлежание плода
- 4) узкий таз

77.Операция вскрытия плодного пузыря:

- 1) амниоскопия
- 2) амниотомия
- 3) амниоцентез
- 4) кольпотомия

78.Большие железы преддверия влагалища расположены:

- 1) в основании малых половых губ
- 2) в толще средних отделов больших половых губ
- 3) в борозде нижними третями малых и больших половых губ
- 4) в толще задней трети больших половых губ

79.Слизистая оболочка влагалища покрыта:

- 1) многослойным плоским эпителием и содержит железы
- 2) многослойным плоским эпителием и лишена желез
- 3) низкоцилиндрическим эпителием и лишена желез
- 4) цилиндрическим реснитчатым эпителием и лишена желез

80.Передняя стенка влагалища в ее верхнем отделе граничит с:

- 1) мочеточником
- 2) дном мочевого пузыря
- 3) шейкой мочевого пузыря
- 4) мочеиспускательным каналом

81.Нижний маточный сегмент начинает формироваться в:

- 1) I триместре беременности
- 2) I-II триместрах беременности
- 3) III триместре беременности
- 4) II-III триместрах беременности

82.Оплодотворение происходит в отделе маточной трубы:

- 1) интрестициальной части
- 2) в перешейке
- 3) в ампулярной части
- 4) в воронке маточной трубы

83.Фолликулы в яичнике находятся в:

- 1) первом слое

- 2) белочной оболочке – во втором слое
- 3) корковом слое – в третьем
- 4) мозговом слое – в четвертом слое

84. В первую фазу менструального цикла в яичнике вырабатывается гормон:

- 1) прогестерон
- 2) тестостерон
- 3) фолликулин
- 4) питуитрин

85. Созревание и развитие желтого тела идет под действием гормона:

- 1) ФСГ
- 2) ТТГ
- 3) ЛТГ
- 4) окситоцина

86. Эстрогены способствуют:

- 1) снижению тонуса матки
- 2) накоплению околоплодных вод
- 3) секреции желез эндометрия матки
- 4) пролиферации функционального слоя эндометрия в 1-й фазе менструального цикла

87. Уровень АФП в крови беременной женщины понижается на фоне высокой концентрации ХГЧ, если у плода:

- 1) патология ЖКТ
- 2) патология передней брюшной стенки
- 3) многоплодная беременность
- 4) болезнь Дауна

88. Для первой степени чистоты влагалища характерно:

- 1) обилие лейкоцитов
- 2) обилие палочек Додерлейна
- 3) отсутствие палочек Додерлейна
- 4) обилие кокков

89. При физиологическом течении родов нормальное сердцебиение плода:

- 1) 110–160 в минуту
- 2) 110–130 в минуту
- 3) 120–140 в минуту
- 4) 120–150 в минуту

90. Вариабельность:

- 1) средняя величина ЧСС плода в течение не менее 10 мин
- 2) периодическое увеличение ЧСС плода на более 15 в минуту, которое продолжается более 15 с
- 3) мгновенные изменения ЧСС плода от удара к удару
- 4) уменьшение ЧСС плода на более 15 в минуту продолжительностью более 15 с

91. В норме в родах вариабельность составляет:

- 1) 5–25 в минуту

- 2) 1–5 в минуту
- 3) 25–35 в минуту
- 4) 35–55 в минуту

92. Акцелерации:

- 1) мгновенные изменения ЧСС плода от удара к удару
- 2) периодическое увеличение ЧСС плода на более 15 в минуту, которое продолжается более 15 с
- 3) средняя величина ЧСС плода в течение не менее 10 мин
- 4) уменьшение ЧСС плода на более 15 в минуту продолжительностью более 15 с

93. Децелерации:

- 1) уменьшение ЧСС плода на более 15 в минуту продолжительностью более 15 с
- 2) мгновенные изменения ЧСС плода от удара к удару
- 3) периодическое увеличение ЧСС плода на более 15 в минуту, которое продолжается более 15 с
- 4) мгновенные изменения ЧСС плода от удара к удару

94. Скорость раскрытия шейки матки в латентную фазу составляет:

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

95. Скорость раскрытия шейки матки в активной фазе у первородящих:

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

96. Скорость раскрытия шейки матки в активной фазе у повторнородящих:

- 1) 1–1,5 см/ч
- 2) 1,5–2 см/ч
- 3) 2–2,5 см/ч
- 4) 2,5–3,0 см/ч

97. Достижение головки плода наружным приемом (метод Пискачека) осуществляют при нахождении предлежащей части:

