



GEE!TEST

ТЕСТ ПО
АКУШЕРСТВУ

by oldkyx



Тест по акушерству

система подготовки к тестам Gee Test
oldkyx.com

Родовые пути. Плод как объект родов

1. Понятие родовые пути включает

- 1) [-]малый таз
 - 2) [-]матку, влагалище, мышцы тазового дна
 - 3) [-]матку, мышцы тазового дна, пристеночные мышцы таза
 - 4) [+]костный таз, матку, влагалище, мышцы тазового дна
 - 5) [-]тело матки, нижний сегмент матки, влагалище
-

2. Ширина и окружность бедер доношенного плода составляют

- 1) [-]13 см, 35 см
 - 2) [-]12 см, 33 см
 - 3) [-]11 см, 31 см
 - 4) [+]9.5 см, 28 см
 - 5) [-]8 см, 24 см
-

3. Положение плода определяется

- 1) [-]по расположению плода в правой или левой половине матки
 - 2) [+]по отношению продольной оси плода к продольной оси матки
 - 3) [-]по расположению плода в верхней или нижней половине матки
 - 4) [-]по отношению головки и конечностей к туловищу плода
 - 5) [-]по отношению спинки плода к передней или задней стенке матки
-

4. Позиция плода определяется

1) [-]по отношению продольной оси плода к продольной оси матки

2) [-]по отношению спинки плода к передней или задней стенке матки

3) [-]по расположению плода в левой или правой половине матки

4) [+]по отношению спинки плода к правой или левой стенке матки

5) [-]по отношению плода к верхней или нижней половине матки

5. Вид плода определяется

1) [-]по отношению спинки плода к левой или правой стенке матки

2) [-]по расположению плода ближе к передней или задней стенке матки

3) [-]по отношению продольной оси плода к продольной оси матки

4) [+]по отношению спинки плода к передней или задней стенке матки

5) [-]по отношению конечностей и головки к туловищу плода

6. Членорасположение плода определяется как

1) [-]отношение спинки плода к передней и задней стенке матки

2) [-]отношение продольной оси плода к продольной оси матки

3) [-]отношение крупной части плода к плоскости входа в малый таз

4) [-]отношение спинки плода к правой и левой стенке матки

5) [+]взаимоотношение между головкой, конечностями и туловищем плода

7. Укажите все возможные варианты положения плода

- 1) [-]косое и поперечное
 - 2) [-]головное и тазовое
 - 3) [-]переднее и заднее
 - 4) [+]продольное, поперечное, косое
 - 5) [-]сгибательное и разгибательное
-

8. Членорасположение плода бывает

- 1) [+]сгибательным и разгибательным
 - 2) [-]продольным, поперечным и косым
 - 3) [-]передним и задним
 - 4) [-]головным и тазовым
 - 5) [-]первым и вторым
-

9. Вставление головки определяется

- 1) [-]частью головки, которая находится ниже плоскости входа в малый таз
 - 2) [+]отношением стреловидного шва к мысу и симфизу
 - 3) [-]отношением малого родничка к передней или задней стенке таза
 - 4) [-]отношением малого родничка к правой или левой стенке таза
-

10. Костный таз делится

- 1) [+]на большой и малый таз
- 2) [-]на вход, широкую часть, узкую часть, выход

3) [-]на большой, малый и полость таза

4) [-]на вход, полость таза, выход

5) [-]на широкую часть и узкую часть

11. Большой родничок образуют швы

1) [-]стреловидный, лямбдовидный

2) [-]стреловидный, лобный

3) [-]стреловидный, венечный

4) [-]венечный, лямбдовидный

5) [+]стреловидный, лобный, венечный

12. Укажите правильную последовательность расположения параллельных плоскостей Годжи

1) [-]главная, спинальная, терминальная, выхода

2) [-]спинальная, главная, терминальная, выхода

3) [-]терминальная, спинальная, главная, выхода

4) [+]терминальная, главная, спинальная, выхода

5) [-]терминальная, главная, выхода, спинальная

13. Плоскость входа в малый таз проходит через

1) [+]верхний внутренний край симфиза, безымянные линии, крестцовый мыс

2) [-]середину внутренней поверхности симфиза, безымянные линии, крестцовый мыс

3) [-]верхний край симфиза, середины костных пластинок вертлужных впадин, крестцовый мыс

