

АКУШЕРСТВО

1. «Золотой стандарт» диагностики беременности ранних сроков включает
 - A. определение β -ХГЧ в моче (крови), УЗИ (визуализация плодного яйца);
 - B. определение плодного яйца в полости матки;
 - C. измерения базальной температуры;
 - D. пальпация частей плода.
2. Расчет предполагаемой даты родов производится:
 1. по дате последней менструации и данным УЗИ в сроках с 8 до 24 недель;
 2. по дате возможной овуляции;
 3. по данным УЗИ в сроке до 10 недель;
 4. по 1-й явке в женскую консультацию.
3. Биохимический маркер беременности малого срока:
 - A. высокий уровень прогестерона;
 - B. появление β -ХГЧ в крови;
 - C. повышение уровня эстрадиола;
 - D. повышение уровня эстриола.
4. Уровень β -ХГЧ в крови свидетельствует о:
 - A. сроке гестации и ее прогрессировании;
 - B. локализации беременности;
 - C. имплантации плодного яйца;
 - D. анэмбрионии.
5. Не целесообразно использовать дату последней менструации при определении предполагаемого срока родов в каком случае?
 - A. при нормопонирующем менструальном цикле;
 - B. при нерегулярном менструальном цикле;
 - C. при антепонирующем менструальном цикле;
 - D. при постпонирующем менструальном цикле.
6. Признак Горвица-Гегара относится к группе признаков беременности:
 - A. вероятных;
 - B. сомнительных;
 - C. предположительных;
 - D. достоверных.
7. Признак Горвица-Гегара в диагностике ранних сроков беременности заключается в:
 - A. гребневидном утолщении передней стенки матки;
 - B. сокращении матки при ее пальпации;
 - C. размягчении перешейка матки;
 - D. увеличении матки.
8. Признак Снегирева относится к группе признаков беременности:
 - A. сомнительных;
 - B. предположительных;
 - C. вероятных;
 - D. достоверных.
9. Признак Снегирева в диагностике ранних сроков беременности заключается в:
 - A. гребневидном утолщении передней стенки матки;
 - B. сокращении матки при ее пальпации;
 - C. размягчении перешейка матки;

- D. увеличении матки.
10. Признак Пискачека относится к группе признаков беременности:
- A. вероятных;
 - B. сомнительных;
 - C. предположительных;
 - D. достоверных.
11. Признак Пискачека в диагностике ранних сроков беременности заключается в:
- A. гребневидном утолщении передней стенки матки;
 - B. сокращении матки при ее пальпации;
 - C. размягчении перешейка матки;
 - D. асимметрии матки.
12. Первым приемом Леопольда-Левицкого определяют:
- A. положение, позицию и вид позиции;
 - B. тонус матки и положение плода;
 - C. высоту стояния дна матки, часть плода, находящуюся в дне матки, тонус матки;
 - D. предлежание плода и отношение предлежащей части плода к плоскости входа в малый таз.
13. Вторым приемом Леопольда-Левицкого определяют:
- A. положение, позицию и вид позиции, а также тонус матки;
 - B. высоту стояния дна матки и положение плода;
 - C. высоту стояния дна матки, часть плода, находящуюся в дне матки, тонус матки;
 - D. предлежание плода и отношение предлежащей части плода к плоскости входа в малый таз.
14. Данные наружного акушерского обследования: спинка плода справа, обращена к передней стенке матки. Определите позицию и вид позиции плода.
- A. первая позиция, передний вид;
 - B. вторая позиция, задний вид;
 - C. первая позиция, задний вид;
 - D. вторая позиция, передний вид.
15. Данные наружного акушерского обследования: спинка плода слева, обращена к передней стенке матки. Определите позицию и вид позиции плода.
- A. первая позиция, передний вид;
 - B. вторая позиция, задний вид;
 - C. первая позиция, задний вид;
 - D. вторая позиция, передний вид.
16. Данные наружного акушерского обследования: спинка плода справа, обращена к задней стенке матки. Определите позицию и вид позиции плода.
- A. первая позиция, передний вид;
 - B. вторая позиция, задний вид;
 - C. первая позиция, задний вид;
 - D. вторая позиция, передний вид.
17. Данные наружного акушерского обследования: спинка плода слева, обращена к задней стенке матки. Определите позицию и вид позиции плода.
- A. первая позиция, передний вид;
 - B. вторая позиция, задний вид;

- C. первая позиция, задний вид;
 - D. вторая позиция, передний вид.
18. Третьим приемом Леопольда-Левицкого определяют:
- A. высоту стояния дна матки, часть плода, находящуюся в дне матки, тонус матки;
 - B. положение, позицию и вид позиции;
 - C. тонус матки и положение плода;
 - D. предлежание плода и отношение предлежащей части плода к плоскости входа в малый таз.
19. Четвертым приемом Леопольда-Левицкого определяют:
- A. тонус матки и положение плода;
 - B. положение, позицию и вид позиции;
 - C. высоту стояния дна матки, часть плода, находящуюся в дне матки, тонус матки;
 - D. отношение предлежащей части плода к плоскости входа в малый таз (дополнение к третьему приему).
20. Данные наружного акушерского осмотра: положение плода продольное, вторая позиция, передний вид, тазовое предлежание. Где находится точка выслушивания сердцебиения плода?
- A. слева, ближе к белой линии живота, выше пупка;
 - B. справа, ближе к белой линии живота, ниже пупка;
 - C. справа, на уровне пупка;
 - D. справа, ближе к белой линии живота, выше пупка.
21. Данные наружного акушерского осмотра: положение плода продольное, первая позиция, задний вид, тазовое предлежание. Где находится точка выслушивания сердцебиения плода?
- A. слева, ближе к боковой стенке матки, выше пупка;
 - B. слева, ближе к белой линии живота, ниже пупка;
 - C. справа, на уровне пупка;
 - D. справа, ближе к белой линии живота, выше пупка.
22. Данные наружного акушерского осмотра: положение плода продольное, первая позиция, передний вид, головное предлежание. Где находится точка выслушивания сердцебиения плода?
- A. слева, ближе к боковой стенке матки, выше пупка;
 - B. слева, ближе к белой линии живота, ниже пупка;
 - C. справа, на уровне пупка;
 - D. справа, ближе к белой линии живота, выше пупка.
23. Данные наружного акушерского осмотра: положение плода продольное, вторая позиция, задний вид, головное предлежание. Где находится точка выслушивания сердцебиения плода?
- A. справа, ближе к боковой стенке матки, ниже пупка;
 - B. слева, ближе к белой линии живота, ниже пупка;
 - C. справа, на уровне пупка;
 - D. справа, ближе к белой линии живота, выше пупка.
24. Для поперечного положения плода характерно при наружном акушерском осмотре:
- A. одна крупная часть плода ниже гребня подвздошной кости, вторая – выше гребня подвздошных костей;
 - B. головка плода ниже гребня подвздошной кости, тазовый конец выше

- ребра подвздошной кости;
- C. обе крупные части плода на уровне гребней подвздошных костей, отсутствие предлежащей части;
- D. головка плода находится в дне матки, а тазовый конец – над входом в малый таз.
25. Сердцебиение плода при первой позиции, переднем виде и поперечном положении выслушивается:
- A. слева, на уровне пупка;
- B. справа, на уровне пупка;
- C. слева, выше пупка;
- D. слева, ниже пупка.
26. Сердцебиение плода при второй позиции, переднем виде и поперечном положении выслушивается:
- A. слева, на уровне пупка;
- B. справа, на уровне пупка;
- C. слева, выше пупка;
- D. слева, ниже пупка.
27. Данные внутреннего акушерского осмотра в I периоде родов: предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева у лона, ниже большого, большой справа у крестца. Определите биомеханизм родов.
- A. затылочное предлежание, передний вид;
- B. затылочное предлежание, задний вид;
- C. переднеголовное предлежание;
- D. синклитическое вставление головки.
28. Данные внутреннего акушерского осмотра в I периоде родов: предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева у лона, ниже большого, большой справа у крестца. Определите позицию и вид позиции плода.
- A. первая позиция, передний вид;
- B. первая позиция, задний вид;
- C. вторая позиция, передний вид;
- D. вторая позиция, задний вид.
29. Данные внутреннего акушерского осмотра в I периоде родов: предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок справа у крестца, ниже большого, большой слева у лона. Определите биомеханизм родов.
- A. затылочное предлежание, передний вид;
- B. затылочное предлежание, задний вид;
- C. переднеголовное предлежание;
- D. синклитическое вставление головки.
30. Данные внутреннего акушерского осмотра в I периоде родов: предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок справа у крестца, ниже большого, большой слева у лона. Определите позицию и вид позиции плода.
- A. первая позиция, передний вид;
- B. первая позиция, задний вид;
- C. вторая позиция, передний вид;
- D. вторая позиция, задний вид.

31. Данные внутреннего акушерского осмотра в I периоде родов: предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере. Малый родничок слева у крестца, ниже большого, большой справа у лона. Определите биомеханизм родов.
- A. затылочное предлежание, передний вид;
 - B. затылочное предлежание, задний вид;
 - C. переднеголовное предлежание;
 - D. синклитическое вставление головки.
32. Данные внутреннего акушерского осмотра в I периоде родов: предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере. Малый родничок слева у крестца, ниже большого, большой справа у лона. Определите позицию и вид позиции плода.
- A. первая позиция, передний вид;
 - B. первая позиция, задний вид;
 - C. вторая позиция, передний вид;
 - D. вторая позиция, задний вид.
33. Данные внутреннего акушерского осмотра в I периоде родов: предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере. Малый родничок справа у лона, ниже большого, большой слева у крестца. Определите биомеханизм родов.
- A. затылочное предлежание, задний вид;
 - B. затылочное предлежание, передний вид;
 - C. переднеголовное предлежание;
 - D. синклитическое вставление головки.
34. Данные внутреннего акушерского осмотра в I периоде родов: предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере. Малый родничок справа у лона, ниже большого, большой слева у крестца. Определите позицию и вид позиции плода.
- A. вторая позиция, передний вид;
 - B. первая позиция, передний вид;
 - C. первая позиция, задний вид;
 - D. вторая позиция, задний вид.
35. Данные внутреннего акушерского осмотра в I периоде родов: предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере, отклонен к лону. Малый родничок справа у лона, ниже большого, большой слева у крестца. Определите тип вставления головки.
- A. синклитический;
 - B. асинклитический – задний вид;
 - C. асинклитический – передний вид;
 - D. асинклитизм Негеля.
36. Данные внутреннего акушерского осмотра в I периоде родов: предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере, отклонен к мысу. Малый родничок справа у лона, ниже большого, большой слева у крестца. Определите тип вставления головки.
- A. синклитический;
 - B. асинклитический – задний вид;
 - C. асинклитизм Лицмана;
 - D. асинклитизм Негеля.
37. Данные внутреннего акушерского осмотра в I периоде родов: предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном

размере, на одинаковом расстоянии от лона и мыса. Малый родничок справа, большой слева. Определите тип вставления головки.

- A. синклитический;
- B. асинклитический – передний вид;
- C. асинклитизм Лицмана;
- D. асинклитизм Негеля.

38. Данные внутреннего акушерского осмотра в I периоде родов: предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Лобный шов в левом косом размере, надбровные дуги справа у лона, слева у крестца передний угол большого родничка. Определите биомеханизм родов.

- A. лобное предлежание;
- B. лицевое предлежание;
- C. переднеголовное предлежание;
- D. асинклитическое вставление.

39. Данные внутреннего акушерского осмотра в I периоде родов: предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Лобный шов в левом косом размере, надбровные дуги справа у лона, слева у крестца передний угол большого родничка. Определите позицию и вид позиции плода.

- A. вторая позиция, передний вид;
- B. вторая позиция, задний вид;
- C. первая позиция, задний вид;
- D. первая позиция, передний вид.

40. Данные внутреннего акушерского осмотра в I периоде родов: предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Лобный шов в правом косом размере, надбровные дуги слева у лона, справа у крестца передний угол большого родничка. Определите биомеханизм родов.

- A. задний вид затылочного предлежания;
- B. лобное предлежание;
- C. лицевое предлежание;
- D. переднеголовное предлежание.

41. Данные внутреннего акушерского осмотра в I периоде родов: предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Лобный шов в правом косом размере, надбровные дуги слева у лона, справа у крестца передний угол большого родничка. Определите позицию и вид позиции плода.

- A. первая позиция, передний вид;
- B. вторая позиция, задний вид;
- C. первая позиция, задний вид;
- D. вторая позиция, передний вид.

42. Данные внутреннего акушерского осмотра в I периоде родов: предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, большой родничок слева у лона, ниже малого, малый - справа у крестца. Определите биомеханизм родов.

- A. переднеголовное предлежание, задний вид;
- B. задний вид затылочного предлежания;
- C. лобное предлежание;
- D. переднеголовное предлежание, передний вид.

43. Данные внутреннего акушерского осмотра в I периоде родов: предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, большой родничок слева у лона, ниже малого, малый - справа у крестца. Определите позицию и вид позиции плода.

- A. первая позиция, передний вид;
 - B. первая позиция, задний вид;
 - C. вторая позиция, передний вид;
 - D. вторая позиция, задний вид.
44. Данные внутреннего акушерского осмотра в I периоде родов: предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере, большой родничок справа у лона, ниже малого, малый - слева у крестца. Определите биомеханизм родов.
- A. переднеголовное предлежание, задний вид;
 - B. задний вид затылочного предлежания;
 - C. лобное предлежание;
 - D. переднеголовное предлежание, передний вид.
45. Данные внутреннего акушерского осмотра в I периоде родов: предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере, большой родничок справа у лона, ниже малого, малый - слева у крестца. Определите позицию и вид позиции плода.
- A. первая позиция, передний вид;
 - B. первая позиция, задний вид;
 - C. вторая позиция, передний вид;
 - D. вторая позиция, задний вид.
46. Данные внутреннего акушерского осмотра в I периоде родов: предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Лицевая линия в левом косом размере, подбородок справа у лона, корень носа - слева у крестца. Определите биомеханизм родов.
- A. лицевое предлежание, задний вид;
 - B. задний вид затылочного предлежания;
 - C. лобное предлежание;
 - D. переднеголовное предлежание, задний вид.
47. Данные внутреннего акушерского осмотра в I периоде родов: предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Лицевая линия в левом косом размере, подбородок справа у лона, корень носа - слева у крестца. Определите позицию и вид позиции плода.
- A. первая позиция, передний вид;
 - B. первая позиция, задний вид;
 - C. вторая позиция, передний вид;
 - D. вторая позиция, задний вид.
48. Данные внутреннего акушерского осмотра в I периоде родов: предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Лицевая линия в правом косом размере, подбородок слева у лона, корень носа - справа у крестца. Определите биомеханизм родов.
- A. задний вид затылочного предлежания;
 - B. лицевое предлежание, передний вид;
 - C. лицевое предлежание, задний вид;
 - D. переднеголовное предлежание, задний вид.
49. Данные внутреннего акушерского осмотра в I периоде родов: предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Лицевая линия в правом косом размере, подбородок слева у лона, корень носа - справа у крестца. Определите позицию и вид позиции плода.
- A. первая позиция, передний вид;
 - B. первая позиция, задний вид;

- C. вторая позиция, передний вид;
D. вторая позиция, задний вид.
50. Данные внутреннего акушерского осмотра в II периоде родов: головка плода в узкой части полости малого таза. Стреловидный шов в правом косом размере, ближе к прямому, малый родничок слева у лона ниже большого, большой справа у крестца. Какой момент биомеханизма родов совершился?
A. внутренний поворот головки;
B. сгибание головки;
C. дополнительное сгибание головки;
D. разгибание головки.
51. Данные внутреннего акушерского осмотра в II периоде родов: головка плода в плоскости выхода малого таза. Стреловидный шов в прямом размере, малый родничок под лонем ниже большого. Какой момент биомеханизма родов завершился?
A. внутренний поворот головки;
B. сгибание головки;
C. дополнительное сгибание головки;
D. фиксация головки.
52. Данные внутреннего акушерского осмотра в I периоде родов: предлежат ягодичы плода, прижаты ко входу в малый таз. Межвертельная линия в левом косом размере, крестец слева у лона. Определите позицию и вид позиции плода.
A. первая позиция, передний вид;
B. первая позиция, задний вид;
C. вторая позиция, передний вид;
D. вторая позиция, задний вид.
53. Данные внутреннего акушерского осмотра в I периоде родов: предлежат ягодичы плода, прижаты ко входу в малый таз. Межвертельная линия в правом косом размере, крестец справа у лона. Определите позицию и вид позиции плода.
A. первая позиция, передний вид;
B. первая позиция, задний вид;
C. вторая позиция, передний вид;
D. вторая позиция, задний вид.
54. Для «зрелой» шейки матки характерно:
A. шейка матки в центре малого таза, длиной до 1,0-1,5 см, мягкая, цервикальный канал проходим для 2-х пальцев;
B. шейка матки сглажена, открытие маточного зева 3 см;
C. шейка матки в центре малого таза; длиной 2.0-2,5 см., размягчена, цервикальный канал для 1-го пальца;
D. шейка матки отклонена кзади; длиной до 3-х см, плотная, наружный зев закрыт.
55. Для недостаточно «зрелой» шейки матки характерно:
A. шейка матки в центре малого таза, длиной до 1,0-1,5 см, мягкая, цервикальный канал проходим для 2-х пальцев;
B. шейка матки сглажена, открытие маточного зева 3 см;
C. шейка матки в центре малого таза; длиной 2.0 см., размягчена, цервикальный канал для 1-го пальца;
D. шейка матки отклонена кзади; длиной до 3-х см, плотная, наружный зев закрыт.

56. Для «незрелой» шейки матки характерно:
- A. шейка матки в центре малого таза, длиной до 1,0-1,5 см, мягкая, цервикальный канал проходим для 2-х пальцев;
 - B. шейка матки сглажена, открытие маточного зева 3 см;
 - C. шейка матки в центре малого таза; длиной 2,0-2,5 см. размягчена, цервикальный канал для 1-го пальца;
 - D. шейка матки отклонена кзади; длиной до 3-х см, плотная, наружный зев закрыт.
57. Преимущественный ход мышечных волокон в теле матки
- A. косо-продольный;
 - B. циркулярный;
 - C. косой;
 - D. продольный.
58. Преимущественный ход мышечных волокон в шейке матки
- A. косой;
 - B. циркулярный;
 - C. косо-продольный;
 - D. продольный.
59. Лидирующее место инфекционных осложнений при операции кесарева сечения занимают:
- A. раневая инфекция и эндометрит;
 - B. перитонит;
 - C. тромбофлебит;
 - D. несостоятельность швов на матке.
60. С целью снижения риска респираторных осложнений у новорожденного плановое кесарево сечение должно проводиться в сроки:
- A. после 37-38 недель;
 - B. после 39 недель;
 - C. после 40 недель;
 - D. при любом из вышеперечисленном сроке беременности.
61. Риск разрыва матки при последующей беременности и в родах у пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения снижается до 0,5-1% при следующем разрезе на матке:
- A. поперечном в нижнем сегменте;
 - B. Т-образном;
 - C. вертикальном истмико-корпоральном;
 - D. J-образном.
62. Схема проведения антибиотикопрофилактики при абдоминальном родоразрешении:
- A. введение антибиотика за 30 мин-1 час до операции или интраоперационно сразу после пережатия пуповины;
 - B. антибактериальная терапия в течение 5 дней послеоперационного периода;
 - C. введение антибиотика за сутки до плановой операции;
 - D. введение антибиотика сразу после завершения операции.
63. Объем инфузионной терапии у рожениц, принимающих жидкость и пищу, после неосложненного абдоминального родоразрешения в первые сутки составляет:
- A. 2000 мл;
 - B. 1200-1500 мл;

- C. более 1500 мл;
 - D. менее 1000 мл.
64. Показаниями для проведения инфузионной терапии после абдоминального родоразрешения на 2-е сутки являются все, кроме:
- A. парез кишечника;
 - B. патологическая кровопотеря;
 - C. температура тела $37,5^{\circ}\text{C}$ и выше;
 - D. преэклампсия.
65. Перевод родильницы после абдоминального родоразрешения в послеродовое отделение после региональной анестезии через:
- A. 12 часов;
 - B. 6-8 часов;
 - C. 4-6 часов;
 - D. 24 часа.
66. Перевод родильницы после абдоминального родоразрешения в послеродовое отделение после наркоза через:
- A. 8-12 часов;
 - B. 6-8 часов;
 - C. 4-6 часов;
 - D. 24 часа.
67. Ультразвуковое исследование матки в послеоперационном периоде после абдоминального родоразрешения проводится на:
- A. на 3-4-е сутки;
 - B. на 2-е сутки;
 - C. на 5-е сутки;
 - D. не проводится, так как считается неэффективным методом диагностики осложнений.
68. Ультразвуковое исследование матки в послеродовом периоде проводится на:
- A. на 2-е сутки;
 - B. на 5-е сутки;
 - C. на 3-е сутки;
 - D. не проводится, так как считается неэффективным методом диагностики осложнений.
69. Показанием для донного кесарева сечения поперечным разрезом по-Фритчу является:
- A. выбор хирурга;
 - B. отсутствие нижнего сегмента;
 - C. предлежание плаценты с преимущественным расположением на передней стенке матки с подозрением на врастание;
 - D. поперечное положение плода.
70. В оценке полноценности рубца на матке после операции кесарева сечения имеет значение, прежде всего:
- A. спонтанное начало родовой деятельности;
 - B. данные УЗ-исследования;
 - C. масса плода при данной беременности;
 - D. интервал между операцией и наступлением беременности.
71. При всех ниже перечисленных условиях возможно ведение родов через естественные родовые пути с рубцом на матке после операции кесарева

сечения, кроме:

- A. интранатального КТГ-мониторирования;
- B. возможности проведения экстренного родоразрешения путем операции кесарева сечения (свободная операционная);
- C. желания пациентки;
- D. интергенеративного интервала менее 1 года.

72. В каком случае беременной с рубцом на матке после операции кесарева сечения могут планироваться роды через естественные родовые пути?

- A. рубец на матке после 2-х и более операций кесарева сечения;
- B. в случае, если предполагаемая масса плода в данную беременность не превышает массу новорожденного при предыдущем родоразрешении;
- C. показанием для оперативного родоразрешения в прошлый раз были упорная слабость родовой деятельности и аномалия развития матки;
- D. перинатальные потери в анамнезе.

73. Наблюдение акушеркой в родах за роженицей в I периоде родов не включает:

- A. нахождение ее у роженицы каждые 5-30 минут;
- B. измерение пульса ежечасно;
- C. измерение АД и температуры тела каждые 4 часа;
- D. влагалищное исследование не реже 1 р в 6 часов.

74. Наблюдение акушеркой в родах за роженицей в I периоде родов:

- A. каждые 15-30 минут, а в конце первого периода родов постоянно;
- B. постоянно;
- C. каждые 30 минут;
- D. каждый час.

75. Наблюдение акушеркой в родах за роженицей в II периоде родов:

- A. каждые 15-30 минут, а в конце первого периода родов постоянно;
- B. постоянно;
- C. каждые 30 минут;
- D. каждый час.

76. Кратность измерения АД и температуры тела в первом периоде родов:

- A. 1 раз в 4 часа;
- B. каждые 30 минут;
- C. каждый час;
- D. 1 раз в 2 часа.

77. Кратность оценки сократительной активности матки в первом периоде родов:

- A. 1 раз в 4 часа;
- B. каждые 30 минут;
- C. каждый час;
- D. 1 раз в 2 часа.

78. Регистрация сократительной активности матки в партограмме в первом периоде родов:

- A. 1 раз в 4 часа;
- B. каждый час;
- C. каждые 30 минут;
- D. 1 раз в 2 часа.