- 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

98. Головка прорезывается при переднем виде затылочного предлежания плода размером:

- 1) прямым
- 2) малым косым
- 3) средним косым
- 4) вертикальным

99. Головка прорезывается при заднем виде затылочного предлежания плода размером:

- 1) прямым
- 2) малым косым
- 3) средним косым
- 4) вертикальным

100. Для определения признака отделения последа по Кюстнеру–Чукалову, следует:

- 1) надавить на надлобковую область краем ладони
- 2) надавить на дно матки
- 3) попросить роженицу потужиться
- 4) потянуть за пуповину

101. Отделившийся послед выделяют по способу:

- 1) Чукалова
- 2) Абуладзе
- 3) Шредера
- 4) Штрассмана

102. При выделении последа по Креде–Лазаревичу возможен:

- 1) разрыв промежности
- 2) нарушение мочеиспускания
- 3) выворот матки
- 4) отрыв пуповины от плаценты

103. Сращение близнецов возможно при наличии:

- 1) 1-го хориона и 2-х амнионов
- 2) 2-х хорионов и 2-х амнионов
- 3) 1-го амниона
- 4) при сращении двух плацент

104. После рождения первого плода при многоплодии необходимо:

- 1) сразу внутривенно ввести метилэргометрин (окситоцин)
- 2) срочно вскрыть плодный пузырь при любом положении плода
- 3) наружными приемами определить положение и предлежание плода, выслушать сердцебиение плода
- 4) ждать в течение часа отхождения вод второго плода

105. Акушерская тактика в родах при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты и гестозе. По назначению врача показано:

- 1) стимулировать родовую деятельность окситоцином или простогландами
- 2) ввести кровоостанавливающие средства
- 3) подготовить роженицу к операции "кесарево сечение"
- 4) ввести гипотензивные средства

106. При неукротимой рвоте у беременной возникает:

- 1) гипертензия
- 2) брадикардия
- 3) тахикардия
- 4) экстрасистолия

107. Во время тонических судорог в случае эклампсии наблюдается:

- 1) форсированное дыхание
- 2) апноэ
- 3) одышка
- 4) поверхностное дыхание

108. Во время приступа эклампсии вслед за фибриллярными подергиваниями обычно следуют:

- 1) клонические судороги
- 2) тонические судороги
- 3) кома
- 4) частое судорожное дыхание

109. Противосудорожным и обезболивающим действием обладает:

- 1) дицинон
- 2) дроперидол
- 3) дексаметазон
- 4) диакарб

110. Схватки через 6-7 минут по 25 секунд в конце первого периода родов характеризуют родовую деятельность как:

- 1) слабую
- 2) нормальную
- 3) чрезмерную
- 4) дискоординированную

111. Таз, размеры которого 23-26-28-19, называется:

- 1) нормальным
- 2) общесуженным плоским
- 3) общеравномерносуженным
- 4) плоскорихитическим

112. При заднем асинклитизме стреловидный шов отклонен:

- 1) к симфизу
- 2) к мысу
- 3) к промоторию
- 4) к крестцу

113. Точка фиксации при сгибании в случае лобного вставления:

- 1) переносица
- 2) подъязычная кость
- 3) верхняя челюсть
- 4) граница волосистой части

114.Опознавательные точки на головке при лицевом предлежании плода:

- 1) лобный шов
- 2) большой родничок
- 3) подбородок и рот
- 4) малый родничок

115.Для профилактики осложнений при тазовом предлежании плода в начале второго периода родов внутривенно вводят:

- 1) раствор окситоцина (метилэргометрина)
- 2) спазмолитики
- 3) магния сульфат
- 4) окситоцин

116.При запрокинувшейся передней ручке при тазовом предлежании плода необходимо:

- 1) попытаться ее вынуть
- 2) поворотом плода перевести переднюю ручку в заднюю и извлечь ее умывательным движением
- 3) надавить на дно матки
- 4) сделать тракцию за грудную клетку вниз

117.Отличительные признаки ножки от ручки плода при влагалищном исследовании:

- 1) большой палец ножки нельзя прижать к подошве
- 2) на ручке длинные пальчики, большой пальчик отставлен
- 3) с ногой можно «поздороваться»
- 4) у колена неподвижный надколенник

118.Роженица в III периоде родов; 8 мин назад родился плод; внезапно усилилось кровотечение из половых путей, и кровопотеря достигла 200 мл. Акушерская тактика:

- 1) введение сокращающих матку средств
- 2) ручное отделение и удаление последа
- 3) определение признаков отделения последа
- 4) использование способов удаления последа

119.Задержка плацентарной ткани в матке может быть связана с:

- 1) слабостью потуг во II периоде родов
- 2) применением спазмолитических средств в родах
- 3) неправильным ведением III периода родов
- 4) неправильным вставлением головки плода

120.Разрыв шейки матки ушивают:

- 1) шелком
- 2) лавсаном
- 3) кетгутом
- 4) капроном

121.Разрыв промежности II степени сопровождается разрывом:

- 1) кожи промежности и мышц тазового дна
- 2) кожи промежности
- 3) сфинктера заднепроходного отверстия
- 4) слизистой оболочки влагалища и задней спайки

122.К наружным половым органам женщины относятся:

- 1) лобок
- 2) большие и малые половые губы
- 3) преддверие влагалища
- 4) влагалище

123.В яичниках вырабатываются гормоны:

- 1) эстрогены
- 2) прогестерон
- 3) гонадотропные
- 4) РН-гормоны (либерины)

124.К маточному циклу не относится фаза:

- 1) овуляции
- 2) секреции
- 3) пролиферации
- 4) фолликулярная

125.К гонадотропным гормонам, вырабатываемых в гипофизе относятся:

- 1) фолликулостимулирующий гормон
- 2) прогестерон
- 3) лютеинизирующий гормон
- 4) лютеотропный гормон (пролактин)

126.К вероятным признакам беременности относятся:

- 1) разрыхление и цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки
- 2) прекращение менструации
- 3) изменение величины, формы и консистенции матки
- 4) пигментация кожи на лице , по белой линии живота, сосков, околососковых кружков

127.Отпуск по беременности и родам выдается на сроке беременности:

- 1) 28 нед. (при многоплодной беременности)
- 2) 30 нед. (при одноплодной беременности)
- 3) 32 нед.
- 4) 34 нед.

128.К достоверным признакам беременности относятся:

- 1) изменение величины, формы и консистенции матки
- 2) прощупывание частей плода

- 3) ясно слышимые сердечные тоны плода
- 4) движения плода, которые определяются при обследовании женщины во второй половине беременности

129.К базовым методам пренатальной диагностики относятся:

- 1) биохимический скрининг
- 2) эхография
- 3) инвазивная диагностика (биопсия хориона, амниоцентез, плацентоцентез, кордоцентез)
- 4) Амниоскопия

130.При тройном биохимическом скрининге, проводимом беременным, определяют содержание:

- 1) общего ХГЧ или свободной b-субъединицы ХГЧ
- 2) РАРР-А (связанного с беременностью плазменного протеина А)
- 3) АФП
- 4) Свободного (неконъюгированного) эстриола

131.Биохимическое исследование крови во время беременности проводят:

- 1) при постановке на учет
- 2) в 22-24 недели
- 3) в 28-30 недель
- 4) в 36-37 недель

132.Бактериоскопическое, бактериологическое исследования отделяемого из мочеполовой системы во время беременности проводят:

- 1) при постановке на учет
- 2) в 20 недель
- 3) в 30 недель
- 4) в 34 недели

133.Каждую беременную направляют на консультацию к врачу терапевту:

- 1) при постановке на учет
- 2) в 28 недель
- 3) в 30 недель
- 4) в 37 недель

134.Шейку матки в зеркалах у здоровой беременной в женской консультации осматривают:

- 1) при постановке на учет
- 2) на 30 неделе беременности
- 3) при каждом посещении женской консультации
- 4) при постановке на учет и выдаче листа нетрудоспособности по беременности и родам

135.Профилактику офтальмобленорей проводят:

- 1) 20% раствором сульфацил-натрия
- 2) 1% глазной тетрациклиновой мазью

- 3) 1% глазной эритромициновой мазью
- 4) 1% раствором колларгола

136.Для преэклампсии характерно:

- 1) головная боль
- 2) нарушение зрения (в виде мелькания «мушек», тумана, сетки перед глазами)
- 3) боль в эпигастральной области
- 4) неукротимая рвота

137.Показанием для экстренного кесарева сечения при гестозе является:

- 1) тяжелые формы гестоза при безуспешности проведения интенсивной терапии в течении 2-6 часов
- 2) внутриутробная гибель плода
- 3) эклампсия и ее осложнения
- 4) гестоз средней степени тяжести при отсутствии эффекта от лечения в течении 7 дней

138.Эклампсию необходимо дифференцировать с:

- 1) эпилепсией
- 2) гипертонической энцефалопатией
- 3) сахарным диабетом
- 4) мочекаменной болезнью

139.Для гестоза характерно:

- 1) гипертензия
- 2) отеки
- 3) гипотония
- 4) протеинурия

140.Причины возникновения переднеголового предлежания плода:

- 1) узкий таз (плоский)
- 2) отвислый, дряблый живот
- 3) снижение тонуса, некоординированные сокращения матки
- 4) опухоль щитовидной железы плода

141.Причины возникновения лобного предлежания плода:

- 1) анатомический, клинический узкий таз
- 2) снижение тонуса матки, брюшного пресса
- 3) короткая пуповина
- 4) крупный плод

142.Для первичной слабости родовой деятельности характерно:

- 1) схватки слабые, непродолжительные, малопродуктивные с самого начала I периода родов
- 2) плохо выраженное нарастание частоты, продолжительности, интенсивности схваток
- 3) незначительное прогрессирование раскрытия маточного зева

4) отсутствие нарастания структурных изменений в шейке матки

143.Причины возникновения вторичной слабости родовой деятельности:

- 1) ригидность тканей шейки матки
- 2) стеноз влагалища
- 3) опухоли в малом тазу
- 4) несвоевременное излитие околоплодных вод

144.Обработку швов промежности рекомендуют проводить:

- 1) 5% раствором перманганата калия
- 2) 5% спиртовым раствором йода
- 3) 0,02% раствором перманганата калия
- 4) 1% раствором протаргола

145.Перинеотомию производят:

- 1) при головке, находящейся в полости таза
- 2) во время потуги
- 3) в паузах между потугами
- 4) на фоне пудендальной анестезии

146.Показание к наложению акушерских щипцов:

- 1) угроза травмы симфиза
- 2) упорная слабость потуг, не поддающаяся медикаментозной коррекции, сопровождающаяся длительным стоянием головки плода в одном положении
- 3) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты во II периоде родов
- 4) экстрагенитальные заболевания роженицы, требующие исключения потуг

147.Условия для наложения акушерских щипцов:

- 1) целый плодный пузырь
- 2) полное раскрытие маточного зева
- 3) вскрытый плодный пузырь
- 4) нормальная величина головки плода

148.К немедикаментозным методам обезболивания родов относятся:

- 1) физиопсихопрофилактическая подготовка
- 2) гидротерапия
- 3) электроаналгезия
- 4) неингаляционная анестезия

149.Медикаментозное обезболивание во избежание рождения плода в состоянии наркотической депрессии заканчивают за:

- 1) 1-2 часа до рождения плода
- 2) 2-3 часа до рождения плода
- 3) 3-4 часа до рождения плода
- 4) в начале второго периода родов

150. У некормящих матерей менструации обычно возобновляются после родов в течение первых:

- 1) 4-6 недель
- 2) 6-8 недель
- 3) 8-10 недель
- 4) 10-12 недель

151. Переходное молоко молочные железы начинают продуцировать после родов на:

- 1) 2-3 сутки
- 2) 3-4 сутки
- 3) 5-6 сутки
- 4) 2-6 сутки

152. При раздельном пребывании матери и ребенка грудное вскармливание проводят:

- 1) через 3 часа с 6 часовым ночным перерывом
- 2) через 3 часа с 4 часовым ночным перерывом
- 3) через 4 часа с 4 часовым ночным перерывом
- 4) через каждые 3-4 часа

153. При дисфункциональном маточном кровотечении у женщин в климактерическом периоде следует:

- 1) ввести анальгетики
- 2) ввести кровоостанавливающие
- 3) провести гормональный гемостаз
- 4) провести раздельное диагностическое выскабливание (РДВ) полости матки

154. Физиологическая аменорея характерна для:

- 1) периода половой зрелости
- 2) климактерического периода
- 3) периода детства и постменопаузы, беременности и лактации
- 4) репродуктивного периода

155. При полном выпадении матки отделы ее располагаются:

- 1) дно — в полости влагалища
- 2) наружный зев шейки у выхода из малого таза
- 3) дно — за пределами половой щели
- 4) наружный зев шейки ниже уровня седалищных остей

156. Отсутствие влагалища:

- 1) атрезия
- 2) аплазия
- 3) дисгенезия
- 4) кольпит

157. Меноррагии — это менструации:

- 1) скудные, короткие
- 2) болезненные
- 3) редкие
- 4) длительные, обильные

158.Эндоскопические методы исследования:

- 1) гистеросальпингография
- 2) лапароскопия
- 3) УЗИ
- 4) пневмопельвиография

159.Гипоменструальный синдром — это менструации:

- 1) болезненные
- 2) скудные, короткие, редкие
- 3) обильные частые
- 4) нерегулярные

160.Метроррагия — это:

- 1) ациклическое кровотечение
- 2) увеличение кровопотери во время менструации
- 3) урежение менструации
- 4) болезненные менструации

161.Изменение базальной температуры применяют для оценки:

- 1) гормональной функции яичников
- 2) состояние шейки матки
- 3) раннего выявления онкологических заболеваний
- 4) степени чистоты влагалища

162.ВМК вводится на срок:

- 1) 3 месяца
- 2) 5 лет
- 3) 1,5 года
- 4) 6 месяцев

163.Механизм КОК основан на:

- 1) спермицидном эффекте
- 2) вычислении «опасного периода»
- 3) отсутствию овуляции, сгущении цервикальной слизи и атрофии эндометрия (ОСА)
- 4) Целибате

164.После искусственного аборта с целью реабилитации назначают КОК:

- 1) через 1 месяц
- 2) через 2 месяца
- 3) через 3 месяца
- 4) сразу после аборта

165. Комбинированные оральные контрацептивы:

- 1) уменьшают количество менструальной крови
- 2) увеличивают количество менструальной крови
- 3) не влияют на характер менструальной кровопотери
- 4) не имеют противопоказаний

166. Для трихомониаза характерны выделения:

- 1) кровянистые
- 2) белые творожистые
- 3) гнойные
- 4) пенистые с неприятным запахом

167. Возможные осложнения острого воспаления придатков матки:

- 1) переход в хроническую форму с формированием синдрома хронической тазовой боли
- 2) образование эндометриоидных кист
- 3) эндоцервицит
- 4) развитие хронического кольпита

168. Внутриматочная спираль противопоказана:

- 1) при воспалительных заболеваниях гениталий
- 2) после 35 лет
- 3) при резус отрицательной принадлежности крови
- 4) многорожавшим

169. Причиной кандидомикоза является:

- 1) нерациональное применение антибиотиков
- 2) подмывание отваром трав
- 3) частые половые контакты
- 4) нерациональное питание

170. Наиболее частые осложнения восходящей гонореи:

- 1) гиперменструальный синдром
- 2) бесплодие
- 3) аменорея
- 4) невынашивание беременности

171. Метод Юзпе - это:

- 1) физиологический метод контрацепции
- 2) контрацепция гестагенами
- 3) ургентная контрацепция
- 4) Целибат

172. Операция экстирпации матки отличается от надвлагалищной ампутации матки удалением:

- 1) верхней трети влагалища
- 2) параметральной клетчатки

- 3) шейки матки
- 4) подвздошных лимфатических узлов

173.Тактика лечения прервавшейся трубной беременности:

- 1) наблюдение за состоянием пациентки
- 2) срочное оперативное вмешательство
- 3) применение сокращающих средств, холод на низ живота
- 4) холод на низ живота, применение наркотических анальгетиков

174.Каждую обнаруженную опухоль яичника следует рассматривать как:

- 1) доброкачественную
- 2) злокачественную
- 3) потенциально злокачественную
- 4) воспалительную

175.Для выявления рака эндометрия необходимо:

- 1) цитологическое исследование аспирата из полости матки
- 2) лапароскопия
- 3) пункция заднего свода влагалища
- 4) бактериоскопия

176.Достоверный метод диагностики рака шейки матки:

- 1) осмотр шейки влагалищными зеркалами
- 2) биопсия шейки матки с последующим гистологическим исследованием
- 3) зондирование полости матки
- 4) определение степени чистоты влагалищного мазка

177.По определению "эндометриоз" — это:

- 1) разрастание ткани, подобной эндометрию, за пределами обычной локализации эндометрия
- 2) разрастание мышечной, соединительной ткани
- 3) воспалительный процесс
- 4) гормонозависимая злокачественная опухоль, исходящая из эндометрия

178.Профилактика рака тела матки состоит в:

- 1) устранении причин ановуляции
- 2) лечении гипертонической болезни
- 3) применении утеротонических средств
- 4) устранении вредных привычек

179.При перекруте ножки опухоли яичника наблюдаются:

- 1) повышение АД, тахикардия
- 2) клиника «острого живота»
- 3) положительный симптом Пастернацкого
- 4) нарушение мочеиспускания