4) [-]верхний край симфиза, безымянные линии, первый крестцовый позвонок

5) [-]нижний край симфиза, подвздошные ямки, крестцовый

14. Углами ромба Михаэлиса являются

- 1) [-]остистый отросток 5-го поясничного позвонка, верхушка крестца, задние нижние ости подвздошных костей
- 2) [+]надкрестцовая ямка под остистым отростком 5-го поясничного позвонка, верхушка крестца, задние верхние ости подвздошных костей
- 3) [-]надкрестцовая ямка под остистым отростком 5-го поясничного позвонка, верхушка крестца, задние нижние ости подвздошных костей
- 4) [-]остистый отросток 4-го поясничного позвонка, верхушка крестца, задние нижние ости подвздошных костей
- 5) [-]остистый отросток 1-го крестцового позвонка, верхушка крестца, задние верхние ости подвздошных костей

15. Плоскость широкой части полости малого таза проходит через

- 1) [+]середину внутренней поверхности симфиза, середины внутренних поверхностей костных пластинок вертлужных впадин, сочленение 2-го и 3-го крестцовых позвонков
- 2) [-]середину верхнего края лона, середины внутренних поверхностей костных пластинок вертлужных впадин, сочленение 3-го и 4-го крестцовых позвонков
- 3) [-]середину внутренней поверхности симфиза, ости седалищных костей, сочленение 2-го и 3-го крестцовых позвонков
- 4) [-]середину верхнего края лона, наиболее отдаленные точки безымянных линий, сочленение 2-го и 3-го крестцовых позвонков
- 5) [-]нижний край лона, середину внутренних поверхностей

костных пластинок вертлужных впадин, сочленение 2-го и 3-го крестцовых позвонков

16. Внутренний слой мышц тазового дна образует

- 1) [-]M.Transversus Perinei Profundus
 - 2) [-]M.Bulbocavernosus
 - 3) [-]M.Obturatorius Internus
 - 4) [-]M.Iliacus Internus
 - 5) [+]M.Levator Ani
-

17. Средний слой мышц тазового дна образует

- 1) [-]M.Levator Ani
 - 2) [-]M.Piriformis
 - 3) [-]M.Psoas Major
 - 4) [+]M.Transversus Perinei Profundus
 - 5) [-]M.Ischiocavernosus
-

18. Наружный слой мышц тазового дна образуют

- 1) [-]M.Levator Ani and M.Obturatorius Internus
 - 2) [-]M.Piriformis, M.Obturatorius Internus
 - 3) [-]M.Iliacus Internus, M.Psoas Major
 - 4) [-]M.Sphincter Ani Externus, M.Transversus Perinei Profundus
 - 5) [+]M.Bulbocavernosus, M.Ischiocavernosus, M.Sphincter Ani Externus, M.Transversus Perinei Superficialis
-

19. Через середину внутренней поверхности симфиза и сочленение 2-го и 3-го крестцовых

ПОЗВОНКОВ ПРОХОДИТ

- 1) [-]поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза
 - 2) [-]прямой размер плоскости узкой части полости малого таза
 - 3) [+]прямой размер плоскости широкой части полости малого таза
 - 4) [-]поперечный размер плоскости широкой части полости малого таза
 - 5) [-]прямой размер плоскости выхода из малого таза
-

20. Через седалищные бугры проходит

- 1) [-]прямой размер плоскости входа в малый таз
 - 2) [-]поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза
 - 3) [+]поперечный размер плоскости выхода из малого таза
 - 4) [-]поперечный размер плоскости широкой части полости малого таза
 - 5) [-]прямой размер плоскости узкой части полости малого таза
-

21. Через ости седалищных костей проходит

- 1) [-]поперечный размер плоскости широкой части полости малого таза
- 2) [+]поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза
- 3) [-]поперечный размер плоскости выхода из малого таза
- 4) [-]прямой размер плоскости узкой части полости малого таза
- 5) [-]прямой размер плоскости широкой части полости