79. Своевременные (срочные) роды – это роды, произошедшие в срок:

- A. 37 недель 1 день – 41 неделя;
- B. 38-40 недель;

- C. после 37 недели;
D. 40-42 недели.
80. Продолжительность нормальных родов у первородящей не должна превышать:
A. 18 часов;
B. 24 часов;
C. 6 часов;
D. 10 часов.
81. Продолжительность нормальных родов у повторнородящей не должна превышать:
A. 12 часов;
B. 18 часов;
C. 6 часов;
D. 10 часов.
82. Продолжительность второго периода родов у повторнородящих:
A. 15 минут – 1 час 10 минут;
B. 5 минут – 30 минут;
C. 2 часа;
D. 1,5 часа.
83. Продолжительность второго периода родов у первородящих:
A. 15 минут – 1 час 10 минут;
B. 5 минут – 30 минут;
C. 2 часа;
D. 1 - 3 часа.
84. Продолжительность второго периода родов у повторнородящих на фоне эпидуральной анестезии:
A. не более 3 часов;
B. 5 минут – 30 минут;
C. 2 часа;
D. 1,5 часа.
85. Продолжительность второго периода родов у первородящих на фоне эпидуральной анестезии:
A. 2-3 часа;
B. Не более 4 часов;
C. 2 часа;
D. 1,5 часа.
86. Формула расчета предполагаемой массы плода по Жордания:
A. $ОЖ \cdot ВДМ = ПМП$;
B. $(ОЖ - ВДМ) \cdot 100 / 4 = ПМП$;
C. $(ОЖ - ВДМ) \cdot 100 = ПМП$;
D. $(ОЖ \cdot ВДМ) - 100 = ПМП$.
87. Ведущим фактором, определяющим начало родовой деятельности, является:
A. «старение» плаценты;
B. растяжение матки плодным яйцом;
C. генетическая завершенность развития плода;
D. снижение уровня прогестерона.
88. Прелиминарный период характеризуется всем перечисленным, кроме:
A. регулярными нарастающими по интенсивности и продолжительности схватками;

- B. структурные изменения шейки матки;
 - C. продолжительные координированные малоболезненные схватки, продолжительностью не более 6 часов;
 - D. фиксацией предлежащей части (головки) ко входу в малый таз.
89. Начало родовой деятельности принято характеризуется:
- A. появлением схваток с частотой 1-2 за 20 минут;
 - B. появлением регулярных схваток, приводящих к структурным изменениям шейки матки;
 - C. излитием околоплодных вод и появлением схваток;
 - D. появлением изгоняющих сил – схваток.
90. Своевременное излитие околоплодных вод – это излитие вод:
- A. в латентную фазу родов;
 - B. в активную фазу родов после открытия маточного зева на 5 см и более;
 - C. до начала родовой деятельности;
 - D. с момента открытия маточного зева на 3 и более см.
91. Преждевременное излитие околоплодных вод – это излитие вод:
- A. в латентную фазу родов;
 - B. в активную фазу родов после открытия маточного зева на 5 см и более;
 - C. до начала родовой деятельности;
 - D. с момента открытия маточного зева на 3 и более см.
92. Раннее излитие околоплодных вод – это излитие вод:
- A. в латентную фазу родов;
 - B. в активную фазу родов после открытия маточного зева на 5 см и более;
 - C. до начала родовой деятельности;
 - D. с началом родовой деятельности до открытия маточного зева на 5 см.
93. При преждевременном излитии околоплодных вод повышается риск развития:
- A. стремительных родов;
 - B. хориоамнионита (эндометрита);
 - C. гипотонического кровотечения;
 - D. родовой травмы роженицы.
94. Показанием для влагалищного исследования не является:
- A. преждевременное излитие околоплодных вод при недоношенной беременности;
 - B. оценка степени зрелости шейки матки;
 - C. оценка динамики открытия маточного зева;
 - D. изменение сердцебиения по данным КТГ.
95. Эффективность родовой деятельности объективно оценивается:
- A. по частоте и продолжительности схваток;
 - B. по длительности активной фазы родов;
 - C. по темпу открытия маточного зева и продвижения плода по родовому каналу;
 - D. по времени излития околоплодных вод.
96. Латентная фаза первого периода родов:
- A. с момента начала родовой деятельности до сглаживания шейки матки;
 - B. период открытия шейки матки до 5 см;
 - C. период открытия шейки матки до 3-4 см;
 - D. до момента излития околоплодных вод.
97. Активная фаза первого периода родов:

- A. период открытия маточного зева с 3-4 см до 8 см;
 - B. период открытия маточного зева с 3-4 см до полного;
 - C. период открытия маточного зева с 3-4 см до момента излития околоплодных вод;
 - D. первый период родов с момента сглаживание шейки матки.
98. Фаза замедления в первом периоде родов:
- A. период открытия маточного зева с 3-4 см до 8 см;
 - B. период открытия маточного зева с 8 см до полного;
 - C. период открытия маточного зева с 3-4 см до момента излития околоплодных вод;
 - D. первый период родов с момента сглаживание шейки матки.
99. Скорость раскрытия маточного зева в латентную фазу составляет:
- A. 1 см/час;
 - B. 2 см/час;
 - C. 0,35 см/час;
 - D. 1,5 см/час.
100. Скорость раскрытия маточного зева у первородящих в активную фазу составляет:
- A. 1,2-2 см/час;
 - B. 2-2,5 см/час;
 - C. 1,5-2,5 см/час;
 - D. 0,35 см/час.
101. Скорость раскрытия маточного зева у повторнородящих в активную фазу составляет:
- A. 1,2-2 см/час;
 - B. 1,5-2,5 см/час;
 - C. 1,5-2,0 см/час;
 - D. 0,35 см/час.
102. Скорость раскрытия маточного зева в фазу замедления составляет:
- A. 1 см/час;
 - B. 2 см/час;
 - C. 1-1,5 см/час;
 - D. 1,5 см/час.
103. Скорость продвижения головки по родовым путям во втором периоде родов у первородящих:
- A. 1 см/час;
 - B. 2 см/час;
 - C. 1,2 см/час;
 - D. 1,5-2 см/час.
104. Скорость продвижения головки по родовым путям во втором периоде родов у повторнородящих:
- A. 1 см/час;
 - B. 2 см/час;
 - C. 1,2 см/час;
 - D. 1,5-2 см/час.
105. Продолжительность быстрых родов у первородящих составляет:
- A. 4-6 часов;
 - B. менее 4 часов;

- C. 2-4 часа;
D. менее 2-х часов.
106. Продолжительность стремительных родов у первородящих составляет:
A. 4-6 часов;
B. менее 4 часов;
C. 2-4 часа;
D. менее 2-х часов.
107. Продолжительность быстрых родов у повторнородящих составляет:
A. 4-6 часов;
B. менее 4 часов;
C. 2-4 часа;
D. менее 2-х часов.
108. Продолжительность стремительных родов у повторнородящих составляет:
A. 4-6 часов;
B. менее 4 часов;
C. 2-4 часа;
D. менее 2-х часов.
109. Длительность нахождения головки большим сегментом в одной плоскости во втором периоде родов у первородящей не должна превышать:
A. 20-30 минут;
B. 1 часа;
C. 30-40 минут;
D. 2-х часов.
110. Длительность нахождения головки большим сегментом в одной плоскости во втором периоде родов у повторнородящей не должна превышать:
A. 20-30 минут;
B. 1 часа;
C. 30-40 минут;
D. 2-х часов.
111. Эффективные потуги начинаются с момента нахождения головки:
A. в узкой части полости малого таза или на тазовом дне;
B. большим сегментом во входе в малый таз;
C. в широкой части полости малого таза;
D. малым сегментом во входе в малый таз;
112. Профилактика кровотечения в раннем послеродовом периоде проводится:
A. с момента прорезывания плечиков введение окситоцина 5 ЕД в/в или 10 ЕД в/м;
B. с момента прорезывания головки введение окситоцина 5 ЕД в/в;
C. с момента прорезывания головки введение окситоцина 10 ЕД в/в;
D. после рождения плода 10 ЕД в/м.
113. Профилактика кровотечения в раннем послеродовом периоде проводится:
A. с момента прорезывания головки введение окситоцина 5 ЕД в/в;
B. начиная с конца I периода родов 5 ЕД окситоцина на 50 мл физ.р-ра в/в инфузوماتом со скоростью 1,8 мл/час, с момента прорезывания плечиков скорость введения увеличивают до 15,2 мл/час;
C. с момента прорезывания головки введение окситоцина 10 ЕД в/в;
D. после рождения плода 10 ЕД в/м.

114. Продолжительность раннего послеродового периода составляет:
- A. 2 часа с момента рождения последа;
 - B. 4 часа с момента рождения последа;
 - C. 6 часов после окончания родов;
 - D. 30 минут после рождения плода.
115. Допустимая кровопотеря в родах при физиологическом течении беременности и родов составляет:
- A. 500 мл;
 - B. 0,5% от массы тела;
 - C. 0,3% от массы тела;
 - D. 250 мл.
116. Масса роженицы 75 кг, допустимая кровопотеря при физиологическом течении беременности и родов составляет:
- A. 325 мл;
 - B. 500 мл;
 - C. 375 мл;
 - D. 400 мл.
117. Активная тактика ведения третьего периода родов подразумевает:
- A. введение окситоцина (в первую минуту после рождения плода -10 ЕД в/м или в/в медленно) и выполнения контролируемых тракций за пуповину;
 - B. выполнение тракций за пуповину;
 - C. прием метода Абуладзе при наличии признаков отделения плаценты;
 - D. прием любого наружного метода выделения последа при наличии признаков отделения плаценты.
118. Признак отделения плаценты Шредера заключается в:
- A. изменении формы и высоты стояния дна матки;
 - B. удлинении наружного отрезка пуповины;
 - C. удлинении отрезка пуповины при потуживании;
 - D. удлинении отрезка пуповины при надавливании ребром ладони над лоном.
119. Признак отделения плаценты Клейна заключается в:
- A. изменении формы и высоты стояния дна матки;
 - B. удлинении наружного отрезка пуповины;
 - C. удлинении отрезка пуповины при потуживании;
 - D. удлинении отрезка пуповины при надавливании ребром ладони над лоном.
120. Признак отделения плаценты Альфельда заключается в:
- A. изменении формы и высоты стояния дна матки;
 - B. удлинении наружного отрезка пуповины;
 - C. удлинении отрезка пуповины при потуживании;
 - D. удлинении отрезка пуповины при надавливании ребром ладони над лоном.
121. Признак отделения плаценты Кюстнера-Чукалова заключается в:
- A. изменении формы и высоты стояния дна матки;
 - B. удлинении наружного отрезка пуповины;
 - C. удлинении отрезка пуповины при потуживании;
 - D. удлинении отрезка пуповины при надавливании ребром ладони над лоном.
122. Третий период родов продолжается 15 минут, появились кровянистые выделения из половых путей. Что в первую очередь должен предпринять врач акушер-гинеколог?
- A. ручное отделение плаценты и выделение последа;

- V. применить любой из способов наружного выделения последа;
 - C. определить признаки отделения плаценты, дальнейшая тактика в зависимости от их наличия;
 - D. продолжить наблюдение за признаками отделения плаценты оставшиеся 15 минут.
123. Третий период родов продолжается 25 минут, появились кровянистые выделения из половых путей и одновременно признаки отделения плаценты. Что должен предпринять врач акушер-гинеколог?
- A. ручное отделение плаценты и выделение последа;
 - V. применить любой из способов наружного выделения последа;
 - C. активное ведение третьего периода родов;
 - D. продолжить наблюдение за признаками отделения плаценты оставшиеся 5 минут.
124. При физиологическом течении послеродового периода формирование внутреннего зева цервикального канала заканчивается:
- A. к 10 суткам;
 - V. к 3 суткам;
 - C. через 2 недели;
 - D. через 1 месяц.
125. При физиологическом течении послеродового периода формирование наружного зева цервикального канала заканчивается:
- A. на 10 сутки;
 - V. через 3 недели;
 - C. через 1 месяц;
 - D. через 5-6 недель.
126. При физиологическом течении послеродового периода на 3-4 сутки характер лохий:
- A. серозные;
 - V. слизистые;
 - C. кровянистые;
 - D. кровянисто-серозные.
127. При физиологическом течении послеродового периода на 10-е сутки характер лохий:
- A. серозные;
 - V. слизистые;
 - C. кровянистые;
 - D. кровянисто-серозные.
128. Выделение лохий заканчивается к концу:
- A. 10-х суток;
 - V. 3-й недели;
 - C. 1-го месяца;
 - D. 5-6 недели.
129. Полное восстановление структуры эндометрия после родов происходит:
- A. на 6-8 неделе;
 - V. на 14 день;
 - C. на 4 неделе;
 - D. на 10-е сутки.

130. Эпителизация внутренней поверхности матки в области плацентарной площадки заканчивается:
- A. на 10-е сутки послеродового периода;
 - B. к концу 3-й недели послеродового периода;
 - C. на 6-8 неделе послеродового периода;
 - D. к концу 4-й недели послеродового периода.
131. Задержка обратного развития матки в послеродовом периоде называется:
- A. лохиометрой;
 - B. гематометрой;
 - C. эндометритом;
 - D. субинволюцией.
132. Непрерывный КТГ-мониторинг в родах не показан при:
- A. применении эпидуральной анестезии;
 - B. длительности безводного промежутка более 24 часов;
 - C. перенесенной беременности;
 - D. своевременных родах в затылочном предлежании.
133. Биофизический профиль плода включает следующие критерии оценки:
- A. КТГ-нестрессовый тест, двигательную активность; дыхательные движения плода; мышечного тонуса, объем околоплодных вод и степень зрелости плаценты;
 - B. КТГ, двигательную активность и дыхательные движения плода;
 - C. степень зрелости плаценты, ИАЖ, мышечный тонус плода, двигательную активность плода, КТГ;
 - D. КТГ, мышечный тонус плода, двигательную активность плода, степень зрелости плаценты.
134. Нестрессовый тест во время записи КТГ заключается в оценке реакции сердечно-сосудистой системы плода в ответ на:
- A. его движения;
 - B. на введение окситоцина матери;
 - C. на непродолжительную задержку дыхания беременной;
 - D. на физическую нагрузку.

Для базы ординаторам!!!!

135. Шкала балльной оценки КТГ W.Fischer (1976 г.) включает оценку следующих параметров:
- A. базальную ЧСС, наличие акцелераций и децелераций.
 - B. вариабельность базального ритма (частота осцилляций и их амплитуда);
 - C. базальную ЧСС; вариабельность базального ритма (частота осцилляций и их амплитуда); наличие акцелераций и децелераций;
 - D. базальную ЧСС; вариабельность базального ритма (частота осцилляций и их амплитуда).
136. Шкала балльной оценки КТГ W.Fischer (1976 г.) включает оценку:
- A. базальную ЧСС;
 - B. вариабельности базального ритма;
 - C. наличие акцелераций и делераций;
 - D. движения плода.
137. Оценка КТГ по балльной шкале W.Fischer 8-10 баллов свидетельствует о:
- A. удовлетворительном состоянии плода;
 - B. начальных признаках гипоксии;

- C. декомпенсации плацентарной недостаточности;
 - D. компенсации плацентарной недостаточности.
138. Оценка КТГ по балльной шкале W.Fischer 5-7 баллов свидетельствует о:
- A. удовлетворительном состоянии плода;
 - B. начальных признаках гипоксии;
 - C. серьезных изменениях состояния плода;
 - D. компенсации плацентарной недостаточности.
139. Оценка КТГ по балльной шкале W.Fischer 0-4 балла свидетельствует о:
- A. удовлетворительном состоянии плода;
 - B. начальных признаках гипоксии;
 - C. жизнеугрожающих нарушениях состояния плода;
 - D. компенсации плацентарной недостаточности.
140. Амплитуда variability базального ритма по данным КТГ в норме составляет;
- A. 5-25 уд/мин;
 - B. 20-25 уд/мин;
 - C. 5-10 уд/мин;
 - D. в среднем 5 уд/мин.
141. В норме типы КТГ плода:
- A. ундулирующий и сальтаторный;
 - B. монотонный (немой) и синусоидальный;
 - C. синусоидальный и сальтаторный;
 - D. слегка ундулирующий.
142. Патологические типы КТГ плода все перечисленные, кроме:
- A. синусоидального;
 - B. монотонного;
 - C. ундулирующего;
 - D. слегка ундулирующего.
143. Синусоидальный тип КТГ плода, как правило, характерен для:
- A. гемолитической болезни плода;
 - B. удовлетворительного состояния плода;
 - C. ЗРП;
 - D. маловодия.
144. Амплитуда осцилляций при ундулирующем типе КТГ находится в пределах:
- A. более 25 в мин;
 - B. 10-15 в мин;
 - C. 3-4 в мин;
 - D. До 10 в мин.
145. Амплитуда осцилляций при слегка ундулирующем типе КТГ находится в пределах:
- A. более 25 в мин;
 - B. 10-15 в мин;
 - C. 3-4 в мин;
 - D. 5-10 в мин.
146. Для сальтаторного типа КТГ плода характерно:
- A. амплитуда осцилляция 25 и более /мин;
 - B. амплитуда осцилляций до 3-5 в мин;

- C. амплитуда осцилляций менее 3 в мин;
D. амплитуда осцилляций менее 10 в мин.
147. Поздняя или U-образная децелерация является:
A. признаком прогрессирующей гипоксии плода;
B. вариантом нормы во втором периоде родов;
C. вариантом нормы в первом периоде родов;
D. нет верного ответа.
148. Ранняя или V-образная децелерация является:
A. признаком тяжелой гипоксии плода;
B. следствием сдавления головки или пуповины во время схватки;
C. признаком прогрессирующей гипоксии плода;
D. признаком гемолитической болезни плода.
149. К характеристикам ранней V-образной децелерации не относится:
A. урежение сердцебиения совпадает с началом схватки;
B. пик децелерации совпадает с пиком схватки;
C. постепенное восстановление сердцебиения плода к концу схватки;
D. длительность децелерации превышает длительность схватки.
150. Вариабельные децелерации являются:
A. следствием сдавления сосудов пуповины, что вызывает внезапную гипертензию и вагусный ответ, и как следствие брадикардию;
B. признаком гемолитической болезни плода;
C. признаком хронической гипоксии плода;
D. признаком компенсации плацентарных нарушений.
151. Клиническим признаком тяжелой острой гипоксии плода является:
A. стойкая брадикардия < 100 уд/мин;
B. глухость тонов сердца плода;
C. сердцебиение плода 160-180 уд/мин;
D. сердцебиение плода 120-150 уд/мин.
152. Показанием для проведения амниоскопии является:
A. перенашивание беременности;
B. «незрелая» шейка матки;
C. vasa previa;
D. тазовое предлежание.
153. Противопоказанием для проведения амниоскопии не является:
A. перенашивание беременности;
B. недостаточно «зрелая» шейка матки;
C. vasa previa;
D. тазовое предлежание.
154. Оптимальным сроком для проведения амниоцентеза является:
A. 12 недель;
B. 30 недель;
C. 16-20 недель;
D. в III триместре.
155. Оптимальным сроком для проведения хорионбиопсии является:
A. 10-12 недель;
B. 8 недель;
C. 16-20 недель;

- D. во II триместре.
156. Сроком для проведения кордоцентаза является:
A. 12 недель;
B. 30 недель;
C. после 20 недель;
D. в III триместре.
157. Дополнительная антенатальная профилактика резус-иммунизации в первом триместре беременности после инвазивных манипуляций проводится в дозе:
A. 625 ME (125 мкг) анти -Rh(D)-иммуноглобулина;
B. 1250- 1500 ME (250-300 мкг) анти- Rh(D)-иммуноглобулина;
C. 1250- 1500 ME (300-600 мкг) анти- Rh(D)-иммуноглобулина;
D. 625 ME (250 мкг) анти -Rh(D)-иммуноглобулина.
158. Дополнительная антенатальная профилактика резус-иммунизации во втором и третьем триместрах беременности проводится в дозе:
A. 625 ME (125 мкг) анти -Rh(D)-иммуноглобулина;
B. 1250- 1500 ME (250-300 мкг) анти- Rh(D)-иммуноглобулина;
C. 1250- 1500 ME (300-600 мкг) анти- Rh(D)-иммуноглобулина;
D. 625 ME (250 мкг) анти -Rh(D)-иммуноглобулина.
159. Скрининговые исследования крови матери на наличие анти-Rh-антител до 28 недель проводится с кратностью:
A. 2 раза в месяц;
B. 1 раз в 2 недели;
C. 1 раз в месяц;
D. 1 раз в 2 месяца.
160. В соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11. 2012 г. скрининговые исследования крови матери на наличие анти-Rh-антител после 32 недель проводится с кратностью:
A. 2 раза в месяц;
B. 1 раз в 2 недели;
C. 1 раз в месяц;
D. 1 раз в 2 месяца.
161. Специфическая постнатальная профилактика резус-иммунизации пациентки при отсутствии у нее резус-иммунизации в случае рождения ребенка с резус-положительной принадлежностью крови проводится анти -Rh(D)-иммуноглобулином в дозе:
A. 625 ME (125 мкг);
B. 1500 ME (300 мкг);
C. 1250 ME (300 мкг);
D. 625 ME (250 мкг).
162. Специфическая постнатальная профилактика резус-иммунизации пациентки при отсутствии у нее резус-иммунизации в случае рождения ребенка с резус-положительной принадлежностью крови проводится анти -Rh(D)-иммуноглобулином в течение:
A. первых 72 часов после родоразрешения;
B. первых 12 часов после родов;
C. первых 48 часов после родов;
D. первых 6 часов после родоразрешения.

163. Современная и своевременная пренатальная диагностика гемолитической болезни плода основана на:
- A. ультразвуковых фетометрических показателях (гепато- и сплен-, плацентометрия);
 - B. определении оптической плотности билирубина (амниоцентез);
 - C. неинвазивном определении максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии плода;
 - D. определении ультразвуковых критериев гемолитической болезни плода.
164. Частота тазового предлежания при доношенной беременности составляет;
- A. 3-5%;
 - B. до 10%;
 - C. 0,1-1%;
 - D. 25%.
165. Частота чистого ягодичного предлежания при доношенной беременности в структуре тазового предлежания составляет:
- A. 63-68%;
 - B. 20-23%;
 - C. 10-12%;
 - D. 3-4%.
166. Частота смешанного ягодичного предлежания при доношенной беременности в структуре тазового предлежания составляет:
- A. 63-68%;
 - B. 20-23%;
 - C. 10-12%;
 - D. 3-4%.
167. Задачами ультразвукового исследования при тазовом предлежании являются все перечисленные, кроме:
- A. определить вид тазового предлежания;
 - B. определить предполагаемую массу плода;
 - C. определить степень разгибания головки;
 - D. определить позицию плода.
168. Клинически значимо подтверждение тазового предлежания в:
- A. 36 недель;
 - B. 32 недели;
 - C. 38 недель;
 - D. 34 недели.
169. Оптимальный срок гестации для наружного поворота плода на головку при тазовом предлежании у первородящей:
- A. 36 недель;
 - B. 34 недели;
 - C. 37 недель;
 - D. 32 недели.
170. Оптимальный срок гестации для наружного поворота плода на головку при тазовом предлежании у повторнородящей:
- A. 36 недель;
 - B. 34 недели;
 - C. 37 недель;
 - D. 32 недели.