180.Признак, позволяющий заподозрить рак тела матки:

- 1) пенистые выделения из влагалища
- 2) высокая температура
- 3) кровотечение в менопаузе
- 4) боли в эпигастральной области

181.Мастопатия — это:

- 1) дисгормональное доброкачественное заболевание молочной железы
- 2) злокачественная опухоль молочной железы
- 3) избыточное разрастание мышечной ткани
- 4) чаще встречается у многоражавших

182.Рождение миоматозного узла возможно, когда он расположен:

- 1) интрамурально
- 2) субсерозно
- 3) субмукозно
- 4) интерстициально

183.Искусственное прерывание беременности по желанию женщины может быть проведено при сроке беременности:

- 1) до 12 недель
- 2) до 16 недель
- 3) до 22 недель
- 4) независимо от срока

184.Искусственное прерывание беременности по социальным показаниям проводится при сроке:

- 1) до 10 недель
- 2) до 12 недель
- 3) до 22 недель
- 4) независимо от срока

185.Решение о согласии или отказе от медицинского вмешательства граждане могут подписывать самостоятельно:

- 1) по достижении ими возраста 14 лет
- 2) по достижении ими возраста 15 лет
- 3) психические больные после 20 лет
- 4) достигшие 18 лет

186.Материнская смертность – это:

- 1) смертность беременных, рожениц и родильниц
- 2) смертность беременных, рожениц и родильниц, в том числе в течение одного месяца после родов
- 3) смертность беременных, рожениц и родильниц, в том числе в течение 42 дней после родов

4) смертность беременных, рожениц и родильниц, в том числе в течение 6 месяцев после родов

187.Вакцинация БЦЖ проводится:

- 1) на 3-5 день жизни
- 2) в 1 месяц
- 3) в 1 год
- 4) в 2 года

188.Наружный зев шейки матки закрывается после родов к концу:

- 1) 1-2 недели
- 2) 2-3 недели
- 3) 3-4 недели
- 4) 4-5 недели

189.Для индивидуальной профилактики эндемического зоба у беременной применяют:

- 1) калий иодид
- 2) левотироксин натрия
- 3) йодированную соль
- 4) Анаприлин

190.Роды при тиреотоксикозе часто бывают:

- 1) быстрые
- 2) стремительные, преждевременные
- 3) срочные
- 4) запоздалые

191.Для оценки состояния сосудов у беременной, страдающей артериальной гипертонией, важно провести исследование:

- 1) глазного дна
- 2) ЭКГ
- 3) холестерина крови
- 4) протромбина крови

192.Самой частой причиной приобретенного порока сердца у беременной является:

- 1) гипертоническая болезнь
- 2) кардиосклероз
- 3) атеросклероз
- 4) ревматизм

193.Женщинам, перенесшим острый гломерулонефрит, беременность разрешается через:

- 1) полгода
- 2) один год

- 3) 3 года
- 4) 5 лет

194. При приступе почечной колики у беременных не рекомендуется:

- 1) папаверин, но-шпа, платифиллин
- 2) баралгин
- 3) паранефральная блокада
- 4) теплая ванна, грелка

195. Потенциальная проблема у беременной с системной красной волчанкой:

- 1) гибель плода в 1 триместре
- 2) внутриутробная задержка развития плода
- 3) тромбоэмболические осложнения
- 4) стремительные роды

196. Потенциальная проблема для плода у беременной с системной склеродермией:

- 1) хроническая внутриутробная гипоксия
- 2) гипотрофия
- 3) преждевременные роды
- 4) перенашивание (запоздалые роды)

197. Зависимые вмешательства акушерки при приступе бронхиальной астмы:

- 1) ингаляция кислорода через маску
- 2) инфузия жидкостей и введение бронходилататоров
- 3) в/в введение эуфиллина
- 4) пероральный прием пациенткой преднизолона в таблетках

198. Тактика акушерки при подозрении на острый инфаркт миокарда:

- 1) ввести больному мочегонные препараты
- 2) успокоить пациентку
- 3) дать нитроглицерин под язык
- 4) вызвать врача

199. К тиреоидной патологии среди беременных относятся:

- 1) гипотиреоз
- 2) аутоиммунный тиреоидит
- 3) эутиреоидный диффузный зоб
- 4) узловой зоб

200. Диагностические исследования при заболеваниях щитовидной железы:

- 1) определение содержания ТТГ и тиреоглобулина в сыворотке крови
- 2) ЭКГ
- 3) УЗИ щитовидной железы
- 4) общий анализ мочи