22. Через середины внутренних поверхностей костных пластинок вертлужных впадин проходит

- 1) [+]поперечный размер плоскости широкой части полости малого таза
- 2) [-]поперечный размер плоскости входа в малый таз
- 3) [-]поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза
- 4) [-]прямой размер плоскости широкой части полости малого таза
- 5) [-]прямой размер плоскости узкой части полости малого таза

23. Правый косой размер плоскости входа в малый таз проходит

- 1) [-]от правого крестцово-подвздошного сочленения к правому лонному бугорку
- 2) [+]от правого крестцово-подвздошного сочленения к левому подвздошно-лонному бугорку
- 3) [-]от левого крестцово-подвздошного сочленения к правому подвздошному бугорку
- 4) [-]от верхнего края большой седалищной вырезки справа до борозды запирающей мышцы слева
- 5) [-]от верхнего края большой седалищной вырезки слева до борозды запирающей мышцы справа

24. Малый поперечный размер головки плода проходит между наиболее удаленными точками

- 1) [+]венечного шва

- 2) [-]теменных бугров
 - 3) [-]лобных бугров
 - 4) [-]височных костей
 - 5) [-]лямбдовидного шва
-

25. Малый косой размер головки плода проходит

- 1) [-]от переднего угла большого родничка до подзатылочной ямки
 - 2) [+]от середины большого родничка до подзатылочной ямки
 - 3) [-]от надпереносья до затылочного бугра
 - 4) [-]от центра подъязычной кости до переднего угла большого родничка
 - 5) [-]от подбородка до наиболее выступающей части затылка
-

26. Средний косой размер головки плода проходит

- 1) [-]от центра подъязычной кости до переднего угла большого родничка
 - 2) [-]от надпереносья до затылочного бугра
 - 3) [+]от переднего угла большого родничка до подзатылочной ямки
 - 4) [-]от середины большого родничка до подзатылочной ямки
 - 5) [-]от подбородка до наиболее выступающей части затылка
-

27. Большой косой размер головки плода проходит

- 1) [-]от середины большого родничка до подзатылочной ямки
- 2) [-]от переднего угла большого родничка до подзатылочной ямки
- 3) [-]от надпереносья до затылочного бугра
- 4) [-]от центра подъязычной кости до переднего угла большого родничка
- 5) [+]от подбородка до наиболее выступающей части затылка

28. Прямой размер головки плода проходит

- 1) [-]от середины большого родничка до подзатылочной ямки
- 2) [-]от переднего угла большого родничка до подзатылочной ямки
- 3) [+]от надпереносья до затылочного бугра
- 4) [-]от подбородка до наиболее выступающей части затылка
- 5) [-]от центра подъязычной кости до переднего угла большого родничка

29. Вертикальный размер головки плода проходит

- 1) [-]от середины большого родничка до подзатылочной ямки
- 2) [-]от переднего угла большого родничка до подзатылочной ямки
- 3) [-]от надпереносья до затылочного бугра
- 4) [+]от центра подъязычной кости до переднего угла большого родничка

5) [-]от подбородка до наиболее выступающей части затылка

30. Conjugata Anatomica - это расстояние

1) [-]от нижнего края симфиза до крестцового мыса

2) [+]от середины верхнего края симфиза до крестцового мыса

3) [-]от верхнего края симфиза до остистого отростка 5-го поясничного позвонка

4) [-]от середины внутренней поверхности симфиза до крестцового мыса

5) [-]от верхнего внутреннего края симфиза до крестцового мыса

31. Conjugata Diagonalis - это расстояние между

1) [-]верхним краем симфиза и крестцовым мысом

2) [+]нижним краем симфиза и серединой крестцового мыса

3) [-]серединой внутренней поверхности симфиза и крестцовым мысом

4) [-]нижним краем симфиза и ямкой под остистым отростком 5-го поясничного позвонка

5) [-]нижним краем симфиза и сочленением 2-го и 3-го крестцовых позвонков

32. Conjugata Externa - это расстояние между

1) [-]верхним краем лонного сочленения и остистым отростком 4-го поясничного позвонка