171. Главным условием для производства наружного поворота плода на головку при тазовом предлежании из ниже перечисленных является:
- A. возможность выполнить экстренное кесарево сечение;
 - B. возможность экстренной госпитализации;
 - C. ультразвуковое исследование;
 - D. опорожненный мочевой пузырь.
172. Предиктором успешного выполнения наружного акушерского поворота плода на головку при тазовом предлежании из ниже перечисленных является:
- A. чистое ягодичное предлежание;
 - B. маловодие;
 - C. первородящая;
 - D. возраст до 30 лет.
173. Предикторы успешного наружного акушерского поворота все, кроме:
- A. многорожавшие;
 - B. низкий индекс массы тела беременной и абдоминальная пальпация головки плода;
 - C. локализация плаценты по задней стенке;
 - D. индекс амниотической жидкости меньше 10 см.
167. Противопоказанием для наружного акушерского поворота является:
- A. повторнородящая;
 - B. умеренное многоводие;
 - C. краевое предлежание плаценты;
 - D. поперечное или косое положение плода.
174. Возможные осложнения при проведении наружного акушерского поворота включают все, кроме:
- A. отслойки плаценты;
 - B. преждевременного излития околоплодных вод;
 - C. презклампсии;
 - D. фето-материнской трансфузии.
175. Рекомендуемым сроком родоразрешения путем плановой операции кесарева сечения при тазовом предлежании является:
- A. 39 недель;
 - B. 37-38 недель;
 - C. 40-41 неделя;
 - D. 38 недель.
176. Влагалищное исследование после излития околоплодных вод при тазовом предлежании:
- A. обязателен во всех случаях;
 - B. только при наличии кровянистых выделений из половых путей;
 - C. только при изменениях КТГ;
 - D. при излитии мекониальных околоплодных вод.
177. Цель пособия по Цовьянову I:
- A. сохранить правильное членорасположение плода при чисто ягодичном предлежании, предупредить запрокидывание ручек и разгибание головки;
 - B. помощь в рождении плечевого пояса;
 - C. перевести ножное предлежание в смешанное ягодичное;
 - D. рождение последующей головки.
178. Цель пособия по Цовьянову II:

- A. сохранить правильное членорасположение плода при чисто ягодичном предлежании и способствовать формированию переднего вида;
 - B. помощь в рождении плечевого пояса;
 - C. перевести ножное предлежания в смешанное ягодичное;
 - D. рождение последующей головки.
179. Цель оказания классического ручного пособия при тазовом предлежании плода:
- A. сохранить правильное членорасположение плода при чисто ягодичном предлежании и способствовать формированию переднего вида;
 - B. помощь в рождении плечевого пояса и последующей головки;
 - C. перевести ножное предлежания в смешанное ягодичное;
 - D. рождение последующей головки.
180. С какого момента родов рекомендуется приступить к оказанию классического ручного пособия при тазовом предлежании?
- A. с момента прорезывания ягодич;
 - B. с момента рождения туловища до пупка;
 - C. с момента рождения туловища до нижнего угла передней лопатки, при условии отсутствия самостоятельного рождения плечевого пояса в течение 2-3 минут;
 - D. с момента рождения задней ручки.
181. Варианты оказания ручного пособия при тазовом предлежании плода (освобождение плечевого пояса и ручек плода) все перечисленные, кроме:
- A. классическое ручное пособие;
 - B. пособие по Смелли-Вейта;
 - C. пособие по Мюллеру;
 - D. пособие по Мартыншину.
182. Методика оказания классического ручного пособия включает:
- A. освобождение задней ручки плода, поворот плода на 180° , тем самым перевод передней ручки в заднюю, освобождение второй ручки, выведение последующей головки;
 - B. освобождение задней ручки, затем освобождение передней ручки, выведение последующей головки;
 - C. освобождение передней ручки, затем освобождение задней ручки, выведение последующей головки;
 - D. передняя ручка рождается самостоятельно, освобождение задней ручки, выведение последующей головки.
183. Методика освобождения плечевого пояса и ручек плода по Мюллеру включает:
- A. освобождение задней ручки плода, поворот плода на 180° , тем самым перевод передней ручки в заднюю, освобождение второй ручки, выведение последующей головки;
 - B. освобождение задней ручки, затем освобождение передней ручки, выведение последующей головки;
 - C. освобождение передней ручки, поворот туловища плода не производится, затем освобождение задней ручки, выведение последующей головки;
 - D. передняя ручка рождается самостоятельно, освобождение задней ручки, выведение последующей головки.
184. Методика освобождения плечевого пояса и ручек плода по Мартыншину включает:

- A. освобождение задней ручки плода, поворот плода на 180° , тем самым перевод передней ручки в заднюю, освобождение второй ручки, выведение последующей головки;
 - B. освобождение задней ручки, поворот туловища плода не производится затем освобождение передней ручки, выведение последующей головки;
 - C. освобождение передней ручки, поворот туловища плода не производится, затем освобождение задней ручки, выведение последующей головки;
 - D. передняя ручка рождается самостоятельно, освобождение задней ручки, выведение последующей головки.
185. Из каких этапов состоит методика выведения последующей головки при тазовом предлежании?
- A. сгибание головки и выведение головки из половой щели;
 - B. внутренний поворот головки и ее сгибание;
 - C. внутренний поворот головки, ее сгибание и последующем выведение из половой щели;
 - D. эпизиотомия и выведение головки из половой щели.
186. Способы выведения последующей головки все нижеперечисленные, кроме:
- A. Морисо-Левре-Лашапель;
 - B. Смелли-Вейта;
 - C. Смелли-Мейерса;
 - D. Мюллера.
187. Врач акушер вводит во влагалище кисть руки одноименную позиции плода, плод усаживается на ладонь и предплечье данной руки акушера, в рот вводится указательный палец и, надавливая на нижнюю челюсть, сгибается головка. Это способ сгибания головки для ее выведения:
- A. Виганта-Винкершера;
 - B. Морисо-Левре-Лашапель;
 - C. Смелли-Вейта;
 - D. Смелли-Мейерса.
188. I степень запрокидывания ручек при тазовом предлежании характеризуется:
- A. расположением ручки (-ек) на лице, впереди от уха.
 - B. расположением ручки (-ек) на ухе;
 - C. расположением ручки (-ек) на затылке, запрокинуты за уши;
 - D. расположением ручки (-ек) на шее.
189. II степень запрокидывания ручек при тазовом предлежании характеризуется:
- A. расположением ручки (-ек) на лице, впереди от уха.
 - B. расположением ручки (-ек) на затылке, запрокинуты за уши;
 - C. расположением ручки (-ек) на ухе;
 - D. расположением ручки (-ек) на шее.
190. III степень запрокидывания ручек при тазовом предлежании характеризуется:
- A. расположением ручки (-ек) на лице, впереди от уха.
 - B. расположением ручки (-ек) на затылке, запрокинуты за уши;
 - C. расположением ручки (-ек) на ухе;
 - D. расположением ручки (-ек) на шее.
191. Второй период родов в чисто ягодичном предлежании. Ягодицы плода на тазовом дне. На высоте одной из потуг у роженицы начался приступ эклампсии. Акушерская тактика?

- A. анестезиологическое обеспечение - ИВЛ, экстракция плода за паховый сгиб, перевод пациентки в отделение реанимации.
 - B. анестезиологическое обеспечение - ИВЛ, кесарево сечение, продолжить лечение в отделении реанимации;
 - C. купирование приступа эклампсии, продолжить роды через естественные родовые пути, оказав пособие по Цовьянову I;
 - D. анестезиологическое обеспечение - ИВЛ, родоразрешение путем наложения акушерских щипцов на тазовый конец.
192. Этапы экстракции плода за тазовый конец следующие:
- A. захватывание и внутренний поворот ягодич, извлечение плода до нижнего угла лопаток, освобождение плечиков и ручек плода, освобождение головки плода;
 - B. захватывание и извлечение плода до пупка, освобождение плечиков и ручек плода, освобождение головки плода;
 - C. захватывание и извлечение до нижнего угла лопаток, освобождение плечиков и ручек плода, освобождение головки плода;
 - D. захватывание и извлечение плода до пупка, извлечение плода до нижнего угла лопаток, освобождение плечиков и ручек плода, освобождение головки плода.
193. Роженица в первом периоде родов. Состояние роженицы удовлетворительное. Схватки через 3-4 минуты по 35 сек. Околоплодные воды не изливались. Предлежание чисто ягодичное. Ягодицы прижаты ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 146-152 уд/мин. ПМП – 3200 г. Акушерская тактика?
- A. роды продолжить вести выжидательно, оказать пособие по Цовьянову I во втором периоде родов;
 - B. амниотомия, оценить продвижение предлежащей части по родовому каналу;
 - C. принимая во внимание тазовое предлежание плода, родоразрешить путем операции кесарева сечения;
 - D. роды продолжить вести выжидательно, оказать классическое ручное пособие при тазовом предлежании.
194. В родильный дом поступила беременная в сроке 39 недель с указанием на излитие околоплодных вод. Родовой деятельности нет. При акушерском обследовании диагностировано тазовое (ножное) предлежание, шейка матки «незрелая». Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 156-162 уд/мин. Акушерская тактика?
- A. родоразрешить путем операции кесарева сечения в экстренном порядке;
 - B. выжидательная тактика, во втором периоде родов оказать классическое ручное пособие при тазовом предлежании;
 - C. с началом родовой деятельности, оказать пособие по Цовьянову II.
 - D. приступить к родовозбуждению окситоцином.
195. В родильный дом поступила роженица в первом периоде родов с ранним излитием околоплодных вод. Срок гестации 28 недель. При ультразвуковом исследовании диагностировано ножное предлежание. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 146-152 уд/мин. Акушерская тактика?
- A. выжидательная тактика, во втором периоде родов оказать классическое ручное пособие при тазовом предлежании;
 - B. выжидательная тактика, оказать пособие по Цовьянову II.
 - C. предпочтительно для плода родоразрешение путем операции кесарева сечения в экстренном порядке;
 - D. начать антибиотикотерапию, продолжить роды вести через естественные родовые пути.

196. Неблагоприятные факторы для родов через естественные родовые пути при тазовом предлежании все перечисленные, кроме:
- A. разгибание головки;
 - B. чисто ягодичное предлежание;
 - C. предполагаемая масса плода <2000-2500 и > 3600 г;
 - D. ножное предлежание плода.
197. При родах через естественные родовые пути в тазовом предлежании не рекомендуется:
- A. рутинная эпидуральная анестезия;
 - B. оказание классического ручного пособия;
 - C. оказание акушерского пособия;
 - D. интранатальная картиотокография плода.
198. Условия для родов в тазовом предлежании через естественные родовые пути все, кроме:
- A. отсутствия анатомически узкого таза;
 - B. отсутствия рубца на матке;
 - C. массы плода 2500-3600 г;
 - D. разгибания головки.
199. Условия ведения I периода родов в тазовом предлежании все, кроме:
- A. ведения партограммы;
 - B. интранатальной картиотокографии плода;
 - C. постельного режима – пациентка лежит на боку соответственно позиции плода;
 - D. амниотомии.
200. Не показано при ведении I периода родов в тазовом предлежании:
- A. ведение партограммы;
 - B. интранатальная картиотокография плода;
 - C. родоактивация при слабости родовой деятельности;
 - D. постельный режим – пациентка лежит на боку соответственно позиции плода.
201. С какого момента оказывается пособие по Цовьянову I при ведении II периода родов в тазовом предлежании:
- A. с момента прорезывания ягодиц;
 - B. с момента рождения плода до угла лопаток;
 - C. с момента рождения плода до пупка;
 - D. с момента врезывания ягодиц.
202. Допустимое время с момента рождения плода от углов лопаток до рождения головки при ведении родов в тазовом предлежании (мин.):
- A. 5-10;
 - B. 3-5;
 - C. 5-6;
 - D. 7-8.
203. Осложнением I периода родов при тазовом предлежании является
- A. раннее излитие околоплодных вод;
 - B. преждевременное излитие околоплодных вод;
 - C. запрокидывание ручек;
 - D. разгибание головки плода.
204. Одним из принципов ведения I периода родов при тазовом предлежании является
- A. проведение ранней амниотомии;

- V. предупреждение раннего излития околоплодных вод;
 - C. эпидуральная анестезия;
 - D. активация родовой деятельности с самого начала родовой деятельности.
205. Прижатие пуповины в родах при родах в тазовом предлежании начинается с момента:
- A. рождения туловища плода до пупка;
 - B. рождения туловища плода до нижнего угла лопаток;
 - C. рождения ягодиц;
 - D. внутреннего поворота головки.
206. Точкой фиксации на головке при родах в тазовом предлежании является:
- A. затылочный бугор;
 - B. корень носа;
 - C. подзатылочная ямка;
 - D. граница волосистой части лба.
207. Осложнением II периода родов при смешанном ягодичном предлежании является
- A. запрокидывание ручек;
 - B. раннее излитие околоплодных вод;
 - C. первичная слабость родовой деятельности;
 - D. кровотечение.
208. Частота анатомически узкого таза составляет:
- A. 3-4%;
 - B. до 10%;
 - C. 2,6-23%;
 - D. 5-6%.
209. Большой и малый таз разделены плоскостью, проходящей через
- A. верхний край лона, безымянные линии, мыс;
 - B. середина лона, середина вертлужных впадин, сочленение II-III крестцовых позвонков
 - C. середина лона, седалищные ости, крестцово-копчиковое сочленение;
 - D. верхний край лона, мыс.
210. Для диагностики анатомически узкого таза с уменьшением прямого размера широкой части полости малого таза используют измерение:
- A. прямого размера плоскости выхода из малого таза;
 - B. вертикального размера ромба Михаэлиса;
 - C. лонно-крестцового размера и высоты лонного сочленения;
 - D. диагональной конъюгаты и лонного угла.
211. В норме лонно-крестцовый размер равен:
- A. 21,8 см;
 - B. 18 см;
 - C. 23 см;
 - D. 12 см.
212. Высота лонного сочленения в норме равна:
- A. 5-6 см;
 - B. 3-4 см;
 - C. 2-3 см;
 - D. Более 6 см.

213. Чему равен поперечный размер плоскости входа в малый таз?
 A. $\frac{1}{2}$ distantia cristarum;
 B. $\frac{1}{2}$ distantia spinarum;
 C. $\frac{1}{2}$ distantia trochanterica;
 D. distantia cristarum – 10 см.
214. Таз считают анатомически узким, если хотя бы один из его размеров уменьшен по сравнению с нормой на (см):
 A. 2-3;
 B. 1,5-2;
 C. 1;
 D. 2,5-3.
215. Чему равен прямой размер плоскости выхода из малого таза (см)?
 A. 9-11;
 B. 12;
 C. 11,5;
 D. 11.
216. Размер Франка равен в норме:
 A. 11 см;
 B. 21 см;
 C. 18 см;
 D. 9 см.
217. Истинная конъюгата равна (см)
 A. 11;
 B. 13;
 C. 9;
 D. 20.
218. Для какой формы сужения таза характерны данные наружной пельвиометрии 23-25-28-21 см?
 A. поперечно суженного таза;
 B. общеравномерносуженного таза;
 C. простого плоского таза;
 D. плоскоррахитического таза.
219. Для какой формы сужения таза характерны данные наружной пельвиометрии 23-25-28-18 см?
 A. поперечно суженного таза;
 B. общеравномерносуженного таза;
 C. простого плоского таза;
 D. плоскоррахитического таза.
220. Для какой формы сужения таза характерны данные наружной пельвиометрии 26-27-30-17 см?
 A. поперечно суженного таза;
 B. общеравномерносуженного таза;
 C. простого плоского таза;
 D. плоскоррахитического таза.
221. Для какой формы сужения таза характерны данные наружной пельвиометрии 25-28-30-18 см?
 A. поперечно суженного таза;

- В. общеравномерносуженного таза;
С. простого плоского таза;
D. плоскоррахитического таза.
222. Индекс Соловьева – это:
A. окружность лучезапястного сустава (см);
B. 1/10 окружности лучезапястного сустава (см);
C. расстояние от яремной вырезки до остистого отростка VII шейного позвонка;
D. равен истинной конъюгате.
223. Размер Франка – это:
A. вертикальный размер ромба Михаэлиса (см);
B. 1/10 окружности лучезапястного сустава (см);
C. расстояние от яремной вырезки до остистого отростка VII шейного позвонка;
D. равен диагональной конъюгате.
224. Для какой формы сужения таза не характерно укорочение наружной конъюгаты?
A. поперечно суженного таза;
B. общеравномерносуженного таза;
C. простого плоского таза;
D. плоскоррахитического таза.
225. Наименьшим размером плоскости входа в малый таз является:
A. истинная конъюгата;
B. расстояние между седалищными осями;
C. диагональная конъюгата;
D. расстояние между седалищными буграми.
226. Методы определения истинной конъюгаты все перечисленные, кроме:
A. вычисляют из наружной конъюгаты;
B. вычисляют из диагональной конъюгаты;
C. измеряют тазомером прямой размер плоскости выхода малого таза;
D. измеряют размер Франка.
227. Ромб Михаэлиса при простом плоском тазе характеризуется:
A. одинаковыми размерами вертикальной и поперечной диагоналей;
B. укорочением вертикальной диагонали (менее 10 см);
C. укорочением поперечной диагонали (менее 10 см);
D. удлинением вертикальной диагонали (более 11 см).
228. Данные внутреннего акушерского осмотра: головка плода прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок слева, большой справа, роднички на одном уровне. Для какой формы сужения таза характерно указанное положение головки?
A. простого плоского;
B. поперечносуженного таза;
C. общеравномерносуженного таза;
D. кососмещенного таза.
229. Данные внутреннего акушерского осмотра: головка плода прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в прямом размере, малый родничок у крестца, ниже большого, большой у лона. Для какой формы сужения таза характерно указанное положение головки?
A. простого плоского;
B. поперечносуженного таза;

- C. общеравномерносуженного таза;
D. кососмещенного таза.
230. Данные внутреннего акушерского осмотра: головка плода прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере, отклонен к мысу, малый родничок слева, большой справа, роднички на одном уровне. Для какой формы сужения таза характерно указанное положение головки?
A. плоскоррахитического;
B. поперечносуженного таза;
C. общеравномерносуженного таза;
D. простого плоского таза.
231. При какой форме сужения таза утрачивается второй момент биомеханизма родов - внутренний поворот головки?
A. поперечносуженном таза;
B. общеравномерносуженном таза;
C. простом плоском таза;
D. плоскоррахитическом таза.
232. Для какой формы сужения таза характерно высокое прямое стояние стреловидного шва?
A. общеравномерносуженного таза;
B. простого плоского таза;
C. поперечносуженного таза;
D. плоскоррахитического таза.
233. Для какой формы сужения таза характерно низкое поперечное стояние стреловидного шва?
A. общеравномерносуженного таза;
B. простого плоского таза;
C. поперечносуженного таза;
D. плоскоррахитического таза.
234. Для какой формы сужения таза характерны максимальные сгибание головки и конфигурация?
A. общеравномерносуженного таза;
B. простого плоского таза;
C. поперечносуженного таза;
D. плоскоррахитического таза.
235. Метод родоразрешения при средних размерах плода (до 3600 г) и первой степени сужения таза:
A. кесарево сечение в плановом порядке в 38-39 недель;
B. кесарево сечение в плановом порядке в 39-40 недель;
C. роды начать вести консервативно с функциональной оценкой таза;
D. родоразрешение с учетом желания пациентки.
236. Метод родоразрешения при средних размерах плода (3800 г) и второй степени сужения таза:
A. кесарево сечение в плановом порядке в 38-39 недель;
B. рекомендовано кесарево сечение в плановом порядке в 39-40 недель;
C. роды начать вести консервативно с функциональной оценкой таза;
D. родоразрешение с учетом желания пациентки.
237. Наиболее частым осложнением беременности при анатомически узком тазе является:

- A. преждевременное излитие околоплодных вод;
 - B. клинически узкий таз;
 - C. острая гипоксия плода;
 - D. плацентарная недостаточность.
238. Наиболее частым осложнением родов при анатомически узком тазе является:
- A. преждевременное излитие околоплодных вод;
 - B. клинически узкий таз;
 - C. хроническая гипоксия плода;
 - D. плацентарная недостаточность.
239. Причиной клинически узкого таза является:
- A. слабость родовой деятельности;
 - B. длительное стояние головки в одной плоскости;
 - C. разгибательное вставление головки;
 - D. тазовое предлежание.
240. Диагностические признаки клинически узкого таза все перечисленные, кроме:
- A. длительное стояние головки в одной плоскости (более 1 часа);
 - B. выраженная конфигурация головки;
 - C. положительный признак Вастена;
 - D. появление потуг при головке, расположенной выше узкой части полости малого таза.
241. Диагностический критерий угрозы разрыва матки при клиническом несоответствии размеров плода размерам таза:
- A. длительное стояние головки в одной плоскости (более 1 часа);
 - B. появление потуг при головке, расположенной выше узкой части полости малого таза;
 - C. выраженная конфигурация головки;
 - D. нарушение мочеиспускания.
242. Большой и малый таз разделены плоскостью, проходящей через:
- A. верхний край лона, безымянные линии, мыс;
 - B. середину лона, середину вертлужных впадин, сочленение II-III крестцовых позвонков;
 - C. середину лона, седалищные ости, крестцово-копчиковое сочленение;
 - D. нижний край лона, седалищные ости, крестцово-копчиковое сочленение.
243. Внутренний поворот головки плода совершается:
- A. в плоскости входа в малый таз;
 - B. на тазовом дне;
 - C. в плоскости узкой части малого таза;
 - D. при переходе из плоскости широкой части малого таза в плоскость узкой части.
244. Точкой фиксации на головке при передней виде затылочного предлежания является:
- A. малый родничок;
 - B. подзатылочная ямка;
 - C. затылочный бугор;
 - D. верхняя челюсть.

245. Точками фиксации на головке при заднем виде затылочного предлежания являются:
- A. корень носа и затылочный бугор;
 - B. граница волосистой части лба и подзатылочная ямка;
 - C. граница волосистой части лба и затылочный бугор;
 - D. верхняя челюсть.
246. Точками фиксации на головке при переднеголовном предлежании являются:
- A. подзатылочная ямка;
 - B. корень носа и затылочный бугор;
 - C. затылочный бугор и верхняя челюсть;
 - D. подъязычная кость.
247. Точкой фиксации при рождении головки при лицевом предлежании является:
- A. подзатылочная ямка;
 - B. корень носа и затылочный бугор;
 - C. затылочный бугор и верхняя челюсть;
 - D. подъязычная кость.
248. Точками фиксации на головке при лобном предлежании являются:
- A. верхняя челюсть и затылочный бугор;
 - B. подзатылочная ямка;
 - C. корень носа и затылочный бугор;
 - D. подъязычная кость и затылочный бугор.
249. Данные внутреннего акушерского осмотра: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка плода в широкой части полости малого таза. Какие опознавательные точки таза доступны для исследования?
- A. внутренняя поверхность лона, седалищные ости и крестцово-копчиковое сочленение;
 - B. нижний край внутренней поверхности лона, седалищные ости и крестцово-копчиковое сочленение;
 - C. все опознавательные точки таза не доступны для исследования;
 - D. нижний край лона, седалищные бугры и верхушка копчика.
250. Данные внутреннего акушерского осмотра: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка плода в узкой части полости малого таза. Какие опознавательные точки таза доступны для исследования?
- A. внутренняя поверхность лона, седалищные ости и крестцово-копчиковое сочленение;
 - B. нижний край внутренней поверхности лона, седалищные ости и крестцово-копчиковое сочленение;
 - C. все опознавательные точки таза не доступны для исследования;
 - D. нижний край лона, седалищные бугры и верхушка копчика.
251. Данные внутреннего акушерского осмотра: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, головка плода в плоскости выхода малого таза. Какие опознавательные точки таза доступны для исследования?
- A. внутренняя поверхность лона, седалищные ости и крестцово-копчиковое сочленение;
 - B. нижний край внутренней поверхности лона, седалищные ости и крестцово-копчиковое сочленение;
 - C. все опознавательные точки таза не доступны для исследования;
 - D. нижний край лона, седалищные бугры и верхушка копчика.

252. При нахождении головки в узкой части малого таза и наличии острой гипоксии плода показано родоразрешение:
- A. путем наложения полостных акушерских щипцов;
 - B. путем наложения выходных акушерских щипцов;
 - C. путем вакуум-экстракции плода;
 - D. кесарево сечение в экстренном порядке.
253. При нахождении головки в широкой части малого таза и наличии острой гипоксии плода показано родоразрешение:
- A. путем наложения полостных акушерских щипцов;
 - B. путем наложения выходных акушерских щипцов;
 - C. путем вакуум-экстракции плода;
 - D. кесарево сечение в экстренном порядке.
254. При нахождении головки в плоскости выхода малого таза и наличии экстренных показаний для родоразрешения (острая гипоксия плода или состояние роженицы) показано родоразрешение:
- A. возможно использование и акушерских щипцов, и вакуум-экстрактора;
 - B. путем наложения выходных акушерских щипцов;
 - C. путем вакуум-экстракции плода;
 - D. кесарево сечение в экстренном порядке.
255. Направление тракций при родоразрешении с помощью выходных акушерских щипцов при переднем виде затылочного предлежания:
- A. только кпереди, совершая разгибание головки;
 - B. вниз, кпереди, затем кзади;
 - C. только кзади, совершая сгибание головки;
 - D. только вниз.
256. Направление тракций при родоразрешении с помощью выходных акушерских щипцов при заднем виде затылочного предлежания:
- A. только кпереди, совершая разгибание головки;
 - B. вниз до формирования точки фиксации у лона границы волосистой части лба, затем кпереди до фиксации головки у крестца подзатылочной ямкой и кзади;
 - C. только кзади, совершая сгибание головки;
 - D. только вниз до формирования точки фиксации у лона границы волосистой части лба.
257. Допустимое количество тракций при успешной вакуум-экстракции плода:
- A. 1-2;
 - B. 3-6;
 - C. 4;
 - D. До 10.
258. Допустимая продолжительность успешной вакуум-экстракции плода не должна превышать:
- A. 20 минут;
 - B. 10 минут;
 - C. 30 минут;
 - D. 1 часа.
259. Дифференциальная диагностики анафилаксии у беременных (рожениц) проводится со всем нижеперечисленным, кроме:
- A. эмболией околоплодными водами;
 - B. высоким или тотальным спинальным блоком;
 - C. септическим шоком;

- D. синдромом нижней полой вены.
260. При дифференциальной диагностике анафилаксии и эмболии околоплодными водами в пользу последней:
- A. отсутствие кожных проявлений и бронхokonстрикция;
 - B. коагулопатическое кровотечение;
 - C. снижение АД;
 - D. ухудшение состояния плода.
261. Частота анафилаксии у беременных составляет:
- A. 3-10 случаев на 100 тыс. родов;
 - B. 3-10%;
 - C. 25 случаев на 100 тыс. родов;
 - D. до 25%.
262. Частота интранатальной и ранней неонатальной гибели плода при анафилаксии в родах составляет:
- A. 50-60%;
 - B. 90%;
 - C. 46%;
 - D. 3-4%.
263. Профилактикой интранатальной гибели плода является при анафилаксии у беременной (роженицы) является:
- A. кесарево сечение;
 - B. инфузионная терапия;
 - C. терапия, направленная на устранение бронхоспазма;
 - D. лечение анафилаксии и немедленное родоразрешение.
264. В случае развития тяжелой анафилаксии у беременной (роженицы) важным элементом реанимационных мероприятий является:
- A. экстренное родоразрешение (метод родоразрешения в зависимости от акушерской ситуации);
 - B. вакуум-экстракция плода или наложение акушерских щипцов;
 - C. инфузионная терапия и кесарево сечение;
 - D. контроль состояния плода.
265. Основные симптомы анафилаксии все перечисленные кроме:
- A. повышение центрального венозного давления;
 - B. резкое снижение АД и развитие острой сердечной недостаточности;
 - C. бронхоспазм;
 - D. признаки нарушения мозгового кровообращения.
266. Анафилактическая реакция подтверждается повышением уровня сывороточной триптазы (через 1-4 часа):
- A. > 25 мкг/л;
 - B. > 5 мкг/л;
 - C. > 15 мкг/л;
 - D. >30 мкг/л.
267. Препаратом первой линии в терапии анафилаксии является:
- A. адреналин;
 - B. норадреналин;
 - C. мезатон;
 - D. допамин.

268. В течение какого времени от начала реанимационных мероприятий беременной (роженицы) должно быть выполнено родоразрешение для повышения эффективности реанимационных мероприятий и извлечения живого ребенка?
А. первые 5 минут;
В. первые 10 минут;
С. не более 20 минут;
D. первые 30 минут.
269. Что следует сделать в первом периоде родов при частичном предлежании плаценты и наличии кровотечения?
А. амниотомию;
В. томпонада влагалища;
С. катетеризация периферической вены;
D. кесарево сечение в экстренном порядке.
270. Тактика врача при преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты в первом периоде родов:
А. амниотомия и родоразрешить путем наложения вакуум-экстрактора;
В. амниотомия и родоразрешить путем наложения акушерских щипцов;
С. кесарево сечение в экстренном порядке;
D. амниотомия и начать родоактивацию окситоцином.
271. Тактика врача при преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты во время беременности:
А. кесарево сечение в экстренном порядке;
В. амниотомия и родоразрешить путем наложения вакуум-экстрактора;
С. амниотомия и родоразрешить путем наложения акушерских щипцов;
D. амниотомия и начать родоактивацию окситоцином.
272. Наиболее частой причиной смертности недоношенных новорожденных является
А. геморрагическая болезнь новорожденных;
В. гемолитическая болезнь новорожденных;
С. внутрижелудочковые кровоизлияния;
D. респираторный дистресс-синдром.
273. Брыжейка маточной трубы состоит из:
А. переднего и заднего листков широкой связки матки;
В. части собственной связки яичника;
С. круглой связки матки;
D. круглой и широкой связок матки.
274. Широкие связки матки не включают
А. крестцово-маточные связки;
В. кардинальные связки;
С. маточные трубы;
D. маточные сосуды.
275. Родовые пути включают:
А. костный таз, матку, влагалище, мышцы тазового дна;
В. матку, шейку матки, влагалище;
С. костный таз, шейку матки, влагалище, мышцы тазового дна.
D. матку, влагалище, мышцы тазового дна.
276. Границами плоскости входа в малый таз являются:
А. верхний внутренний край лона, безымянные линии, мыс;
В. нижний край симфиза, седалищные ости, крестцово-копчиковое сочленение;

- C. середина внутренней поверхности лона, безымянные линии, мыс;
 - D. верхний внутренний край лона, середина вертлужных впадин, сочленение 2 и 3 крестцового позвонков.
277. Границами широкой части полости малого таза являются:
- A. середина внутренней поверхности симфиза, середины внутренних поверхностей пластинок вертлужных впадин, сочленение 2 и 3 крестцового позвонков;
 - B. верхний внутренний край лона, безымянные линии, мыс;
 - C. нижний край симфиза, седалищные ости, крестцово-копчиковое сочленение;
 - D. середина внутренней поверхности лона, безымянные линии, сочленение 2 и 3 крестцового позвонков.
278. Границами узкой части полости малого таза являются:
- A. верхний внутренний край лона, безымянные линии, мыс;
 - B. нижний край симфиза, седалищные ости, крестцово-копчиковое сочленение;
 - C. середина внутренней поверхности симфиза, середины внутренних поверхностей пластинок вертлужных впадин, сочленение 2 и 3 крестцового позвонков;
 - D. середина внутренней поверхности лона, безымянные линии, сочленение 2 и 3 крестцового позвонков.
279. Границами плоскости выхода малого таза являются:
- A. нижний край симфиза, седалищные бугры и верхушка копчика;
 - B. верхний внутренний край лона, безымянные линии, мыс;
 - C. нижний край симфиза, седалищные ости, крестцово-копчиковое сочленение;
 - D. середина внутренней поверхности лона, безымянные линии, сочленение 2 и 3 крестцового позвонков.
280. Через середину верхнего внутреннего края лона и мыс проходит:
- A. прямой размер плоскости входа в малый таз – истинная конъюгата;
 - B. прямой размер плоскости широкой части полости малого таза;
 - C. прямой размер узкой части полости малого таза;
 - D. диагональная конъюгата.
281. Через середину внутренней поверхности лонного сочленения и сочленение 2 и 3 крестцовых позвонков проходит:
- A. прямой размер плоскости входа в малый таз – истинная конъюгата;
 - B. прямой размер плоскости широкой части полости малого таза;
 - C. прямой размер узкой части полости малого таза;
 - D. прямой размер плоскости выхода малого таза.
282. Через седалищные бугры проходит:
- A. поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза;
 - B. поперечный размер плоскости широкой части полости малого таза;
 - C. поперечный размер плоскости выхода из малого таза;
 - D. прямой размер плоскости выхода из малого таза.
283. Через ости седалищных костей проходит:
- A. поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза;
 - B. поперечный размер плоскости широкой части полости малого таза;
 - C. поперечный размер плоскости выхода из малого таза;
 - D. прямой размер плоскости выхода из малого таза.
284. Через середины внутренних поверхностей костных пластинок вертлужных впадин проходит:

- A. поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза;
 - B. поперечный размер плоскости широкой части полости малого таза;
 - C. поперечный размер плоскости выхода из малого таза;
 - D. прямой размер плоскости выхода из малого таза.
285. Левый крестцовый размер плоскости входа в малый таз проходит:
- A. от правого крестцово-подвздошного сочленения к левому подвздошно-лонному бугорку;
 - B. от левого крестцово-подвздошного сочленения к правому подвздошно-лонному бугорку;
 - C. от правого крестцово-подвздошного сочленения к правому лонному бугорку;
 - D. от левого крестцово-подвздошного сочленения к правому подвздошному бугорку.
286. Правый крестцовый размер плоскости входа в малый таз проходит:
- A. от правого крестцово-подвздошного сочленения к левому подвздошно-лонному бугорку;
 - B. от левого крестцово-подвздошного сочленения к правому подвздошно-лонному бугорку;
 - C. от правого крестцово-подвздошного сочленения к правому лонному бугорку;
 - D. от левого крестцово-подвздошного сочленения к правому подвздошному бугорку.
287. Наружный слой мышц тазового дна образуют мышцы:
- A. m.Bulbocavernosus, M.Ischiocavernosus, M.Sphincter Ani Externus, M.Transversus Perinei Superficialis;
 - B. m. levator ani, Transversus Perinei Superficialis;
 - C. m. piriformis, obturatorius interus;
 - D. m.Sphincter Ani Externus, M.Transversus Perinei Superficialis.
288. Средний слой мышц тазового дна образует мышца:
- A. Sphincter Ani Externus;
 - B. Transversus Perinei Superficialis;
 - C. Transversus Perinei profundus;
 - D. Ischiocavernosus.
289. Внутренний слой мышц тазового дна образует:
- A. m. Piriformis;
 - B. m. Levator ani;
 - C. m. Transversus Perinei profundus;
 - D. m.Sphincter Ani Externus.
290. Вставление головки – это:
- A. отношение малого родничка по отношению к большому;
 - B. отношение стреловидного шва к проводной оси таза;
 - C. часть головки, которая находится ниже плоскости входа в малый таз;
 - D. большой сегмент головки.
291. Под большим сегментом головки плода понимают:
- A. наибольшую часть головки, проходящую вход в малый таз при данном предлежании;
 - B. любую часть головки, проходящую через вход малого таза;
 - C. часть головки, расположенную ниже большого сегмента;
 - D. наименьшую часть головки, проходящую плоскость входа в малый таз.

292. Диаметр большого сегмента головки при переднем виде затылочного предлежания является:
A. малый кривой размер;
B. большой кривой размер;
C. вертикальный размер;
D. distantia bregmatico-cervicale – диаметр головки при максимальном ее сгибании.
293. Диаметр большого сегмента головки при заднем виде затылочного предлежания является:
A. малый кривой размер;
B. средний кривой размер;
C. вертикальный размер;
D. прямой размер головки.
294. Диаметр большого сегмента головки при переднеголовном предлежания является:
A. прямой размер;
B. малый кривой размер;
C. вертикальный размер;
D. средний кривой размер.
295. Диаметр большого сегмента головки при лобном предлежании является:
A. средний кривой размер;
B. размер чуть меньший большого кривого размера;
C. большой поперечный размер;
D. прямой размер.
296. Диаметр большого сегмента головки при лицевом предлежании является:
A. средний кривой размер;
B. большой кривой размер;
C. вертикальный размер;
D. прямой размер.
297. При наличии острой гипоксии плода во втором периоде родов и нахождении головки плода в узкой части полости малого таза необходимо роды закончить путем:
A. наложения полостных акушерских щипцов;
B. наложения выходных акушерских щипцов;
C. вакуум-экстракции плода;
D. абдоминального родоразрешения – кесарево сечение.
298. При наличии экстренных показаний к родоразрешению во втором периоде родов и нахождении головки плода в плоскости выхода малого таза роды возможно закончить путем:
A. наложения полостных акушерских щипцов;
B. наложения выходных акушерских щипцов или вакуум-экстракции;
C. только вакуум-экстракции плода;
D. абдоминального родоразрешения – кесарево сечение.
299. Продолжительность второго периода родов у первородящих не должна превышать:
A. 3 часов;
B. 2 часов;
C. 30 минут;
D. 40 минут.

300. Продолжительность второго периода родов у повторнородящих не должна превышать:
- A. 3 часов;
 - B. 2 часов;
 - C. 30 минут;
 - D. 40 минут.
301. При развитии эклампсии во втором периоде родов и нахождении головки плода в узкой части полости малого таза необходимо роды закончить путем:
- A. наложения полостных акушерских щипцов;
 - B. наложения выходных акушерских щипцов;
 - C. вакуум-экстракции плода;
 - D. абдоминального родоразрешения – кесарево сечение.
302. Направления тракций при родоразрешении с помощью акушерских щипцов при переднем виде затылочного предлежания и головке, находящейся в плоскости узкой части малого таза следующие:
- A. кзади, вниз и кпереди;
 - B. вниз и кпереди;
 - C. только кпереди;
 - D. кзади и вниз.
303. Направления тракций при родоразрешении с помощью акушерских щипцов при переднем виде затылочного предлежания и головке, находящейся в плоскости выхода малого таза следующие:
- A. кзади, вниз и кпереди;
 - B. вниз и кпереди;
 - C. только кпереди;
 - D. кзади и вниз.
304. Направления тракций при родоразрешении с помощью акушерских щипцов при заднем виде затылочного предлежания и головке, находящейся в плоскости выхода малого таза следующие:
- A. кзади, вниз и кпереди;
 - B. вниз и несколько кзади, кпереди, затем кзади;
 - C. только вниз;
 - D. кзади и вниз.
305. В каком косом размере накладываются ложки акушерских щипцов при нахождении головки в узкой части малого таза при первой позиции переднем виде затылочного предлежания?
- A. в правом косом размере;
 - B. в левом косом размере;
 - C. в поперечном размере;
 - D. в прямом размере.
306. В каком косом размере накладываются ложки акушерских щипцов при нахождении головки в узкой части малого таза при второй позиции заднем виде затылочного предлежания?
- A. в правом косом размере;
 - B. в левом косом размере;
 - C. в поперечном размере;
 - D. в прямом размере.

307. В каком косом размере накладываются ложки акушерских щипцов при нахождении головки в узкой части малого таза при первой позиции заднем виде затылочного предлежания?
А. в правом косом размере;
В. в левом косом размере;
С. в поперечном размере;
D. в прямом размере.
308. В каком косом размере накладываются ложки акушерских щипцов при нахождении головки в узкой части малого таза при второй позиции переднем виде затылочного предлежания?
А. в правом косом размере;
В. в левом косом размере;
С. в поперечном размере;
D. в прямом размере.
309. Какое создается разрежение в системе вакуум-экстрактора «KIWI»?
А. 500-600 мм.рт.ст.;
В. 120-300 мм.рт.ст.;
С. более 600 мм.рт.ст.;
D. 300-400 мм.рт.ст.
310. Какой вид анестезиологического пособия требуется при вакуум-экстракции плода?
А. анестезиологическое пособие не требуется;
В. в/в наркоз;
С. пудентальная анестезия;
D. эндотрахеальный наркоз.
311. Какой прием должен быть использован первым при дистоции плечиков?
А. винта Вудса;
В. Мак Робертса с давлением над лоном роженицы или без;
С. рождения задней ручки;
D. внутренний прием Rubin.
312. В чем заключается внутренний прием Rubin при дистоции плечиков?
А. перевод переднего плечика в косой размер;
В. перевод заднего плечика в косой размер;
С. рождение задней ручки и тем самым уменьшить акромиальный размер;
D. отклоняет симфиз кпереди и выпрямляет пояснично-крестцовый угол.
313. Клинические признаки предлежания плаценты включают все, кроме:
А. кровотечение из половых путей безболезненное;
В. высокое стояние предлежащей части плода;
С. степень дистресса плода соответствует объему наружной кровопотери;
D. кровотечение сопровождается всегда гипертонусом матки.
314. При наружном акушерском исследовании у беременной с предлежанием плаценты. как правило, определяется:
А. высокое расположение предлежащей части плода и/или неправильное положение плода;
В. гипертонус матки;
С. болезненный при пальпации нижнего сегмента;
D. матка в виде продольного овоида.
315. Предлежание плаценты нередко сочетается с:

- A. многоводием;
 - B. маловодием;
 - C. аномалией прикрепления плаценты;
 - D. болезненностью нижнего сегмента.
316. Плотное прикрепление плаценты (*Placenta adhaerens*) – это:
- A. прорастание ворсин хориона в базальный слой эндометрия;
 - B. приращение плаценты к мышечному слою;
 - C. врастание плаценты в мышечный слой;
 - D. прорастание плаценты.
317. *Placenta accreta* – это:
- A. прорастание ворсин хориона в базальный слой эндометрия;
 - B. приращение плаценты к мышечному слою;
 - C. врастание плаценты в мышечный слой;
 - D. прорастание плаценты.
318. Причинами приращения плаценты, как правило, являются:
- A. рубец на матке и предлежание плаценты;
 - B. преэклампсия;
 - C. плацентарная недостаточность;
 - D. аномалии развития матки.
319. Частота сочетания врастания плаценты с ее предлежанием составляет:
- A. 75-90%;
 - B. До 25%;
 - C. 15%;
 - D. 3-40%
320. Аномалии прикрепления плаценты – это следствие:
- A. преэклампсии;
 - B. плацентарной недостаточности;
 - C. структурно-морфологических изменений эндометрия;
 - D. переносимости беременности.
321. Прием Абуладзе - это:
- A. признак отделения плаценты;
 - B. способ выделения последа при плотном прикреплении плаценты;
 - C. наружный прием выделения последа при наличии признаков отделения плаценты;
 - D. способ активного ведения III периода родов.
322. Маточные артерии – это ветви:
- A. внутренней подвздошной артерии;
 - B. почечной артерии;
 - C. яичниковой артерии;
 - D. общей подвздошной артерии.
323. Главным условием для выполнения вагинального исследования у беременных/рожениц с подозрением на предлежание плаценты является:
- A. осмотр шейки матки в зеркалах;
 - B. адекватное обезболивание;
 - C. проведение вагинального исследования в развернутой операционной;
 - D. соблюдение асептики.

324. В родильный дом поступила роженица в первом периоде родов, с незначительными кровянистыми выделениями из половых путей. В условиях развернутой операционной произведено вагинальное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4-5 см. По краю внутреннего зева определяется край плаценты. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, над входом в малый таз. Из влагалища скудные кровянистые выделения. Акушерская тактика?
- A. произвести амниотомию, и в случае прекращения кровянистых выделений, продолжить роды через естественные родовые пути, КТГ-контроль за состоянием плода;
 - B. экстренное кесарево сечение;
 - C. показана амниотомия и родоактивация окситоцином;
 - D. выжидательная тактика.
325. В родильный дом поступила роженица в первом периоде родов, с незначительными кровянистыми выделениями из половых путей. В условиях развернутой операционной произведено вагинальное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 3 см. По краю внутреннего зева определяется край плаценты. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, над входом в малый таз. Кровянистые выделения усилились. Акушерская тактика?
- A. произвести амниотомию, и в случае прекращения кровянистых выделений, продолжить роды через естественные родовые пути, КТГ-контроль за состоянием плода;
 - B. экстренное кесарево сечение;
 - C. показана амниотомия и родоактивация окситоцином;
 - D. выжидательная тактика.
326. В родильный дом поступила роженица в первом периоде родов с клиникой преждевременной отслойки плаценты и интранатальной гибелью плода. Акушерская тактика?
- A. экстренное кесарево сечение;
 - B. показана амниотомия и родоактивация окситоцином;
 - C. выжидательная тактика;
 - D. плодоразрушающая операция.
327. В родильный дом поступила беременная с преэклампсией и клиникой преждевременной отслойки плаценты, антенатальной гибелью плода. Срок гестации 32 недели. Акушерская тактика?
- A. подготовка шейки матки и при наличии условий произвести амниотомию;
 - B. начать гипотензивную и гемостатическую терапии в палате интенсивной терапии, подготовку шейки матки;
 - C. экстренное кесарево сечение;
 - D. плодоразрушающая операция при возникновении условий.
328. В родильный дом бригадой скорой медицинской помощи доставлена беременная с обильным кровотечением из половых путей. Срок гестации 34 недели. Диагностировано: полное предлежание плаценты, антенатальная гибель плода. Акушерская тактика?
- A. при наличии условий произвести амниотомию и начать родовозбуждение;
 - B. экстренное кесарево сечение;
 - C. начать гемостатическую терапии в палате интенсивной терапии, подготовку шейки матки;
 - D. плодоразрушающая операция при возникновении условий.
329. В родильный дом бригадой скорой медицинской помощи доставлена беременная с жалобами на обильные кровянистые выделения со сгустками из

- половых путей. Срок гестации 37-38 недель. Диагностировано: полное предлежание плаценты, сердцебиение плода ритмичное, до 120 уд/мин. Акушерская тактика?
- A. при наличии условий произвести амниотомию и начать родовозбуждение;
 - B. начать гемостатическую терапию в палате интенсивной терапии, подготовку шейки матки;
 - C. экстренное кесарево сечение;
 - D. кесарево сечение в плановом порядке в 38-39 недель.
330. Клинические признаки ПОРПН включают все, кроме:
- A. гипертонус матки вне и во время схватки;
 - B. болевой синдром;
 - C. признаки гипоксии плода;
 - D. объем наружной кровопотери соответствует тяжести состояния пациентки и степени дистресса плода.
331. Клиническая картина при ПОНРП, как правило, обусловлена
- A. площадью отслоившейся плаценты;
 - B. состоянием плода;
 - C. наличием экстрагенитальной патологии;
 - D. сроком гестации.
332. Наиболее частой причиной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты является из нижеперечисленных
- A. угроза преждевременных родов;
 - B. преэклампсия и гипертензивные состояния беременной;
 - C. пороки развития матки;
 - D. сахарный диабет.
333. При прогрессирующей преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты и антенатальной гибели плода показано
- A. кесарево сечение в экстренном порядке;
 - B. амниотомия и родовозбуждение окситоцином;
 - C. назначение гемостатической терапии;
 - D. ведение родов через естественные родовые пути.
334. Во втором периоде диагностирована преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Сердцебиение плода урежается до 80-90 уд/мин. Головка находится в узкой части полости малого таза. Акушерская тактика?
- A. экстренное кесарево сечение;
 - B. родоразрешение путем наложения вакуум-экстракции;
 - C. родоразрешение путем наложения выходных акушерских щипцов;
 - D. родоразрешение путем наложения полостных акушерских щипцов.
335. Акушерская тактика при ПОНРП заключается, прежде всего, в
- A. быстром и бережном родоразрешении;
 - B. профилактике осложнений;
 - C. переливании крови;
 - D. переливании свежезамороженной плазмы.
336. Во время операции кесарева сечения по поводу ПОНРП после извлечения плода и удаления последа следует в первую очередь:
- A. лигировать восходящие ветви маточных артерий;
 - B. ввести сокращающие матку средства;
 - C. вывести матку в рану и тщательно осмотреть ее стенки;
 - D. ушить разрез на матке.

337. Раннее послеродовое кровотечение – это:
- A. кровотечение, возникшее в течение 2 часов после родов;
 - B. кровотечение, возникшее в течение 4 часов после родов;
 - C. кровотечение, возникшее в течение первых 2-х суток;
 - D. кровотечение, возникшее после рождения плода.
338. Физиологическая кровопотеря составляет:
- A. до 10% от ОЦК;
 - B. до 5% от ОЦК;
 - C. от 10 до 30% от ОЦК;
 - D. 0,5% от ОЦК.
339. Патологическая кровопотеря составляет:
- A. до 10% от ОЦК;
 - B. до 5% от ОЦК;
 - C. от 10 до 30% от ОЦК;
 - D. 0,5% от ОЦК.
340. Массивная кровопотеря составляет:
- A. до 10% от ОЦК;
 - B. до 5% от ОЦК;
 - C. от 10 до 30% от ОЦК;
 - D. превышает 30% от ОЦК.
341. Показатели гемодинамики при тяжелой кровопотере:
- A. АД систолическое не ниже 80 мм.рт.ст.;
 - B. значимое снижение АД (АД систолическое 70-80 мм.рт.ст.);
 - C. выраженное снижение АД (АД систолическое 50-70 мм.рт.ст.);
 - D. снижение АД на 20-25% от исходного.
342. Под шоковым индексом понимают отношение:
- A. частоты пульса к величине систолического АД;
 - B. частоты пульса к величине диастолического АД;
 - C. величины диастолического АД к частоте пульса;
 - D. величины систолического АД к частоте пульса;
343. Профилактика послеродового кровотечения не включает:
- A. введение метилэргометрина в момент прорезывания плечевого пояса;
 - B. активное ведение III периода родов;
 - C. установка катетера большого диаметра (18G);
 - D. введение транексамовой кислоты 15 мг/кг у пациентки с исходными нарушениями гемостаза.
344. На первом этапе остановки послеродового кровотечения следует выполнить манипуляцию/операцию:
- A. ручное обследование послеродовой матки;
 - B. баллонную тампонаду матки;
 - C. наложение компрессионных швов на матку;
 - D. эмболизацию маточных артерий.
345. На втором этапе остановки послеродового кровотечения следует выполнить манипуляцию/операцию:
- A. ручное обследование послеродовой матки;
 - B. баллонную тампонаду матки, наложение компрессионных швов на матку;
 - C. в/венное ведение утеротонических средств (окситоцин, метилэргометрин);

- D. гистерэктомию.
346. Альтернативой лигирования маточных сосудов при послеродовом кровотечении является:
- A. в/венное ведение утеротонических средств (окситоцин, метилэргометрин)
 - B. баллонная тампонада матки;
 - C. наложение компрессионных швов;
 - D. ангиографическая эмболизацию маточных или внутренних подвздошных артерий.
347. Угрожающая жизни кровопотеря составляет:
- A. 100% ОЦК в течение 24 часов;
 - B. кровопотеря со скоростью 15 мл/мин в течение 20 минут и дольше;
 - C. 50% ОЦК в течение 24 часов;
 - D. одномоментная кровопотеря 1000 мл (до 15% ОЦК).
348. Критическим уровнем систолического артериального давления при геморрагическом шоке следует считать (мм.рт.ст.):
- A. 60;
 - B. 80;
 - C. 70;
 - D. 90.
349. Под геморрагическим шоком, прежде всего, понимают:
- A. гипотонию вследствие кровопотери;
 - B. несоответствие емкости сосудистого русла объему циркулирующей крови в результате кровопотери;
 - C. тяжелое состояние организма;
 - D. нарушение свертывания крови.
350. В патогенезе геморрагического шока наибольшее значение имеет:
- A. объем кровопотери;
 - B. метод родоразрешения;
 - C. причина кровопотери;
 - D. возраст пациентки.
351. Реакция организма роженицы на кровопотерю, как правило, заключается в:
- A. олигурии;
 - B. максимальной стимуляции симпатико-адреналовой системы и снижении сердечного выброса;
 - C. артериальной гипертензии;
 - D. тахикардии.
352. Пусковым фактором развития ДВС-синдрома является:
- A. попадание в кровоток тканевого тромбопластина и гемолиз эритроцитов;
 - B. снижение тромбоцитов;
 - C. снижение эритроцитов;
 - D. ацидоз.
353. Какие клинические симптомы характеризуют тяжелую кровопотерю:
- A. анурия;
 - B. олигурия;
 - C. тахикардия;
 - D. слабость.

354. Схема введения окситоцина при гипотоническом кровотечении:
- A. 20 ЕД на 1000, 0 мл физ.р-ра или 10 ЕД на 500.0 мл физ.р-ра, скорость в/в введения 60 кап/ мин., поддерживающая доза 10 ЕД на 500.0 мл физ.р-ра, скорость в/в введения 40 кап/ мин.;
 - B. болюсное введение 10 ЕД окситоцина, далее поддерживающая доза 10 ЕД на 500.0 мл физ.р-ра, скорость в/в введения 40 кап/ мин.;
 - C. 20 ЕД на 1000, 0 мл физ.р-ра, скорость в/в введения 60 кап/ мин., поддерживающая доза 10 ЕД на 500.0 мл физ.р-ра, скорость в/в введения 40 кап/ мин.;
 - D. 20 ЕД на 50, 0 мл физ.р-ра в/в введение инфузоматом, скорость 20 мл/час.
355. Показанием для введения пабала (карбетоцина) является:
- A. высокий риск атонии матки после родоразрешения;
 - B. тяжелая преэклампсия;
 - C. индукция родов;
 - D. родоактивация.
356. Объем и состав инфузионной терапии при кровопотере до 15% ОЦК:
- A. кристаллоиды 200% объема кровопотери;
 - B. 2000 мл кристаллоидов +500-1000 мл коллоидов + СЗП;
 - C. кристаллоиды 200% объема кровопотери +500 мл коллоидов;
 - D. 2000 мл кристаллоидов +1500 мл коллоидов за 24 часа + СЗП.
357. Объем и состав инфузионной терапии при кровопотере до 15-25% ОЦК:
- A. кристаллоиды 200% объема кровопотери;
 - B. 2000 мл кристаллоидов +500-1000 мл коллоидов + СЗП;
 - C. кристаллоиды 200% объема кровопотери +1000-1500 мл коллоидов + СЗП;
 - D. 2000 мл кристаллоидов +1500 мл коллоидов за 24 часа + СЗП.
358. Объем и состав инфузионной терапии при кровопотере до 25-35% ОЦК:
- A. кристаллоиды 200% объема кровопотери;
 - B. 2000 мл кристаллоидов +500-1000 мл коллоидов + СЗП;
 - C. 2000 мл кристаллоидов +1000-1500 мл коллоидов + СЗП;
 - D. кристаллоиды 200% объема кровопотери +1500 мл коллоидов за 24 часа + СЗП.
359. Объем и состав инфузионной терапии при кровопотере более 35% ОЦК:
- A. кристаллоиды 200% объема кровопотери;
 - B. 2000 мл кристаллоидов +500-1000 мл коллоидов + СЗП;
 - C. кристаллоиды 200% объема кровопотери +1000-1500 мл коллоидов + СЗП;
 - D. 2000 мл кристаллоидов +1500 мл коллоидов за 24 часа + СЗП.
360. Условием эффективности активированного VII фактора свертывания является:
- A. гемоглобин < 70 г/л;
 - B. фибриноген >0,5 г/л, тромбоциты > 50×10⁹/л;
 - C. общий белок в плазме крови > 60 г/л;
 - D. фибриноген < 1 г/л.
361. Акушерскую тактику при неполном предлежании плаценты, в первую очередь, определяет:
- A. предлежание плода;
 - B. период родов;
 - C. выраженность кровотечения;
 - D. состояние плода.

362. При полном предлежании плаценты операция кесарева сечения в плановом порядке производится:
- A. в сроке беременности 38-39 недель;
 - B. с началом родовой деятельности;
 - C. в сроке беременности 40 недель;
 - D. при появлении кровянистых выделений.
363. Характерной особенностью кровотечения при предлежании плаценты является:
- A. асимметрия матки;
 - B. внезапность и повторяемость кровотечения;
 - C. болезненность нижнего сегмента матки;
 - D. гипертонус матки.
364. При диагностике предлежания плаценты с целью исключения placenta accreta, increta, percreta показано исследование:
- A. МРТ только при сочетании предлежания плаценты и рубца на матке;
 - B. МРТ во всех случаях предлежания плаценты;
 - C. трансвагинальное ультразвуковое исследование при отсутствии кровянистых выделений;
 - D. трансабдоминальное ультразвуковое исследование при наличии кровянистых выделений.
365. В соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 г. препаратом выбора для токолиза при предлежании плаценты является:
- A. монотерапия нифедипином;
 - B. сернокислая магнезия;
 - C. атозибан;
 - D. гексапреналина сульфат.
366. Перевод в акушерский стационар 3 уровня при сроке беременности менее 34 недель противопоказан при:
- A. наличии кровотечения;
 - B. проведении токолиза;
 - C. проведении гипотензивной терапии преэклампсии;
 - D. предлежании плаценты.
367. Что необходимо исключить в первую очередь во время операции кесарева сечения, производимой по поводу предлежания плаценты, и появлении кровотечения?
- A. гипотонию матки;
 - B. развитие ДВС-синдрома;
 - C. вращение плаценты;
 - D. атонию матки.
368. Для клинической картины преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты не характерно:
- A. локальная болезненность матки;
 - B. асимметрия матки;
 - C. гипоксия плода;
 - D. бурное шевеление плода.
369. При кровотечении в III периоде родов и наличии признаков отделения плаценты необходимо:
- A. произвести ручное отделение плаценты;
 - B. произвести наружный массаж матки;

- C. выделить послед наружными приемами;
D. ввести сокращающие матку средства.
370. Для преждевременной отслойки плаценты, расположенной на передней стенке матки, характерно:
A. схваткообразные боли в крестце и пояснице;
B. локальная болезненность, асимметрия матки;
C. неправильное положение плода;
D. наружное кровотечение.
371. Что следует выполнить в первом периоде родов при частичном предлежании плаценты и кровотечении?
A. амниотомию;
B. томпонада влагалища;
C. катетеризация периферической вены;
D. кесарево сечение в экстренном порядке.
372. Тактика врача при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты во втором периоде родов и головке, находящейся прижатой ко входу в малый таз:
A. амниотомия и родоразрешить путем наложения вакуум-экстрактора;
B. амниотомия и родоразрешить путем наложения акушерских щипцов;
C. кесарево сечение;
D. амниотомия и начать родоактивацию окситоцином.
373. Хирургическим доступом при акушерских кровотечения является чревосечение:
A. нижнесрединное;
B. по Джоэл-Кохану;
C. по Пфанненштилю;
D. по Штарку.
374. На втором месте в структуре причин смертности недоношенных новорожденных является:
A. геморрагическая болезнь новорожденных;
B. гемолитическая болезнь новорожденных;
C. внутрижелудочковое кровоизлияние;
D. респираторный дистресс-синдром.
375. В каком случае ВИЧ-инфекция является показанием для родоразрешения путем операции кесарева сечения с целью снижения риска интранатальной передачи инфекции новорожденному?
A. все случаи ВИЧ-инфекции;
B. при отсутствии лечения ВИЧ-инфекции во время беременности или при вирусной нагрузке 1000 копий/мл;
C. при вирусной нагрузке 100 копий/мл;
D. при условии проведения лечения во время беременности.
376. Антиретровирусная профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку показана:
A. всем ВИЧ-инфицированным беременным;
B. только ВИЧ-инфицированным с вирусной нагрузкой;
C. в зависимости от CD4 – лимфоцитов;
D. только при наличии клинических проявлений.
377. Эффективность антиретровирусной терапии контролируется:

- A. мониторингом вирусной нагрузки (ВН);
 - B. мониторингом уровня CD4 – лимфоцитов;
 - C. отсутствием клинических проявлений;
 - D. рождением ВИЧ-серонегативного ребенка.
378. Частота инфицирования ВИЧ-инфекцией новорожденных при грудном вскармливании ВИЧ-инфицированной пациенткой составляет:
- A. до 10%;
 - B. до 20%;
 - C. до 80%;
 - D. до 50%.
379. Рекомендуется обследование беременных на наличие ВИЧ-инфекции:
- A. всем беременным, у которых диагностирована беременность;
 - B. только тем беременным, которые пролонгируют беременность;
 - C. только тем беременным, которые планируют прерывание беременности;
 - D. только по желанию беременной.
380. Частота обследования на антитела к ВИЧ-инфекции беременных и их половых партнеров:
- A. всех беременных при постановке на учет и их половых партнеров однократно, а также в сроке 30 недель беременности повторно;
 - B. только при постановке на учет всех беременных и их половых партнеров;
 - C. только при постановке на учет всех беременных, при выявлении антител к ВИЧ-инфекции дополнительно в сроке 30 недель;
 - D. только при постановке на учет всех беременных, а их половых партнеров по желанию.
381. При каком значении вирусной нагрузки (ВН) антиретровирусная терапия назначается в первом триместре беременности?
- A. при любом значении ВН;
 - B. $VH > 100000$ копий/мл;
 - C. VH от 50 до 100000 копий/мл;
 - D. $VH > 1000$ копий /мл.
382. В случае, если ВИЧ-инфицированная пациентка к моменту наступления беременности уже получала антиретровирусную терапию, назначенная схема лечения:
- A. отменяется до 13 недель беременности, далее схема лечения возобновляется;
 - B. продолжается только в случае вирусной нагрузки > 100000 копий/мл;
 - C. продолжается текущая схема антиретровирусной терапии, если она эффективна и безопасна;
 - D. заменяется схема антиретровирусной терапии на менее безопасные препараты.
383. В родах ВИЧ-инфицированным пациенткам показано в/в введение:
- A. зидовудина (ZDV);
 - B. ставудина;
 - C. невирапина;
 - D. тенофовира.
384. Метод родоразрешения у ВИЧ-инфицированной пациентки, не получавшей во время беременности антиретровирусную терапию:
- A. плановое кесарево сечение с 38 недель гестации;
 - B. кесарево сечение с началом родовой деятельности;
 - C. роды через естественные родовые пути;

- D. кесарево сечение только по акушерским показаниям.
385. Родоразрешение через естественные родовые пути может быть рекомендовано ВИЧ-инфицированным пациенткам в случае:
- A. получения антиретровирусной терапии в течение беременности и вирусной нагрузке < 1000 копий/мл;
 - B. отказа от антиретровирусной терапии в во время беременности;
 - C. в случае вирусной нагрузке > 100000 копий/мл;
 - D. получения антиретровирусной терапии в течение беременности и вирусной нагрузке <100000 копий/мл.
386. Назначение антиретровирусной терапии (ВИЧ-инфекции) новорожденным показано:
- A. в случае рождения от матери с ВИЧ-инфекцией;
 - B. в случае рождения от матери с выявленными антителами к ВИЧ-инфекции;
 - C. по эпидемиологическим показаниям – в течение последних 12 недель беременности парентеральное употребление психоактивных веществ;
 - D. во всех перечисленных случаях.
387. В случае грудного вскармливания ВИЧ-инфицированной матерью, не получавшей антиретровирусную терапию, новорожденному назначается невирапин (NVP):
- A. на весь период вскармливания +7 дней после полного прекращения грудного вскармливания;
 - B. первые 6 месяцев;
 - C. на весь период грудного вскармливания;
 - D. на 12 месяцев.
388. По высоте стояния контракционного кольца можно судить о:
- A. длительности родов;
 - B. открытии маточного зева;
 - C. времени излития околоплодных вод;
 - D. функциональном состоянии плода.
389. Тяжесть раннего токсикоза характеризуется
- A. ацетонурией;
 - B. потерей массы тела;
 - C. субфебрилитетом;
 - D. болью внизу живота.
390. Кратность определения ацетона и кетоновых тел в моче при легкой и умеренной рвоте беременных в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 г.:
- A. 1 раз в 7 дней;
 - B. ежедневно;
 - C. 1 раз в 2 недели;
 - D. 1 раз в 10 дней.
391. Кратность биохимического анализа крови с определением общего белка и фракций, билирубина, печеночных ферментов, электролитов при легкой и умеренной рвоте беременных в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 г.:
- A. 1 раз в 7-10 дней;
 - B. ежедневно;
 - C. 1 раз в 2 недели;
 - D. 1 раз в 10 дней.

392. Кратность клинического анализа крови с определением гематокрита при легкой и умеренной рвоте беременных в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 г.:
- A. 1 раз в 7 дней;
 - B. ежедневно;
 - C. 1 раз в 2 недели;
 - D. 1 раз в 10 дней.
393. Легкая или умеренная рвота беременных характеризуется:
- A. рвота до 10 раз в сутки и потеря веса не превышает 2-3 кг;
 - B. рвота 1-2 раза в сутки натощак;
 - C. рвота до 10 раз в сутки с потерей веса до 5 кг;
 - D. рвота 10-20 раз в сутки, потеря веса превышает 2-3 кг.
394. Для тяжелой или чрезмерной рвоты беременных не характерно:
- A. рвота более 25 раз в сутки, потеря веса 8-10 кг;
 - B. ацетонурия, гипербилирубинемия;
 - C. снижение трансаминаз и билирубина в биохимическом анализе крови;
 - D. повышение трансаминаз в биохимическом анализе крови.
395. Показанием для прерывания беременности при рвоте беременных является:
- A. гипербилирубинемия;
 - B. увеличение трансаминаз в биохимическом анализе крови;
 - C. рвота более 25 раз в сутки и потеря массы тела 8-10 кг;
 - D. рвота, связанные с приемом пищи.
396. Показанием для госпитализации при рвоте беременных не является:
- A. рвота после каждого приема пищи и потеря массы тела 3 кг;
 - B. рвота более 10 раз в сутки с потерей массы тела более 3 кг за 1-1,5 недели;
 - C. поздняя рвота беременных;
 - D. чрезмерная рвота с нарушением обмена веществ.
397. Лечение рвоты беременных не включает:
- A. инфузионную терапию;
 - B. антигистаминную и противорвотную терапию;
 - C. бессолевую диету, с ограничением углеводов;
 - D. нормосолевую и нормоводную диету, сбалансированную по калорийности и содержанию белков.
398. При отеках, вызванных беременностью, кратность контроля общего анализа мочи, в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012:
- A. 1 раз в неделю;
 - B. каждую явку в женскую консультацию;
 - C. 1 раз в 2 недели;
 - D. 1 раз в 10 дней.
399. Беременной с гестационными отеками рекомендуется в домашних условиях:
- A. самоконтроль выпитой и выделенной жидкости;
 - B. ограничение потребления жидкости;
 - C. ограничение потребления соли;
 - D. диета с ограничением углеводов.
400. Преэклампсия – это:

- A. артериальная гипертензия, установленная до 20 недель беременности;
 - B. артериальная гипертензия, установленная после 20 недель беременности, со значительной протеинурией;
 - C. артериальная гипертензия, установленная после 20 недель беременности без протеинурии;
 - D. артериальная гипертензия во время беременности, отеки.
401. Гестационная артериальная гипертензия – это:
- A. артериальная гипертензия, установленная до 20 недель беременности;
 - B. артериальная гипертензия, установленная после 20 недель беременности, со значительной протеинурией;
 - C. артериальная гипертензия, установленная после 20 недель беременности без протеинурии;
 - D. артериальная гипертензия во время беременности, отеки.
402. Хроническая артериальная гипертензия – это:
- A. артериальная гипертензия, имевшаяся до беременности, либо установленная до 20 недель беременности;
 - B. артериальная гипертензия, установленная после 20 недель беременности, со значительной протеинурией;
 - C. артериальная гипертензия, установленная после 20 недель беременности без протеинурии;
 - D. артериальная гипертензия во время беременности, отеки.
403. Эклампсия – это:
- A. артериальная гипертензия, установленная после 20 недель беременности, со значительной протеинурией;
 - B. приступ судорог после 20 недель беременности;
 - C. артериальная гипертензия во время беременности, отеки.
 - D. это приступ судорог или серия судорожных приступов на фоне преэклампсии при отсутствии других причин.
404. Частота преэклампсии по данным ВОЗ составляет:
- A. 2-8%;
 - B. 15%;
 - C. 30%
 - D. до 37%.
405. Частота гипертензивных расстройств во время беременности по данным ВОЗ составляет:
- A. 2-8%
 - B. 15%
 - C. до 35%
 - D. 10%
406. Для умеренной артериальной гипертензии характерно:
- A. САД – 140-159 мм.рт.ст., ДАД – 90-109 мм.рт.ст.;
 - B. САД – 130-139 мм.рт.ст., ДАД – 89-90 мм.рт.ст.;
 - C. САД 160 и > мм.рт.ст.. ДАД > 110 мм.рт.ст.;
 - D. САД 140 мм.рт.ст.. ДАД 100 мм.рт.ст.
407. Для тяжелой артериальной гипертензии характерно:
- A. САД – 140-159 мм.рт.ст., ДАД – 90-109 мм.рт.ст.;
 - B. САД – 130-139 мм.рт.ст., ДАД – 89-90 мм.рт.ст.;
 - C. САД 160 и > мм.рт.ст.. ДАД > 110 мм.рт.ст.;
 - D. САД 140 мм.рт.ст.. ДАД 100 мм.рт.ст.

408. Значение суточной протеинурии, позволяющее диагностировать преэклампсию в сочетании с артериальной гипертензией (г/л):
- A. >1;
 - B. >0,3;
 - C. >0,5;
 - D. >3.
409. Суточное мониторирование АД в норме характеризуется:
- A. двухфазный суточный ритм: снижение ночного АД на 10-20% по сравнению с дневным - Dippers;
 - B. снижение ночного АД на 0-10% от дневного - Non-dippers;
 - C. снижение ночного АД более, чем на 20% - Over-dippers;
 - D. устойчивое повышение АД в ночное время, превышающее дневные значения - Night-peakers.
410. Суточное мониторирование АД, характерное для хронической артериальной гипертензии:
- A. двухфазный суточный ритм: снижение ночного АД на 10-20% по сравнению с дневным - Dippers;
 - B. снижение ночного АД на 0-10% от дневного - Non-dippers;
 - C. снижение ночного АД более, чем на 20% - Over-dippers;
 - D. устойчивое повышение АД в ночное время, превышающее дневные значения - Night-peakers;
411. Суточное мониторирование АД, характерное для преэклампсии:
- A. двухфазный суточный ритм: снижение ночного АД на 10-20% по сравнению с дневным - Dippers;
 - B. значительное снижение ночного АД более, чем на 30%;
 - C. снижение ночного АД более, чем на 20% - Over-dippers;
 - D. устойчивое повышение АД в ночное время, превышающее дневные значения - Night-peakers или незначительное снижение ночного АД на 0-10% от дневного - Non-dippers.
412. HELLP-синдром включает:
- A. внутрисосудистый гемолиз, тромбоцитопению, повышение уровня трансаминаз;
 - B. анемию, тромбоцитопению и гипербилирубинемия;
 - C. внутрисосудистый гемолиз, повышение уровня трансаминаз, анемию;
 - D. внутрисосудистый гемолиз, повышение уровня трансаминаз, протеинурию.
413. «Золотым» стандартом для диагностики протеинурии во время беременности является:
- A. определение суточной протеинурии;
 - B. определение протеинурии в одной пробе;
 - C. определение протеинурии в двух пробах;
 - D. определение протеинурии при использовании тест-полосок.
414. Выраженная протеинурия при преэклампсии - это:
- A. уровень суточной протеинурии > 5г/л или > 3г/л в двух порциях мочи, взятых с интервалом 6 часов;
 - B. уровень суточной протеинурии > 1г/л;
 - C. уровень суточной протеинурии >3г/л;
 - D. протеинурия >1 г/л в двух порциях мочи, взятых с интервалом 1 час.
415. В каком случае отеки являются критерием тяжелой преэклампсии?
- A. генерализованные отеки или внезапно появившиеся отеки;

- В. отеки голеней;
 - С. отеки кистей;
 - Д. отеки лица.
416. Уровень тромбоцитопении, свидетельствующий о тяжелой преэклампсии:
- А. $\leq 100 \times 10^9/\text{л}$;
 - В. $150-400 \times 10^9/\text{л}$;
 - С. $200-250 \times 10^9/\text{л}$;
 - Д. $\leq 200 \times 10^9/\text{л}$.
417. Уровень альбумина в биохимическом анализе крови, характерный для преэклампсии:
- А. ≤ 28 г/л;
 - В. 28-40 г/л;
 - С. ≤ 40 г/л;
 - Д. ≤ 18 г/л.
418. Уровень креатинина в биохимическом анализе крови, характерный для преэклампсии:
- А. ≤ 90 мкмоль/л;
 - В. ≥ 90 мкмоль/л;
 - С. 39,8-72,8 мкмоль/л;
 - Д. $\leq 39,8$ мкмоль/л.
419. Критериями тяжелой преэклампсии являются все ниже перечисленные, кроме;
- А. HELLP-синдром;
 - В. церебральные или зрительные расстройства;
 - С. артериальная гипертензия с цифрами САД ≥ 160 мм.рт.ст., ДАД ≥ 110 мм.рт.ст.;
 - Д. снижение уровня креатинина $\leq 39,8$ мкмоль/л.
420. Критерии тяжелой преэклампсии не включают:
- А. неврологические симптомы;
 - В. артериальную гипертензию 160/110 и более;
 - С. анемия при уровне Hb ≤ 100 ;
 - Д. тромбоцитопению $< 100 \times 10^9/\text{л}$.
421. Симптом Ольсхаузена характеризуется появлением:
- А. рвоты при преэклампсии;
 - В. гиперрефлексии;
 - С. опоясывающих болей за счет кровоизлияния в корешки спинного мозга;
 - Д. мелких фибриллярных подергиваний мышц лица.
422. Показанием для проведения компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии головного мозга является все перечисленное, кроме:
- А. эклампсии, резистентной к терапии магния сульфатом при наличии грубой очаговой неврологической симптоматики;
 - В. судорожный приступ, зафиксированный ранее 20 недель беременности или в первые 2-е суток после родов;
 - С. кома, сохраняющаяся после отмены седативной терапии в течение 24 часов.
 - Д. любой приступ судорог во время беременности.
423. С целью профилактики беременным группы высокого риска развития преэклампсии рекомендован:
- А. прием низких доз аспирина (75-162 мг/сутки) с 12 недель до родов при наличии информированного согласия;

- В. прием низких доз аспирина (75-162 мг/сутки) до 12 недель при наличии информированного согласия;
- С. прием низких доз аспирина (150 мг/сутки) с 12 недель до 36 недель;
- Д. прием низких доз аспирина (75-162 мг/сутки) после 36 недель при наличии информированного согласия.
424. К высокому риску развития преэклампсии не относятся пациентки:
- А. с сахарным диабетом I и II типа;
- В. с гипертензивными расстройствами в предыдущую беременность;
- С. с ИМТ 24-35 кг/м²;
- Д. с аутоиммунными заболеваниями.
425. Физиологическая потребность кальция у беременных составляет:
- А. не менее 1000 мг/сутки;
- В. 500-750 мг/сутки;
- С. не более 500-750 мг/сутки;
- Д. не более 1000 мг/сутки.
426. Патогенетическим лечением преэклампсии является:
- А. родоразрешение;
- В. противосудорожная терапия магния сульфатом;
- С. антигипертензивная терапия;
- Д. терапия нейролептиками.
427. При тяжелой преэклампсии в сроке 36-38 недель в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 показано:
- А. экстренное родоразрешение в течение 24 часов;
- В. экстренное родоразрешение в первые 2 часа;
- С. только оперативное родоразрешение в первые 2 часа;
- Д. экстренное оперативное родоразрешение в течение 4-6 часов.
428. При тяжелой преэклампсии в сроке 36 и более недель при развитии полиорганной недостаточности в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 показано:
- А. экстренное родоразрешение в течение 6-8 часов;
- В. экстренное родоразрешение в течение 24 часов;
- С. родоразрешение в первые 2 часа;
- Д. экстренное родоразрешение в течение 4-6 часов.
429. При тяжелой преэклампсии в сроке до 34 недель в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 показано:
- А. экстренное родоразрешение после стабилизации состояния и проведения профилактики СДР плода по возможности;
- В. экстренное родоразрешение в течение 12 часов;
- С. родоразрешение в первые 2 часа после стабилизации состояния;
- Д. экстренное родоразрешение в течение 4-6 часов.
430. При развитии эклампсии в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 показано:
- А. экстренное родоразрешение сразу после стабилизации состояния;
- В. экстренное родоразрешение в первые 2 часа;
- С. экстренное родоразрешение в первые 12 часов;
- Д. экстренное оперативное родоразрешение в течение 4-6 часов.
431. Базовая терапия преэклампсии включает следующие методы:
- А. родоразрешение, противосудорожную и антигипертензивную терапии;

- В. только противосудорожную терапию сульфатом магния;
С. антигипертензивную терапию и родоразрешение;
D. только родоразрешение.
432. Показанием к досрочному родоразрешению при наличии клиники преэклампсии является все, кроме:
A. любого ухудшения состояния беременной или плода;
B. кровотечения из половых путей;
C. постоянной головной боли и/или нарушения зрения;
D. биологической «незрелости» родовых путей.
433. Показанием к досрочному родоразрешению при преэклампсии является
A. неэффективность антигипертензивной терапии;
B. преждевременное излитие околоплодных вод;
C. экстрагенитальная патология;
D. задержка роста плода.
434. Профилактика СДР-плода проводится беременным с преэклампсией в случаях, если в течение ближайших 7 дней не исключается родоразрешение в сроки:
A. с 22 до 34 недель включительно;
B. с 24 до 34 недель включительно;
C. с 27 до 34 недель включительно;
D. с 22 до 36 недель 6 дней включительно.
435. Схема профилактики СДР-плода бетаметазоном следующая:
A. 2 дозы в/м по 12 мг через 24 часа;
B. 4 дозы в/м по 6 мг через 12 часов;
C. 3 дозы в/м по 8 мг через 8 часов;
D. 4 дозы в/м по 6 мг через 6 часов.
436. Схема профилактики СДР-плода дексаметазоном следующая:
A. 2 дозы в/м по 12 мг через 24 часа;
B. 2 дозы в/м по 12 мг через 12 часов;
C. 3 дозы в/м по 8 мг через 8 часов;
D. 4 дозы в/м по 6 мг через 6 часов.
437. Абсолютным противопоказанием к транспортировке пациентки с тяжелой преэклампсией является:
A. кровотечение любой интенсивности;
B. нестабильная гемодинамика;
C. состояние после приступа эклампсии;
D. неврологическая симптоматика.
438. На догоспитальном этапе при тяжелой преэклампсии болюсно вводится:
A. 10 мл 25% р-ра сернокислой магнезии (2,5 г сухого вещества) в течение 10-15 минут;
B. 16 мл 25% р-ра сернокислой магнезии (4 г сухого вещества) в течение 10-15 минут;
C. инфузодоматом 100 мл 25% р-ра сернокислой магнезии со скоростью 4 мл/час (1 г/час);
D. 5 мл 25% р-ра сернокислой магнезии в течении 10-15 минут.
439. Частота мониторинга АД при тяжелой преэклампсии:
A. каждые 15 минут до стабилизации, затем каждые 30 минут;
B. каждые 2 часа до родоразрешения;

- C. каждые 30 минут до стабилизации, затем каждые 2 часа;
D. ежечасно.
440. Катетеризация магистральной (подключичной) вены у пациентки с преэклампсией может быть выполнена только:
A. с целью проведения инфузионной терапии;
B. с целью измерения ЦВД;
C. в случае развития декомпенсированного шока;
D. с целью возможности длительной инфузии сернокислой магнезии.
441. Нормальным показателем центрального венозного давления является (мм.вод.ст.)
A. 90-100;
B. 60-69;
C. 70-79;
D. 80-89.
442. Уровень центрального венозного давления, равный 160 мм.вод.ст., следует расценивать как показатель
A. гиповолемии;
B. нормоволемии;
C. гиперкоагуляции;
D. гиперволемии.
443. Не рекомендовано при преэклампсии до родоразрешения использование препарата:
A. метилдопа;
B. нифедипина;
C. дроперидола;
D. тиопентала натрия.
444. Уровень тромбоцитопении, который ограничивает использование спинальной анестезии в акушерстве:
A. $\leq 75 \times 10^9/\text{л}$;
B. $\leq 100 \times 10^9/\text{л}$;
C. $\leq 120 \times 10^9/\text{л}$;
D. $75-100 \times 10^9/\text{л}$.
445. Уровень тромбоцитопении, который ограничивает использование эпидуральной анестезии в акушерстве:
A. $\leq 75 \times 10^9/\text{л}$;
B. $\leq 100 \times 10^9/\text{л}$;
C. $\leq 120 \times 10^9/\text{л}$;
D. $75-100 \times 10^9/\text{л}$.
446. В течение какого времени следует проводить инфузию магния сульфата после родоразрешения для профилактики ранней послеродовой преэклампсии?
A. 48 часов;
B. 2 часов;
C. 12 часов;
D. первых суток.
447. При инфузии магния сульфата следует проводить мониторинг нижеперечисленных параметров деятельности организма, кроме:
A. оценки диуреза ежечасно;

- В. частоты дыхания, сатурация, коленные рефлексy каждые 10 минут первые 2 часа, затем каждые 30 минут;
С. уровня магния в сыворотке крови по показаниям;
D. уровня креатинина каждые 12 часов.
448. Определение уровня магния в крови не показано при:
A. частоте дыхания < 16 /мин;
B. снижении коленных рефлексов;
C. диурезе <35 мл/час за 4 часа;
D. диурезе < 60 мл/час за 4 часа.
449. При каком уровне магния в крови наступает остановка дыхания?
A. 6,3-7,1 ммоль/л;
B. $\geq 7,2$ ммоль/л;
C. ≤ 5 ммоль/л;
D. 3,8-5,0 ммоль/л.
450. При каком уровне магния в крови наступает остановка сердца?
A. 6,3-7,1 ммоль/л;
B. $\geq 7,2$ ммоль/л;
C. > 12 ммоль/л;
D. 3,8-5,0 ммоль/л.
451. Терапевтический уровень магния в крови:
A. 2,0-4,0 ммоль/л;
B. 6,3-7,1 ммоль/л;
C. до 5,1 ммоль/л;
D. 3,8-5,0 ммоль/л.
452. Антидотом магния сульфата является:
A. 2,4% р-р кальция глюконата 10,0 мл в/в в течение 10 минут;
B. 10% р-р хлористого кальция 10,0 мл в/в в течение 10-15 минут;
C. 10% р-р кальция глюконата 10,0 мл в/в в течение 10 минут;
D. инфузионная терапия кристаллоидами в течение 1 часа с целью стимуляции диуреза.
453. Препаратом выбора для общей анестезии при преэклампсии/эклампсии является:
A. кетамин;
B. дроперидол;
C. тиопентал натрия;
D. ГОМК.
454. Безопасным для матери и плода уровень АД при проведении антигипертензивной терапии является:
A. САД 130-150 мм.рт.ст. и ДАД 80-95 мм.рт.ст.;
B. САД 140-160 мм.рт.ст. и ДАД 80-95 мм.рт.ст.;
C. САД 130-150 мм.рт.ст. и ДАД 95-100 мм.рт.ст.;
D. САД 145-159 мм.рт.ст. и ДАД 90-109 мм.рт.ст.
455. В качестве антигипертензивных препаратов во время беременности противопоказаны:
A. ингибиторы АПФ;
B. альфа2-адреномиметики;
C. блокаторы кальциевых каналов;
D. β -адреноблокаторы.

456. В случае повышения АД на фоне антигипертензивной терапии у беременной с преэклампсией следует:
- A. Усилить антигипертензивную терапию;
 - B. Пересмотреть степень тяжести в сторону тяжелой и усилить антигипертензивную терапию;
 - C. Пересмотреть степень тяжести в сторону тяжелой и решить вопрос о досрочном родоразрешении;
 - D. Провести повторно лабораторное обследование и при получении критериев, указывающих на нарастание степени тяжести преэклампсии решить вопрос о досрочном родоразрешении.
457. Объем инфузионной терапии при преэклампсии до родоразрешения ограничивается:
- A. до 40-45 мл/час;
 - B. до 100 мл/час;
 - C. инфузионная терапия не проводится;
 - D. не ограничивается, а проводится на фоне диуретиков.
458. Наиболее частый клинический симптом при HELLP-синдроме:
- A. головная боль;
 - B. нарушение зрения;
 - C. отеки;
 - D. боли в эпигастрии и в правом верхнем квадранте живота.
459. Показанием для применения криопреципитата (1 доза на 10 кг массы тела) является снижение уровня фибриногена:
- A. < 1,0 г/л;
 - B. < 2,0 г/л;
 - C. 2-4 г/л;
 - D. < 0,5 г/л.
460. Какова акушерская тактика в случае преэклампсии в сроке 32 недели беременности и появлении кровянистых выделений из половых путей?
- A. родоразрешение путем операции кесарева сечения в экстренном порядке;
 - B. интенсивная терапия и пролонгирование беременности под контролем КТГ;
 - C. пролонгирование беременности на время проведения профилактики СДР плода;
 - D. введение атозибана по схеме и перевод беременной в стационар 3 уровня.
461. Консультация каких специалистов показано пациентке с умеренной преэклампсией:
- A. терапевта, окулиста, по показаниям анестезиолога-реаниматолога;
 - B. флеболога и эндокринолога;
 - C. терапевта и окулиста;
 - D. невролога и терапевта.
462. При поражении печени во время беременности плановая госпитализации для родоразрешения показана:
- A. в 38-39 недель;
 - B. в 39-40 недель;
 - C. при неэффективности терапии;
 - D. в 40 недель.
463. Консультация каких специалистов показана при поражении печени во время беременности?

- A. терапевта, гастроэнтеролога, инфекциониста;
 - B. инфекциониста и терапевта;
 - C. гастроэнтеролога, хирурга и инфекциониста;
 - D. терапевта, остальные специалисты по показаниям.
464. Показанием для немедленного родоразрешения при поражении печени во время беременности является:
- A. жировой гепатоз;
 - B. увеличение печеночных ферментов;
 - C. гипербилирубинемия;
 - D. появление кожного зуда.
465. При родоразрешении операцией кесарева сечения при наличии высокого риска венозных тромбоэмболических осложнений назначается эластическая компрессия нижних конечностей на период времени:
- A. 6 недель после родов;
 - B. первые 7 дней после операции;
 - C. в течение 1 месяца;
 - D. первые 2 недели после операции.
466. При родоразрешении операцией кесарева сечения при наличии риска венозных тромбоэмболических осложнений назначаются профилактические дозы низкомолекулярного гепарина через:
- A. 6 часов после операции;
 - B. 24 часа после операции;
 - C. 8-12 часов после операции;
 - D. 2-4 часа после операции
467. При родоразрешении операцией кесарева сечения при наличии умеренного риска венозных тромбоэмболических осложнений назначается эластическая компрессия нижних конечностей на период времени:
- A. 6 недель после родов;
 - B. первые 7 дней после операции;
 - C. в течение 1 месяца;
 - D. первые 2 недели после операции.
468. При родоразрешении через естественные родовые пути при наличии риска венозных тромбоэмболических осложнений назначаются профилактические дозы низкомолекулярного гепарина через:
- A. 4-6 часов после родов;
 - B. 24 часа после родов
 - C. 8-12 часов после родов;
 - D. 2-4 часа после родов.
469. При наличии флотирующего тромба, представляющего опасность ТЭЛА, родоразрешение через естественные родовые пути возможно только:
- A. после имплантации кава-фильтра;
 - B. при применении гепарина;
 - C. при возможности проведения тромболитической терапии;
 - D. при эластической компрессии нижних конечностей.
470. При наличии флотирующего тромба, представляющего опасность ТЭЛА, и отсутствии кава-фильтра, показано родоразрешение:
- A. через естественные родовые с обязательным назначением через 6 часов после родов гепарина;

- V. путем операции кесарева сечения в сочетании с пликацией нижней полой вены механическим швом на фоне комплексной антитромботической терапии;
 - C. путем операции кесарева сечения с эластической компрессией нижних конечностей;
 - D. через естественные родовые пути с обязательной эластической компрессией нижних конечностей.
471. При венозных осложнениях во время беременности показана обязательная консультация:
- A. гематолога;
 - B. сосудистого хирурга;
 - C. хирурга;
 - D. кардиолога.
472. Кратность проведения электрокардиографии беременной с болезнями органов дыхания в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 проводится:
- A. при постановке на учет;
 - B. 1 раз в триместр;
 - C. при постановке на учет и в 30-32 недели;
 - D. при постановке на учет и далее 1 раз в месяц.
473. Вакцинация противогриппозной вакциной со II триместра рекомендуется беременным:
- A. с бронхиальной астмой;
 - B. всем;
 - C. с сердечно-сосудистой патологией;
 - D. с анемией.
474. Электрокардиография беременной с анемией в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 проводится:
- E. при постановке на учет;
 - F. при постановке на учет и в 30-32 недели;
 - G. при постановке на учет и далее 1 раз в месяц;
 - H. 1 раз в триместр.
475. Плановая госпитализация для родоразрешения беременной с анемией показана в сроке:
- A. 40 недель;
 - B. 38-39 недель;
 - C. 39-40 недель;
 - D. не показана.
476. Консультация врача терапевта беременной с анемией в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 проводится:
- A. при постановке на учет;
 - B. при постановке на учет и в 30-32 недели;
 - C. при постановке на учет и далее 1-2 раза в месяц;
 - D. 1 раз в триместр.
477. Скрининговое УЗИ при многоплодной беременности для исключения синдрома фето-фетальной трансфузии и истмико-цервикальной недостаточности проводится в сроки:
- A. 16-18 недель;
 - B. до 14 недель;
 - C. до 12 недель;
 - D. 20-22 недели.

478. Плановая госпитализация для родоразрешения при многоплодной беременности (двойне) с целью подготовки к родам и определения способа родоразрешения показана в сроке:
- A. 36 недель;
 - B. 34-35 недель;
 - C. 37-38 недель;
 - D. 39 недель.
479. Исследование крови на резус-антитела у резус-отрицательной беременной (при резус-положительном отце ребенка) проводится с частотой:
- A. 1 раз в месяц до 28 недель и 2 раза в месяц после;
 - B. 1 раз в триместр;
 - C. 3-4 раза за всю беременность;
 - D. при постановке на учет и при оформлении декретного отпуска.
480. Прием фолиевой кислоты в дозе 400 мкг/сутки во время беременности в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 показан:
- A. в I триместре;
 - B. в I и II триместрах;
 - C. не показан;
 - D. на протяжении всей беременности.
481. Прием калия йодида 200-250 мкг/сутки во время беременности в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 показан:
- A. в I триместре;
 - B. в I и II триместрах;
 - C. в период кормления грудью;
 - D. на протяжении всей беременности и период грудного вскармливания.
482. Плановая госпитализация для родоразрешения при многоплодной беременности (тройней) с целью подготовки к родам и определения способа родоразрешения показана в сроке:
- A. 37-38 недель;
 - B. 33-36 недель;
 - C. с началом родовой деятельности;
 - D. 38-39 недель.
483. С целью токолиза при угрозе преждевременных родов ингибитор циклооксигеназы - индометацин назначается в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 до срока беременности:
- A. 34-35 недель;
 - B. 32 недель;
 - C. 28 недель;
 - D. 36 недель.
484. Токолиз при угрозе преждевременных родов в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 начинается:
- A. с момента поступления в стационар;
 - B. после обследования в стационаре и подтверждения диагноза;
 - C. уже на этапе транспортировки;
 - D. только при появлении регулярных схваток.
485. При угрозе преждевременных родов в сроке до 32-34 недель в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 госпитализация пациентки показана в:
- A. акушерский стационар 3 уровня;

- B. акушерский стационар любого уровня;
 - C. акушерский стационар 2 уровня;
 - D. ближайший акушерский стационар.
486. Противопоказанием для транспортировки в стационар 3 уровня пациентки при угрожающих преждевременных родах в сроке до 32-34 недель является:
- A. презклампсия;
 - B. кровотечение из половых путей любой интенсивности;
 - C. многоплодная беременность;
 - D. наличие экстрагенитальной патологии.
487. Противопоказанием для транспортировки в стационар 3 уровня пациентки при угрожающих преждевременных родах в сроке до 32-34 недель не является:
- A. эклампсия;
 - B. рефрактерная к ИВЛ декомпенсированная дыхательная недостаточность;
 - C. кровотечение из половых путей любой интенсивности;
 - D. проведение токолиза.
488. Эффективность токолитической терапии при угрозе преждевременных родов оценивается в течение:
- A. 12 часов;
 - B. 48 часов;
 - C. 24 часов;
 - D. 72 часов.
489. Диагностическим маркером преждевременных родов не является:
- A. ультразвуковая цервикометрия – длина шейки матки < 2,0-2,5 см;
 - B. определение в цервикальном канале ПСИФР-1;
 - C. тянущие боли внизу живота и поясничной области;
 - D. регулярные схватки (не менее 4-х за 20 минут наблюдения).
490. Показанием для проведения токолитической терапии не является:
- A. риск развития угрозы преждевременных родов с учетом акушерского анамнеза;
 - B. динамические изменения шейки матки (укорочение, степень ее раскрытия);
 - C. ПСИФР-1 в цервикальном канале;
 - D. регулярные схватки (не менее 4-х за 20 минут наблюдения) при сроке беременности с 22 до 33 недель 6 дней.
491. Противопоказанием к токолитической терапии является:
- A. динамические изменения шейки матки (укорочение, степень ее раскрытия);
 - B. ПСИФР-1 в цервикальном канале;
 - C. хориоамнионит;
 - D. регулярные схватки после 34 недель.
492. Гексапреналин сульфат с токолитической целью назначается в сроки беременности с:
- A. 28 недель;
 - B. 22 недель;
 - C. 24 недель;
 - D. 27 недель.
493. Токолитический препарат - атозибан назначается в сроки беременности с:
- A. 28 недель;
 - B. 22 недель;
 - C. 24 недель;
 - D. 27 недель.

494. Нифедипин с токолитической целью назначается при наличии информированного согласия в сроки беременности с:
- A. 28 недель;
 - B. 22 недель;
 - C. 24 недель;
 - D. 27 недель.
495. Индометацин с токолитической целью назначается при наличии информированного согласия в сроки беременности с:
- A. 28 недель до 34 недель;
 - B. 22 недель до 34 недель;
 - C. 24 недель до 32 недель;
 - D. 27 недель до 32 недель.
496. Начальная доза атозибана на 1 этапе токолитической терапии составляет:
- A. 0,9 мг;
 - B. 6,75 мг;
 - C. 9 мг;
 - D. 330 мг.
497. В случае необходимости токолиз атозибаном повторяется, начиная с 1 этапа и последовательно выполняя 2 и 3 этапы:
- A. 1 раз;
 - B. 2 раза;
 - C. 3 раза;
 - D. не ограниченное количество циклов.
498. Схема назначения нифедипина с целью токолиза следующая:
- A. 20 мг per os, в случае сохранения схваток 3 приема через 30 минут по 20 мг, далее поддерживающая доза 20-40 мг каждые 4 часа в течение 48 часов, макс.доза в сутки 160 мг;
 - B. 10 мг per os, в случае сохранения схваток 3 приема через 30 минут по 10 мг, далее поддерживающая доза 20 мг каждые 4 часа в течение 48 часов, макс.доза в сутки 80 мг;
 - C. 20 мг per os, в случае сохранения схваток поддерживающая доза 20-40 мг каждые 4 часа в течение 48 часов, макс.доза в сутки 160 мг;
 - D. 20 мг per os, в случае сохранения схваток повторный прием через 15 минут 20 мг, далее поддерживающая доза 20-40 мг каждые 6 часов в течение 48 часов, макс.доза в сутки 320 мг.
499. Схема назначения индометацина с целью токолиза следующая:
- A. 100 мг ректально, повторить через 1 час 100 мг, поддерживающая доза каждые 4-6 часов в течение 48 часов;
 - B. 100 мг ректально, далее через 1 час поддерживающая доза 100 мг 2 раза в день;
 - C. 100 мг ректально, повторить через 1 час 100 мг, поддерживающая доза каждые 12 часов в течение 48 часов;
 - D. 100 мг ректально, поддерживающая доза через час каждые 12 часов в течение 48 часов.
500. Противопоказанием для токолиза гексапреналином сульфатом не является:
- A. сахарный диабет;
 - B. закрытоугольная глаукома;
 - C. гипертиреоз;
 - D. гипотиреоз, медикаментозная компенсация.

501. При проведении длительного токолиза гексапреналином сульфатом рекомендуемая скорость введения препарата:
- A. 6,0 мл/час;
 - B. 0,075 мкг/мин;
 - C. 0,075 мкг/час;
 - D. 0,6 мл/час.
502. Антибиотикотерапия при преждевременном излитии околоплодных вод и сроке гестации до 34 недель назначается:
- A. сразу с момента диагностики преждевременного излития околоплодных вод;
 - B. при появлении клиники хориоамнионита;
 - C. при отказе беременной пролонгировать беременность;
 - D. с момента поступления в стационар с диагнозом угроза преждевременных родов.
503. Контроль АД и частоты сердечных сокращений при проведении токолиза β_2 -адреномиметиками должен осуществляться каждые:
- A. 15 минут;
 - B. 30 минут;
 - C. 2 часа;
 - D. 4 часа.
504. Противопоказанием для назначения индометацина не является:
- A. язвенная болезнь;
 - B. астма;
 - C. нарушение свертываемости крови;
 - D. артериальная гипертензия.
505. Сульфат магния с токолитической целью назначается:
- A. в сроке беременности до 22 недель;
 - B. не назначается, так как не является токолитиком;
 - C. в сроке с 22 до 34 недель;
 - D. в сроке с 28 до 36 недель.
506. КТГ-мониторинг плода при проведении токолиза атозибаном при наличии схваток:
- A. каждые 30 минут;
 - B. в непрерывном режиме;
 - C. 2-3 раза в день;
 - D. 1 раз в день.
507. Лечебно-организационные мероприятия при преждевременных родах в сроке 22-33 недели 6 дней включают:
- A. начать токолиз + профилактика СДР плода на догоспитальном этапе, перевод в стационар 3 уровня при открытии маточного зева менее 3 см;
 - B. токолиз + профилактика СДР плода при поступлении в стационар 3 уровня;
 - C. перевод в стационар 3 уровня при открытии маточного зева менее 3 см;
 - D. токолиз + профилактика СДР плода на этапе госпитализации.
508. Лечебно-организационные мероприятия при преждевременных родах в сроке 34-36 недель 6 дней включают:
- A. начать токолиз на догоспитальном этапе, перевод в стационар 2 уровня при открытии маточного зева менее 3 см;
 - B. токолиз при поступлении в стационар;
 - C. перевод в стационар 2-3 уровня при открытии маточного зева менее 3 см;

- D. токолиз + профилактика СДР плода только при переводе в стационар 2 уровня.
509. При укорочении шейки матки до 15 мм в сроке беременности до 24-25 недель в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 показано:
- A. наложение швов на шейку матки при отсутствии противопоказаний и проведения токолиза;
 - B. токолиз в течение 48 часов;
 - C. установка акушерского пессария;
 - D. токолиз и установка акушерского пессария.
510. Частота гестационного сахарного диабета в общей популяции в разных странах составляет:
- A. от 1 до 20%, в среднем 7%;
 - B. 3-4%;
 - C. 1,25-2%;
 - D. до 25%.
511. Диагноз гестационного сахарного диабета ставится в случае определении уровня глюкозы натощак:
- A. 5,6 ммоль/л;
 - B. $\geq 5,1$ ммоль/л, но $< 7,0$ ммоль/л;
 - C. $> 7,0$ ммоль/л;
 - D. $\geq 6,6$ ммоль/л.
512. При проведении ПТТГ с 75 г глюкозы уровень сахара крови в норме у беременных через 1 час:
- A. $< 10,0$ ммоль/л;
 - B. $< 7,0$ ммоль/л;
 - C. $> 10,0$ ммоль/л;
 - D. $12,0$ ммоль/л.
513. При проведении ПТТГ с 75 г глюкозы уровень сахара крови при гестационном сахарном диабете через 1 час:
- A. $< 10,0$ ммоль/л;
 - B. $< 7,0$ ммоль/л;
 - C. $\geq 10,0$ ммоль/л;
 - D. $\geq 12,0$ ммоль/л.
514. При проведении ПТТГ с 75 г глюкозы уровень сахара крови в норме у беременных через 2 часа:
- A. $< 10,0$ ммоль/л;
 - B. $< 7,0$ ммоль/л;
 - C. $> 7,8$ ммоль/л и $< 8,5$ ммоль/л;
 - D. $\geq 12,0$ ммоль/л.
515. При проведении ПТТГ с 75 г глюкозы уровень сахара крови при гестационном сахарном диабете у беременных через 2 часа:
- A. $< 10,0$ ммоль/л;
 - B. $\geq 7,0$ ммоль/л;
 - C. $> 7,8$ ммоль/л и $< 8,5$ ммоль/л;
 - D. $\geq 8,5$ ммоль/л.
516. Контроль кетонов в моче (крови) у беременных с сахарным диабетом в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012:
- A. ежедневно натощак;

- B. 1 раз в триместр;
 - C. только с целью коррекции доз инсулина;
 - D. при постановке на учет и в 30 недель беременности.
517. Самоконтроль уровня сахара крови беременной в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 проводится ежедневно:
- A. утром натощак и при плохом самочувствии;
 - B. утром натощак, перед каждым основным приемом пищи и через 1 час после;
 - C. утром натощак и через 1 час после еды, при плохом самочувствии;
 - D. утром натощак и перед каждым приемом пищи.
518. Электрокардиография беременным с сахарным диабетом в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 проводится:
- A. при постановке на учет и в 30 недель;
 - B. только по показаниям;
 - C. 1 раз в триместр + при каждой госпитализации;
 - D. 1 раз при постановке на учет и в случае госпитализации.
519. Инсулинотерапия при гестационном сахарном диабете назначается в случае, если в дневнике самоконтроля:
- A. в течение недели отмечен уровень гликемии натощак или перед основными приемами пищи $\geq 5,1$ ммоль/л, или через час после еды $> 7,5$ ммоль/л;
 - B. однократно отмечен уровень гликемии натощак $\geq 5,1$ ммоль/л;
 - C. однократно отмечен уровень гликемии через час после еды $\geq 7,5$ ммоль/л;
 - D. однократно отмечен уровень гликемии вне зависимости от приема пищи $\geq 5,1$ ммоль/л.
520. Контроль ТТГ у беременных с сахарным диабетом в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 проводится:
- A. 1 раз в месяц;
 - B. 1 раз в триместр и по показаниям;
 - C. только с целью коррекции доз инсулина;
 - D. при постановке на учет и в 30 недель беременности.
521. В соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 г. консультация эндокринолога при выявлении гестационного сахарного диабета проводится во время беременности с кратностью:
- A. 1 раз в месяц;
 - B. 1 раз в 2 недели, при необходимости чаще;
 - C. 2 раза за беременность;
 - D. 1 раз в триместре.
522. Кратность проведения ЭКГ у беременной с ожирением в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 г.:
- A. 2 раза за беременность;
 - B. каждый триместр;
 - C. 1 раз в 2 месяца;
 - D. при постановке на учет и в 32 недели беременности.
523. Госпитализация для планового родоразрешения при чрезмерной массе тела беременной показано:
- A. в 39 недель;
 - B. в 40 недель;
 - C. в 38-39 недель;
 - D. с началом родовой деятельности.

524. При наличии сахарного диабета при беременности показано определение:
- A. кетонов в моче (крови) ежедневно натощак;
 - B. сахара крови натощак;
 - C. кетонов моче (крови) после приема пищи;
 - D. сахара крови 3 раза в день.
525. Кратность определения гликированного гемоглобина у беременной с сахарным диабетом в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 г.:
- A. 2 раза за беременность;
 - B. 1 раз в триместр;
 - C. 1 раз в 2 месяца;
 - D. при постановке на учет и в 32 недели беременности.
526. Кратность определения ТТГ у беременной с сахарным диабетом в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 г.:
- A. 1 раз в триместр и по показаниям;
 - B. 2 раза за беременность;
 - C. 1 раз в 2 месяца;
 - D. при постановке на учет, далее по назначению эндокринолога.
527. Цель первой плановой госпитализации до 10-12 недель при сахарном диабете в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 г.:
- A. уточнение диагноза и решение вопроса о целесообразности пролонгирования беременности;
 - B. первая госпитализация только при наличии клиники угрозы прерывания беременности;
 - C. для компенсации углеводного обмена;
 - D. первая госпитализация только при декомпенсации диабета.
528. Цель второй плановой госпитализации в 21-24 недели при сахарном диабете в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 г.:
- A. диагностика осложнений и решение вопроса о целесообразности дальнейшего пролонгирования беременности;
 - B. вторая госпитализация только при наличии клиники угрозы прерывания беременности;
 - C. для компенсации углеводного обмена;
 - D. вторая госпитализация только при декомпенсации диабета.
529. Цель третьей плановой госпитализации в 32 недели при сахарном диабете в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 г.:
- A. для мониторинга сахарного диабета и течения беременности;
 - B. для профилактики крупного плода;
 - C. третья госпитализация показана при присоединении преэклампсии;
 - D. третья госпитализация показана только при декомпенсации диабета.
530. При ведении беременности с сахарным диабетом обязательны консультации следующих специалистов:
- A. невролога и эндокринолога;
 - B. эндокринолога (терапевта), кардиолога и офтальмолога;
 - C. эндокринолога (терапевта), невролога, офтальмолога;
 - D. эндокринолога и офтальмолога.
531. Кратность консультации офтальмолога при ведении беременности с сахарным диабетом в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 г.:
- A. 3 раза за беременность;
 - B. 2 раза за беременность;

- C. 1 раз при постановке на учет;
D. при постановке на учет, далее по назначению эндокринолога.
532. Пероральные противодиабетические препараты при беременности:
A. не показаны;
B. допускаются к применению со 2 триместра беременности;
C. только с 2 триместра беременности и по назначению врача эндокринолога;
D. продолжается прием назначенных ранее препаратов.
533. Условия для определения глюкозы венозной плазмы натощак:
A. голодание в течение не менее 8 часов, но не более 14 часов;
B. голодание в течение не менее 6 часов;
C. голодание в течение 10-12 часов;
D. допускается только вечерний прием пищи.
534. Уровень глюкозы венозной плазмы натощак при манифестном сахарном диабете:
A. $>10,0$ ммоль/л;
B. $\geq 6,5$ ммоль/л;
C. $>7,8$ ммоль/л и $<8,5$ ммоль/л;
D. $\geq 7,5$ ммоль/л.
535. Уровень гликированного гемоглобина при манифестном сахарном диабете:
A. $>10\%$;
B. $\geq 6,5$ ммоль/л;
C. $>5,1\%$;
D. $\geq 6,5\%$.
536. Оптимальный срок гестации для проведения ПТТГ:
A. 24-26 недель;
B. 28-32 недели;
C. 30-32 недели;
D. до 24 недель.
537. Показанием для проведения ПТТГ во время беременности является:
A. манифестный сахарный диабет;
B. заболевания ЖКТ, связанные с нарушением всасывания глюкозы;
C. беременность;
D. индивидуальная непереносимость глюкозы.
538. Суточная калорийность пищи у беременных с ИМТ=18-24,99 кг/м² должна составлять:
A. 30 ккал/кг;
B. 15 ккал/кг;
C. 20-25 ккал/кг;
D. не более 25 ккал/кг.
539. Суточная калорийность пищи у беременных с ИМТ=25-29,99 кг/м² должна составлять:
A. 30 ккал/кг;
B. 15 ккал/кг;
C. 20-25 ккал/кг;
D. не более 25 ккал/кг.
540. Суточная калорийность пищи у беременных с ИМТ ≥ 30 кг/м² должна составлять:
A. 30 ккал/кг;

- B. 15 ккал/кг;
 - C. 20-25 ккал/кг;
 - D. не более 25 ккал/кг.
541. Ультразвуковые критерии диабетической фетопатии не включают:
- A. гепато-спленомегалию;
 - B. двуконтурность головки плода;
 - C. диаметр живота плода ≥ 75 перцентиля;
 - D. маловодие.
542. Пациентка на режиме интенсифицированной инсулинотерапии должна проводить самоконтроль гликемии:
- A. натощак и 3 раза перед приемом пищи;
 - B. только при плохом самочувствии;
 - C. не менее 8 раз/сутки (натощак, до каждого основного приема пищи, через час после приема, перед сном, в 3-00, при плохом самочувствии);
 - D. натощак, через час после еды.
543. Родоразрешение при сахарном диабете целесообразно проводить в:
- A. 38-39 недель;
 - B. 37-38 недель;
 - C. 40 недель;
 - D. 39 недель.
544. Показаниями для планового кесарева сечения при сахарном диабете являются:
- A. диабетическая фетопатия или другие акушерские показания;
 - B. все случаи манифестного сахарного диабета;
 - C. крупный плод или многоводие;
 - D. сахарный диабет на инсулинотерапии.
545. Наиболее частое из нижеперечисленных осложнений II периода родов у рожениц, больных сахарным диабетом:
- A. дистоция плечиков;
 - B. слабость родовой деятельности;
 - C. гипотоническое кровотечение;
 - D. разрыв матки.
546. Инсулинотерапия при гестационном сахарном диабете после родоразрешения:
- A. отменяется после родов;
 - B. продолжается в течение всего послеродового периода;
 - C. продолжается в течение 3-х дней после родов;
 - D. инсулинотерапия меняется на сахароснижающие таблетированные препараты.
547. Проведение антибиотикопрофилактики при оперативных вмешательствах (кесарево сечение) оптимально:
- A. за 30 мин - 1 час до начала операции;
 - B. интраоперационно после извлечения плода и пережатия пуповины;
 - C. сразу после окончания операции;
 - D. в течение 3 дней после операции.
548. При дородовом излитии околоплодных вод и недоношенной беременности антибиотикопрофилактику следует начать:
- A. при развитии хориоамнионита;
 - B. сразу после установки факта излития околоплодных вод;

- С. в случае оперативного родоразрешения;
D. при длительности безводного промежутка 12 часов и более.
549. При недоношенной беременности противопоказан антибиотик из-за риска развития некротизирующего энтероколита:
A. пенициллин;
B. ампициллин;
C. амоксиклав;
D. эритромицин.
550. При дородовом излитии околоплодных вод и доношенной беременности антибиотикопрофилактику следует начать:
A. при развитии хориоамнионита;
B. сразу после установления факта излития околоплодных вод;
C. в случае оперативного родоразрешения;
D. при длительности безводного промежутка 18 часов и более.
551. Критериями диагностики сепсиса в рамках консенсуса Сепсис-3, 2016 г., являются:
A. инфекционный очаг и полиорганная недостаточность;
B. системная воспалительная реакция и/или клиника шока;
C. синдром системного воспалительного ответа;
D. тахикардия более 90 уд/мин и повышение Т тела $> 38^{\circ}\text{C}$ или снижение Т тела $< 36^{\circ}\text{C}$.
552. Шкала SOFA для оценки органной дисфункции не включает:
A. увеличение ЧД $> 22/\text{мин}$;
B. снижение АД систолического $< 100 \text{ мм.рт.ст.}$;
C. уровень сознания по шкале Глазго;
D. тахикардию $\geq 90 \text{ уд/мин}$.
553. Критериями септического шока являются:
A. артериальная гипотензия - САД $\geq 65 \text{ мм.рт.ст.}$, и уровень лактата $1,0\text{-}2,0 \text{ ммоль/л}$ при адекватной инфузионной терапии;
B. увеличение ЧД $> 22/\text{мин}$ и артериальная гипотензия - САД $\geq 65 \text{ мм.рт.ст.}$;
C. при адекватной инфузионной терапии персистирующая артериальная гипотензия, требующая введение вазопрессоров для поддержания САД $\geq 65 \text{ мм.рт.ст.}$, и уровень лактата $> 2 \text{ ммоль/л}$;
D. тахикардия более 90 уд/мин и повышение Т тела $> 38^{\circ}\text{C}$ или снижение Т тела $< 36^{\circ}\text{C}$.
554. Частота хориоамнионита в родах:
A. 1-4%;
B. до 10%;
C. до 14-40%;
D. 15%.
555. Диагностические критерии послеродового эндометрита все перечисленные, кроме:
A. тазовой боли и болезненности матки при пальпации;
B. гнойных выделений из половых путей с неприятным запахом;
C. субинволюции матки;
D. артериальной гипотензии.
556. Диагностические критерии подострого эндометрита после родов
A. лохии с примесью крови на 5-е сутки после родов;

- B. температура тела 38⁰С и выше;
 - C. тахикардия > 100 уд/мин;
 - D. болезненная матка при пальпации.
557. По клинической картине различают формы эндометрита:
- A. классическая, абортивная, стертая и эндометрит после кесарева сечения;
 - B. эндометрит после родов и эндометрит после кесарева сечения;
 - C. классическая и абортивная;
 - D. классическая и стертая, эндометрит после кесарева сечения.
558. Клиника классического эндометрита после родов появляется, как правило, на:
- A. 2-4 сутки;
 - B. 5-7 сутки;
 - C. 1-5 сутки;
 - D. 3-и сутки.
559. Фазы течения перитонита:
- A. реактивная, токсическая, терминальная;
 - B. реактивная, абортивная, терминальная;
 - C. абортивная, стертая, терминальная;
 - D. токсическая и терминальная.
560. Эффективность антибактериальной терапии при септических состояниях оценивается:
- A. через 36 часов;
 - B. через 24-48 часов;
 - C. в течение 3-х суток;
 - D. в течение 5 суток.
561. Критерии отмены антибиотикотерапии:
- A. санация очага и нормализация температуры в течение 24-48 часов;
 - B. санация очага;
 - C. нормализация температуры в течение 24 часов;
 - D. нормализация температуры параметров клинического анализа крови.
562. Главным этапом в лечении сепсиса и септического шока является:
- A. инфузионная терапия для поддержания АД систолического > 65 мм.рт.ст.;
 - B. санация очага в течение первых 6-12 часов;
 - C. антибактериальная терапия с учетом чувствительности;
 - D. адъювантная терапия (ИВЛ, нутритивная поддержка, почечная заместительная терапия).
563. Показанием к гистероэктомии при сепсисе является:
- A. клиника полиорганной недостаточности – SOFA более 2;
 - B. эндометрит после операции кесарева сечения;
 - C. отсутствие эффекта от антибактериальной терапии;
 - D. гипертермия > 38⁰С.
564. Инфузионная терапия при сепсисе проводится в объеме:
- A. 100 мл/кг;
 - B. 30 мл/кг;
 - C. 150 мл/кг;
 - D. 2000-3000 мл/сутки.

565. Вазопрессором первой линии в терапии сепсиса и септического шока является:
- A. норадреналин;
 - B. адреналин;
 - C. мезатон;
 - D. допамин
566. Эмпирическая антибактериальная терапия при сепсисе проводится:
- A. в течение 3-5 суток до получения результатов чувствительности возбудителя к антибиотикам;
 - B. в течение всего периода лечения;
 - C. в течение 7-10 суток;
 - D. не более 48 часов.
567. При отсутствии стабилизации гемодинамики на фоне инфузионной терапии в объеме 30 мл/кг и применения вазопрессоров и инотропных препаратов необходимо:
- A. подключить кортикостероидные препараты на время введения вазопрессоров;
 - B. сменить вазопрессор;
 - C. увеличить объем инфузионной терапии кристаллоидами;
 - D. к инфузионной терапии добавить гидроксиэтилированный крахмал.
568. Уровень ЦВД при эффективной инфузионной терапии сепсиса должен быть в пределах:
- A. 8-12 мм.рт.ст.;
 - B. выше 6 мм.рт.ст.;
 - C. выше 15 мм.рт.ст.;
 - D. не менее 6 мм.рт.ст
569. Абсолютным критерием начала респираторной поддержки при тяжелом сепсисе является:
- A. усталость пациентки, вовлечение вспомогательных дыхательных мышц;
 - B. тахипноэ > 20 в мин;
 - C. отсутствие самостоятельного дыхания и патологические ритмы дыхания;
 - D. гиперкапния.
570. Показанием для трансфузии свежезамороженной плазмы при сепсисе является:
- A. кровотечение и/или инвазивные процедуры на фоне коагулопатии;
 - B. для увеличения объема инфузионной терапии;
 - C. для коррекции лабораторных данных при отсутствии кровотечения;
 - D. с целью профилактики коагулопатии.
571. Первая плановая госпитализация беременной с заболеваниями сердечно-сосудистой системы показана:
- A. при появлении признаков недостаточности кровообращения;
 - B. в сроке беременности до 12 недель;
 - C. при присоединении акушерской патологии;
 - D. в сроке 38-39 недель.
572. Кратность электрокардиографии у беременной с кардиомиопатией в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012:
- A. 3 раза за беременность;
 - B. при постановке на учет и перед родами;
 - C. при постановке на учет, далее по показаниям;
 - D. 1 раз в триместр, перед родами и по показаниям.

573. Кратность консультации кардиолога беременной с кардиомиопатией в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012:
- A. 1 раз в триместр;
 - B. при постановке на учет и перед родами;
 - C. при постановке на учет, далее по показаниям;
 - D. 1 раз в 1-2 месяца и по показаниям.
574. В соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 консультация каких смежных специалистов показана при ведении беременности с кардиомиопатией?
- A. врача-кардиолога (врача-терапевта) и в дальнейшем динамическое наблюдение (1 -2 раза в месяц), консультация врача-эндокринолога;
 - B. врача-кардиолога и его дальнейшее наблюдение;
 - C. врача-невролога и врача-кардиолога;
 - D. врач-кардиолога, невролог и эндокринолог при постановке на учет.
575. При гипертрофической кардиомиопатии в случае необходимости показана анестезия:
- A. спинальная;
 - B. эпидуральная;
 - C. ингаляционный наркоз;
 - D. в/в наркоз кетамин.
576. Плановые госпитализации беременной с кардиомиопатией в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012:
- A. до 10 недель, 28-32 недели, в 38 недель, при ухудшении состояния пациентки;
 - B. до 12 недель и при ухудшении состояния пациентки;
 - C. 1 раз в триместр;
 - D. до 12 недель и в 38 недель для родоразрешения.
577. Цель первой плановой госпитализации беременной с кардиомиопатией в сроке до 12 недель в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012:
- A. уточнение диагноза и решение вопроса о возможности вынашивания беременности;
 - B. уточнение диагноза и составление индивидуального плана наблюдения;
 - C. определение факторов риска;
 - D. коррекция терапии.
578. Цель второй плановой госпитализации беременной с кардиомиопатией в сроке в 28-32 недели в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012:
- A. уточнение диагноза и решение вопроса о возможности дальнейшего протонгирования беременности;
 - B. уточнение диагноза и составление индивидуального плана наблюдения;
 - C. определение факторов риска;
 - D. обследования и коррекции проводимой терапии.
579. Плановая госпитализация беременной с кардиомиопатией для родоразрешения в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 показана в сроке:
- A. 38-39 недель;
 - B. 39-40 недель;
 - C. 37-38 недель;
 - D. 40 недель.
580. При гипертрофической кардиомиопатии и клинике угрозы прерывания беременности следует избегать назначения:

- A. адреномиметиков;
 - B. спазмолитиков;
 - C. сернокислой магнезии;
 - D. микронизированного прогестерона.
581. При дилатационной кардиомиопатии во время беременности показано назначение:
- A. сердечных гликозидов;
 - B. инотропов;
 - C. вазодилататоров;
 - D. адреномиметиков
582. При родоактивации окситоцином при слабости родовой деятельности кардиотокография плода проводится:
- A. каждые 30 минут;
 - B. в непрерывном режиме;
 - C. 40 минут с началом родоактивации, далее каждые 30 минут;
 - D. каждые 15 минут.
583. Патологический прелиминарный период характеризуется:
- A. регулярными нарастающими по интенсивности и продолжительности схватками;
 - B. структурные изменения шейки матки;
 - C. координированные малоболезненные неэффективные схватки, продолжительностью более 6 часов;
 - D. фиксацией предлежащей части (головки) ко входу в малый таз.
584. Альтернативным методом лечения дискоординации родовой деятельности является:
- A. эпидуральная анестезия;
 - B. медикаментозный акушерский сон;
 - C. родоактивация окситоцином;
 - D. амниотомия.
585. Схема родоактивации окситоцином:
- A. 5ЕД окситоцина развести в 500 мл 0,9% физиологического р-ра, скорость капельного введения с 6 кап/мин до 40 кап/мин в течение 1 часа;
 - B. 10ЕД окситоцина развести в 500 мл 0,9% физиологического р-ра, скорость капельного введения с 6 кап/мин до 40 кап/мин в течение 1 часа;
 - C. 5 ЕД окситоцина + физ.р-р 0,9% 50,0 мл в/в инфузوماتом: скорость 1,8 мл/ч (3 мЕд/мин) + 1,8 мл/час через 30 минут, максим. скорость введения 10,8-12,6 мл/ч (18-21 мЕд/мин);
 - D. 5 ЕД окситоцина + физ.р-р 0,9% 50,0 мл в/в инфузوماتом: скорость 3 мл/ч + 3 мл/час через 30 минут, максим. скорость введения 12,5-20 мл/ч.
586. Осложнением медикаментозной родоактивации не является:
- A. родовой травматизм плода и роженицы;
 - B. дискоординация родовой деятельности;
 - C. артериальная гипотензия;
 - D. ПОНРП.
587. При ведении родов на фоне эпидуральной анестезии кардиотокография плода проводится:
- A. в непрерывном режиме;
 - B. каждые 30 минут;
 - C. 40 минут с началом родоактивации, далее каждые 30 минут;
 - D. каждые 15 минут.

588. Ведущими механизмами прекращения кровотечения сразу после родов является
- A. сокращение плацентарной площадки;
 - B. дистракция миометрия;
 - C. сокращение матки и тромбообразование в сосудах плацентарной площадки;
 - D. спазм шейки матки.
589. Индукция родов при переносенной беременности целесообразна:
- A. с 41 недели беременности;
 - B. после 42 недели беременности;
 - C. в 40-41 неделю;
 - D. в 39-40 недель.
590. Механические методы подготовки шейки матки включают:
- A. интрацервикальное введение ламинарий, катетера Фоллея;
 - B. применение динопроста;
 - C. амниотомию;
 - D. кольпейриз.
591. С целью медикаментозной подготовки шейки матки используют:
- A. антипрогестины и простагландины;
 - B. ламинарии и простагландины;
 - C. простагландины и окситоцин;
 - D. простагландины и амниотомия.
592. С целью индукции родов не используется:
- A. антипрогестин;
 - B. окситоцин;
 - C. динопрост;
 - D. карбетоцин.
593. Механизм индукции родов мифепристона основан на:
- A. блокаде рецепторов прогестерона;
 - B. активации простогландинов;
 - C. сокращении миометрия;
 - D. активации синтеза окситоцина.
594. Механизм индукции родов динопроста основан на:
- A. блокаде рецепторов прогестерона;
 - B. активации простогландинов;
 - C. повышение сократительной активности и тонуса миометрия;
 - D. активации синтеза окситоцина.
595. Противопоказанием для назначения динопроста является:
- A. «незрелая» шейка матки;
 - B. переносенная беременность;
 - C. целый плодный пузырь;
 - D. излитие околоплодных вод.
596. Противопоказанием для амниотомии является:
- A. многоводие;
 - B. маловодие;
 - C. презклампися;
 - D. «незрелая» или недостаточно «зрелая» шейка матки.

597. Противопоказанием для амниотомии является:
- A. патологический прелиминарный период;
 - B. слабость родовой деятельности;
 - C. артериальная гипертензия;
 - D. предлежание петель пуповины.
598. В случае отказа беременной от медикаментозных и механических методов подготовки шейки матки, при условии отсутствия других показаний для родоразрешения путем операции кесарева сечения, предлагается проведение влагалищного исследования с целью:
- A. отслойки нижнего полюса плодного пузыря;
 - B. амниотомии;
 - C. определения степени зрелости шейки матки;
 - D. определения характера вставления головки.
599. Окситоцин не должен применяться после введения последней дозы простагландина E2 в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 ранее, чем через (часов):
- A. 4 часа;
 - B. 12 часов;
 - C. 6 часов;
 - D. 24 часа.
600. Контроль состояния плода во время индукции родов проводится:
- A. КТГ каждые 20 мин в час или непрерывная КТГ при родах высокого риска;
 - B. первые 40 минут после индукции родов;
 - C. только непрерывная КТГ;
 - D. непрерывная КТГ с началом родовой деятельности.
601. Перинатальный исход при многоплодной беременности определяют, прежде всего
- A. хориальность и срок гестации;
 - B. осложнения беременности;
 - C. соматические заболевания;
 - D. акушерский анамнез.
602. Скрининговое УЗИ для исключения синдрома фето-фетальной трансфузии и истмико-цервикальной недостаточности проводится в сроки беременности:
- A. 6-8 недель;
 - B. 16-18 недель;
 - C. 14 недель;
 - D. 22-24 недель.
603. Показанием к интраоперационной реинфузии эритроцитов в акушерской практике не является:
- A. многоплодная беременность;
 - B. ПОНРП, предлежание плаценты;
 - C. нарушение гемостаза;
 - D. наличие в брюшной полости кишечного содержимого
604. Противопоказанием к интраоперационной реинфузии эритроцитов в акушерской практике не является:
- A. гнойное содержимое в брюшной полости;
 - B. хориоамнионит;
 - C. спаечная болезнь;
 - D. злокачественное новообразование в брюшной полости.

605. При преждевременном излитии околоплодных вод и недоношенной беременности до 34 недель выжидательная тактика показана при:
- A. маловодии (ИАЖ < 8 см);
 - B. хориоамнионите;
 - C. преэклампсии/эклампсии;
 - D. кровотечении при предлежании плаценты.
606. При преждевременном излитии околоплодных вод и недоношенной беременности до 34 недель контроль С-реактивного белка проводится с частотой:
- A. 1 р /3 дня;
 - B. ежедневно;
 - C. 2 раза в день;
 - D. 1 р /2 дня.
607. При преждевременном излитии околоплодных вод и недоношенной беременности до 34 недель оценка пульса, Т тела беременной, ЧСС плода проводится:
- A. ежечасно;
 - B. каждые 4 часа;
 - C. каждые 2 часа;
 - D. каждые 12 часов.
608. При преждевременном излитии околоплодных вод и недоношенной беременности до 34 недель оценка ИАЖ проводится:
- A. ежедневно;
 - B. 1 раз в 3 дня;
 - C. 1 раз в 7 дней;
 - D. 2 раза в день.
609. Передняя стенка влагалища в ее нижнем отделе граничит с:
- A. мочеиспускательным каналом;
 - B. дном мочевого пузыря;
 - C. шейкой мочевого пузыря;
 - D. мочеточником.
610. Передняя стенка опорожненного мочевого пузыря соприкасается с внутренней поверхностью
- A. лонного сочленения;
 - B. передней стенки матки;
 - C. верхних ветвей седалищных костей;
 - D. передней брюшной стенки.
611. Под акушерской промежностью понимают участок тканей
- A. от нижнего края лона до ануса;
 - B. между анусом и копчиком;
 - C. между задней спайкой и анусом;
 - D. от нижнего края лона до копчика.
612. Физиологические изменения, происходящие в лонном сочленении во время беременности, приводят к расхождению лонных костей в стороны не более (см)
- A. 1,3-1,5;
 - B. 0,4-0,6;
 - C. 1,0-1,2;
 - D. 0,6-0,7.

613. Диафрагма таза образуется:
- A. мочеполовой диафрагмой;
 - B. глубокой поперечной мышцей промежности;
 - C. m. levator ani;
 - D. поверхностной поперечной мышцей промежности.
614. При разрыве промежности III степени швы накладываются в следующей последовательности
- A. на слизистую влагалища, мышцы промежности, слизистую прямой кишки, сфинктер прямой кишки, кожу промежности;
 - B. на стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, мышцы промежности, кожу промежности;
 - C. на стенку прямой кишки, сфинктер прямой кишки, слизистую влагалища, мышцы промежности, кожу промежности;
 - D. на стенку прямой кишки, слизистую влагалища, мышцы промежности и сфинктер прямой кишки, кожу промежности.
615. Противопоказания к заготовке аутоплазмы в акушерстве:
- A. артериальная гипертензия;
 - B. мочекаменная болезнь;
 - C. тромбофилии, анемия – гемоглобин < 90 г/л, Ht < 30%;
 - D. срок беременности 34-37 недель.
616. При аллергической реакции ка консервант при заготовке аутоплазмы показана:
- A. десенсибилизирующая терапия;
 - B. инфузионная детоксикационная терапия;
 - C. терапия только инотропами;
 - D. терапия только глюкокортикостероидами.
617. Контрольное ручное обследование стенок матки показано после какого оперативного родоразрешения через естественные родовые пути?
- A. вакуум-экстракции плода;
 - B. оказания пособия по Цовьянову I;
 - C. наложения полостных щипцов;
 - D. оказания классического ручного пособия при тазовом предлежании.
618. Сочетание мекониально окрашенных вод и патологических изменений на КТГ является показанием к:
- A. родоразрешению путем операции кесарева сечения;
 - B. экстренному завершению родов согласно акушерской ситуации;
 - C. экстракции плода за паховый сгиб;
 - D. наложению полостных или выходных акушерских щипцов.
619. При излитии мекониально окрашенных вод в родах с целью оценки состояния плода показано:
- A. КТГ каждые 20 мин в час или непрерывная КТГ при родах высокого риска;
 - B. первые 40 минут после индукции родов;
 - C. только непрерывная КТГ;
 - D. непрерывная КТГ с началом родовой деятельности.
620. Контрольное ручное обследование стенок матки показано после каких оперативных вмешательств (пособий/приемов), оказанных в родах через естественные родовые пути?
- A. вакуум-экстракции плода;

- В. оказания пособия по Цовьянову I;
 - С. приемов, оказанных при дистоции плечиков;
 - Д. оказания классического ручного пособия при тазовом предлежании.
621. К хирургическому гемостазу при послеродовом кровотечении относится все, кроме:
- А. перевязки маточной и яичниковой артерии;
 - В. перевязки внутренней подвздошной артерии;
 - С. наложение швов по В-Линчу;
 - Д. баллонной тампонады матки.
622. Гистерэктомия при кровотечении в послеродовом периоде показана:
- А. при неэффективности хирургического гемостаза;
 - В. при наличии миомы матки;
 - С. при неэффективности утеротонической терапии;
 - Д. при неэффективности инфузионной терапии.
623. Препаратом первой линии для проведения токолиза при угрозе преждевременных родов является:
- А. атозибан;
 - В. гексапреналин сульфат;
 - С. нифедипин;
 - Д. сернокислая магнезия.
624. При использовании β 2-адреномиметиков необходим контроль уровня глюкозы крови – каждые:
- А. 4 часа;
 - В. 2 часа;
 - С. 12 часов;
 - Д. после окончания токолиза.
625. При токолизе нифедипином является обязательным:
- А. определение сердцебиения плода каждые 30 минут;
 - В. измерение пульса, АД каждые 30 минут в течение первого часа, затем ежечасно в течение первых 24 часов, затем каждые 4 часа.
 - С. измерение пульса, АД каждый час в течение первых 3 часов, затем каждые 12 часов.
 - Д. ведение партограммы.
626. Наиболее достоверным предиктором начала преждевременных родов является:
- А. определение фетального фибронектина во влагалищном содержимом после 22 недель;
 - В. жалобы на схваткообразные боли в животе;
 - С. цервикометрия;
 - Д. снижение уровня прогестерона.
627. При акушерской эмболии необходимо провести в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 следующее исследование:
- А. R-графия грудной клетки;
 - В. МРТ грудной клетки;
 - С. прикроватный тест для определения качества свертывания крови;
 - Д. КТ головного мозга.
628. При каком уровне гемоглобина показано переливание крови и кровезаменителей?

- A. ≤ 70 г/л;
 - B. ≤ 90 г/л;
 - C. при любом снижении уровня гемоглобина, сочетающемся с экстрагенитальной патологией;
 - D. при любом снижении уровня гемоглобина и отсутствии эффекта от лечения препаратами железа.
629. Ультразвуковое исследование органов малого таза после родоразрешения путем операции кесарева сечения показано на какие сутки?
- A. на 3-и сутки;
 - B. на 5-е сутки;
 - C. на 4-е сутки;
 - D. на 9-10 сутки.
630. Ультразвуковое исследование органов малого таза после родоразрешения через естественные родовые пути показано на какие сутки?
- A. на 5-е сутки;
 - B. на 4-е сутки;
 - C. на 3-и сутки;
 - D. на 9-10 сутки.
631. Биохимический анализ крови после родоразрешения путем операции кесарева сечения показан на какие сутки?
- A. на 5-е сутки;
 - B. на 4-е сутки;
 - C. по показаниям;
 - D. на 9-10 сутки.
632. Клинический анализ крови и общий анализ мочи после родоразрешения путем операции кесарева сечения показаны на какие сутки?
- A. на 5-е сутки;
 - B. на 4-е сутки;
 - C. на 2-3-е сутки;
 - D. на 9-10 сутки.
633. Ультразвуковое исследование органов малого таза после родоразрешения через естественные родовые пути с помощью акушерской операции/пособия показано на какие сутки?
- A. на 5-е сутки;
 - B. на 3-и сутки;
 - C. на 2-е сутки;
 - D. на 9-10 сутки.
634. К методам экстракорпоральной детоксикации не относится:
- A. плазмаферез,
 - B. плазмосорбция,
 - C. квантовая аутогемотерапия;
 - D. аутоплазмодонрство.
635. Плановая госпитализация беременной при установленном или предполагаемом несоответствии размеров таза и плода в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 г. показана:
- A. для родоразрешения в сроке 38 недель;
 - B. при развитии родовой деятельности;
 - C. в 40 недель;
 - D. 39-40 недель.

636. Плановая госпитализация беременной при установленном или предполагаемом неправильном положении плода в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 г. в акушерский стационар второй (третьей) группы показана:
- A. в сроке 36-37 недель;
 - B. при развитии родовой деятельности;
 - C. 37-39 недель;
 - D. 39-40 недель.
637. Многоводие может сопровождать беременность при всем перечисленном, кроме:
- A. сахарного диабета;
 - B. внутриутробной инфекции;
 - C. преэклампсии;
 - D. резус-иммунизации.
638. Многоводие может сопровождать беременность при всем перечисленном, кроме:
- A. резус-иммунизации;
 - B. сахарного диабета;
 - C. пороков развития плода;
 - D. гестационных отеков.
639. Беременной с многоводием показана дополнительно консультация в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 г.:
- A. врача-генетика и эндокринолога;
 - B. терапевта и эндокринолога;
 - C. врача-генетика и инвазивная пренатальная диагностика;
 - D. терапевта и инфекциониста.
640. Плановая госпитализация беременной с патологией лонного сочленения в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 г. показана:
- A. в сроке 36-37 недель;
 - B. при развитии родовой деятельности;
 - C. 38-39 недель;
 - D. 39-40 недель.
641. Беременной с патологией лонного сочленения показана консультация в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 г.:
- A. врача-травматолога-ортопеда;
 - B. врача-терапевта и травматолога;
 - C. врача ультразвуковой диагностики;
 - D. врача-рентгенолога.
642. Беременной с инфекцией половых путей показана консультация в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 г.:
- A. врача-инфекциониста и дерматовенеролога;
 - B. врача-терапевта и инфекциониста;
 - C. врача онкогинеколога;
 - D. врача-гастроэнтеролога.
643. При подозрении на гонорею во время беременности показано:
- A. скрининговая микроскопия влагалищного мазка;
 - B. бактериологический посев на гонококк с определением чувствительности к антибиотикам;

- C. мазок на онкоцитологию;
D. кольпоскопия.
644. Контрольное обследование при лечении гонореи во время беременности показано:
A. через 1 месяц после лечения;
B. после родов;
C. через 3 недели после лечения;
D. через 3 месяца после лечения.
645. Антибиотиками выбора для лечения гонореи во время беременности являются:
A. цефалоспорины 2 и 3 поколения;
B. гентамицин;
C. амоксиклав;
D. канамицин.
646. При положительной качественной пробе (реакция Вассермана) профилактика врожденного сифилиса показана с:
A. 16 недель;
B. момента постановки диагноза;
C. 8 недель;
D. 20-22 недель.
647. При положительной качественной пробе (реакция Вассермана) показана консультация врача-дерматовенеролога:
A. при постановке диагноза и после 16 недель с целью проведения профилактического лечения;
B. и наблюдение в течение всей беременности и послеродовом периоде;
C. и наблюдение в течение всей беременности до родоразрешения;
D. однократно после 16 недель беременности.
648. Забор крови у новорожденного, рожденного от матери с сифилисом, на серологический статус производится:
A. в родзале из пуповины;
B. на 3-е сутки;
C. только в случае отсутствия профилактического лечения во время беременности;
D. только в случае сифилиса, выявленного во время данной беременности.
649. Беременной с сифилисом показана в соответствии с приказом МЗ РФ № 572 от 1.11.2012 г. консультация следующих специалистов:
A. инфекциониста и дерматовенеролога;
B. терапевта и дерматовенеролога;
C. невролога, терапевта, офтальмолога и оториноларинголога;
D. гастроэнтеролога, офтальмолога и оториноларинголога.
650. Физиологическое повышение фибрина во время беременности регулируется:
A. гемодилюцией и снижением гемоглобина;
B. снижением гомоцистеина;
C. повышением кол-ва лейкоцитов крови;
D. активация антиоксидантной защиты.
651. Максимальная профилактическая доза витамина Д для беременных составляет:

- A. 800 ME;
 - B. 400 ME;
 - C. 600 ME;
 - D. 500 ME.
652. Безопасная дозировка витамина E во время беременности?
- A. 400-600 ME;
 - B. 800 ME;
 - C. 200-400 ME;
 - D. 100-200 ME.
653. Рекомендуемая суточная доза элементарного кальция для беременных?
- A. 2 г;
 - B. 1,5-2 г;
 - C. 0,5-1 г;
 - D. 1-1,5 г.
654. Какая патология беременности может свидетельствовать о наличии антифосфолипидного синдрома?
- A. 3 и более последовательных потери беременности до 10 недель;
 - B. гестационный сахарный диабет;
 - C. гестационный гипотиреоз;
 - D. угроза преждевременных родов.
655. Инфекция является фактором прерывания беременности в первом триместре с частотой:
- A. более 50%;
 - B. 10-12%;
 - C. 83%;
 - D. 30-40%.
656. Механическая теория разрыва матки предложена в 1875 году:
- A. Л.Д.Вербовым;
 - B. Л.Бандлем;
 - C. А.Л.Красовским;
 - D. И.П.Лазаревичем.
657. Гистопатическая теория разрыва матки предложена в 1911 году:
- A. Л.Д.Вербовым;
 - B. Л.Бандлем;
 - C. А.Л.Красовским;
 - D. И.П.Лазаревичем.
658. Разрыв шейки матки I степени – это:
- A. разрыв шейки с одной стороны на протяжении не более 2 см;
 - B. разрыв шейки с одной или двух сторон на протяжении не более 2 см;
 - C. разрыв на протяжении более 2 см, но не достигающий до свода влагалища;
 - D. разрыв шейки матки с одной стороны, но достигающий до свода влагалища.
659. Разрыв шейки матки II степени – это:
- A. разрыв шейки с одной стороны на протяжении не более 2 см;
 - B. разрыв шейки с одной или двух сторон на протяжении не более 2 см;
 - C. разрыв на протяжении более 2 см, но не достигающий до свода влагалища;
 - D. разрыв шейки матки с одной стороны, но достигающий до свода влагалища.
660. Разрыв шейки матки III степени – это:

- A. разрыв шейки с одной стороны на протяжении не более 2 см;
 - B. разрыв шейки с одной или двух сторон на протяжении не более 2 см;
 - C. разрыв на протяжении более 2 см, но не достигающий до свода влагалища;
 - D. разрыв шейки матки, достигающий до свода влагалища или переходящий на него.
661. Тактика врача при разрыве шейки матки III степени:
- A. немедленное контрольное ручное обследование матки для исключения перехода разрыва шейки на нижний сегмент матки;
 - B. ультразвуковое исследование органов малого таза;
 - C. ушивание разрыва шейки матки, продолжить осмотр родовых путей при помощи зеркал;
 - D. перевести родильницы в операционную для лапаротомии, во время которой необходимо осмотреть матку и исключить переход разрыва шейки матки на нижний сегмент.
662. Разрывы матки по характеру повреждения классифицируются на:
- A. самопроизвольный и насильственный;
 - B. полный и неполный;
 - C. угрожающий; начавшийся и свершившийся;
 - D. механический и гистопатический.
663. Разрывы матки по клинической картине классифицируются на:
- A. самопроизвольный и насильственный;
 - B. полный и неполный;
 - C. угрожающий; начавшийся и свершившийся;
 - D. механический и гистопатический.
664. Разрывы матки по патогенезу классифицируются на:
- A. самопроизвольный и насильственный;
 - B. полный и неполный;
 - C. угрожающий; начавшийся и свершившийся;
 - D. механический и гистопатический.
665. Причиной механического разрыва матки является;
- A. клиническое несоответствие размеров головки плода размерам таза роженицы;
 - B. наличие рубца на матке;
 - C. высокий паритет;
 - D. многоплодная беременность.
666. При начавшемся разрыве матки к клинике угрожающего разрыва присоединяется:
- A. появление кровянистых выделений из половых путей;
 - B. матка вне схватки расслабляется полностью, но остается болезненным нижний сегмент матки при пальпации;
 - C. непроизвольные потуги при высоко стоящей головке плода;
 - D. прекращение родовой деятельности.
667. Клиника угрозы разрыва матки на фоне клинического несоответствия начинается с появления:
- A. кровянистых выделений из половых путей;
 - B. положительного симптома Вастена;
 - C. непроизвольных потуг при высоко стоящей головке плода;
 - D. болезненных схваток.

668. Роженица в первом периоде родов с предполагаемой массой плода 4100 г. Околоплодные воды не изливались. Биомеханизм родов – передний вид затылочного предлежания. Размеры таза 26-28-30-21 см. Акушерская тактика?
А. роды продолжить вести выжидательно с функциональной оценкой таза;
В. произвести амниотомию и оценить продвижение головки по родовым путям;
С. кесарево сечение в экстренном порядке;
D. амниотомия и продолжить роды вести консервативно.
669. Роженица во втором периоде родов с предполагаемой массой плода 3900 г. Околоплодные воды излились 2 часа назад. Второй период родов продолжается 1,5 часа. Схватки через 1-2 минуты по 50 сек, болезненные. Матка вне схватки расслабляется полностью. Контракционное кольцо на 10 см выше лона, нижний сегмент безболезненный при пальпации. Мочеиспускание затруднено. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Продвижение головки по родовым путям отсутствует. На головке выраженная родовая опухоль. Акушерская тактика?
А. роды продолжить вести выжидательно с функциональной оценкой таза;
В. кесарево сечение в экстренном порядке, принимая во внимание угрожающий разрыв матки;
С. кесарево сечение в экстренном порядке, принимая во внимание клинически узкий таз;
D. роды закончить путем наложения вакуум-экстракции.
670. Роженица во втором периоде родов с предполагаемой массой плода 4300 г. Околоплодные воды излились 1 час назад. Второй период родов продолжается 2 часа. Схватки через 1-2 минуты по 50 сек, потужного характера. Матка вне схватки не расслабляется. Контракционное кольцо на уровне пупка, располагается косо, нижний сегмент болезненный при пальпации. Мочеиспускание затруднено. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Продвижение головки по родовым путям отсутствует. На головке выраженная родовая опухоль. Акушерская тактика?
А. кесарево сечение в экстренном порядке, принимая во внимание угрожающий разрыв матки;
В. роды продолжить вести выжидательно с функциональной оценкой таза;
С. кесарево сечение в экстренном порядке, принимая во внимание клинически узкий таз;
D. роды закончить путем наложения вакуум-экстракции.
671. Объем оперативного вмешательства при свершившемся разрыве матки:
А. извлечение плода из брюшной полости и выполнение по возможности органосохраняющей операции - ушивание разрыва матки;
В. только ампутация матки;
С. гистерэктомия;
D. ушивание разрыва матки и хирургическая стерилизация.
672. Объем хирургического вмешательства при угрожающем разрыве матки:
А. кесарево сечение;
В. ушивание разрыва матки;
С. гистерэктомия;
D. извлечение плода через рану на матке и ушивание разрыва матки.
673. Разрыв промежности I степени характеризуется:
А. разрыв слизистой влагалища, мышц и кожи промежности;
В. разрыв слизистой влагалища и кожи промежности;
С. разрыв распространяется на сфинктер прямой кишки;
D. разрыв слизистой влагалища, мышц, кожи промежности и сфинктера.
674. Разрыв промежности II степени характеризуется:

- A. разрыв слизистой влагалища, мышц и кожи промежности;
 - B. разрыв слизистой влагалища и кожи промежности;
 - C. разрыв распространяется на сфинктер прямой кишки;
 - D. разрыв слизистой влагалища, мышц, кожи промежности и сфинктера.
675. Разрыв промежности III степени характеризуется:
- A. разрыв слизистой влагалища, мышц и кожи промежности;
 - B. разрыв слизистой влагалища и кожи промежности;
 - C. разрыв распространяется на сфинктер прямой кишки;
 - D. разрыв слизистой влагалища, мышц, кожи промежности, анального сфинктера.
676. Разрыв промежности IV степени характеризуется:
- A. разрыв слизистой влагалища, мышц и кожи промежности;
 - B. разрыв слизистой влагалища и кожи промежности;
 - C. разрыв распространяется на сфинктер прямой кишки;
 - D. разрыв слизистой влагалища, мышц, кожи промежности, сфинктера и слизистой прямой кишки.
677. Наиболее часто в акушерской практике применяется:
- A. кесарево сечение в нижнем сегменте матки;
 - B. кесарево сечение поперечным разрезом;
 - C. корпоральное кесарево сечение;
 - D. экстраперитонимальное кесарево сечение.