2) [+]верхним краем лонного сочленения и надкрестцовой ямкой

3) [-]нижним краем лона и крестцовым мысом

4) [-]нижним краем лона и надкрестцовой ямкой

5) [-]наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей

33. Conjugata Vera Obstetrica - это размер

1) [+]от середины верхнего внутреннего края симфиза до наиболее выступающей точки крестцового мыса

2) [-]от середины верхнего края симфиза до крестцового мыса

3) [-]от верхнего края симфиза до острого отростка 5-го поясничного позвонка

4) [-]от нижнего края симфиза до крестцового мыса

5) [-]от середины внутренней поверхности симфиза до крестцового мыса

34. Плоскость входа в малый таз имеет размеры

1) [-]прямой - 11 см, поперечный - 13 см

2) [-]прямой - 10 см, поперечный - 12 см

3) [+]прямой - 11 см, поперечный - 13 см, косые - 12 см

4) [-]прямой - 11 см, поперечный - 12 см, косые - 11 см

5) [-]прямой - 10 см, поперечный - 13 см, косые - 12 см

35. Плоскость выхода из полости малого таза имеет размеры

1) [-]прямой - 11 см, поперечный - 13 см

2) [+]прямой - 9.5-11 см, поперечный - 11 см

3) [-]прямой - 9-11 см, поперечный - 10.5 см

4) [-]прямой - 10-12 см, поперечный - 12 см

5) [-]прямой - 9.5 см, поперечный - 10 см

36. Плоскость широкой части малого таза имеет размеры

- 1) [-]прямой - 11 см, поперечный - 12 см
 - 2) [-]прямой - 11.5 см, поперечный - 13 см
 - 3) [+]прямой - 12.5 см, поперечный - 12.5 см
 - 4) [-]прямой - 11 см, поперечный - 10.5 см
 - 5) [-]прямой - 9.5 см, поперечный - 11 см
-

37. Плоскость узкой части полости малого таза имеет размеры

- 1) [-]прямой - 11 см, поперечный - 12 см
 - 2) [-]прямой - 9.5 см, поперечный - 11 см
 - 3) [+]прямой - 11 см, поперечный - 10.5 см
 - 4) [-]прямой - 11 см, поперечный - 13 см
 - 5) [-]прямой - 12 см, поперечный - 11 см
-

38. Наименьшим размером малого таза является

- 1) [-]прямой размер плоскости входа в малый таз
 - 2) [-]прямой размер плоскости узкой части полости малого таза
 - 3) [+]поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза
 - 4) [-]поперечный размер выхода полости малого таза
 - 5) [-]косые размеры плоскости входа в малый таз
-

39. Наибольшим размером малого таза является

- 1) [-]прямой размер широкой части полости малого таза

- 2) [-]поперечный размер широкой части полости малого таза
 - 3) [+]поперечный размер плоскости входа в малый таз
 - 4) [-]косые размеры плоскости входа в малый таз
 - 5) [-]прямой размер плоскости выхода полости малого таза
-

40. При доношенном сроке беременности окружность живота и высота стояния дна матки в среднем составляют

- 1) [-]90 см и 30-32 см
 - 2) [+]100 см и 30-33 см
 - 3) [-]100 см и 40 см
 - 4) [-]85-95 см и 30 см
 - 5) [-]110 см и 38 см
-

41. Индекс Ф.А.Соловьева равен

- 1) [-]12.0 см; измеряется для определения формы таза
 - 2) [+]14.0 см; измеряется для определения толщины костей
 - 3) [-]16.0 см; измеряется для определения размеров таза
 - 4) [-]18.0 см; измеряется для определения наружной конъюгаты
 - 5) [-]20.0 см; измеряется для определения диагональной конъюгаты
-

42. Нормальные размеры - Distancia Spinarum, - Distancia Cristarum, - Diatancia Trochanterica, - Conjugata Externa соответственно равняются

- 1) [-]23, 25, 29, 19 см
- 2) [-]26, 27, 30, 21 см
- 3) [-]25, 28, 30, 17 см

4) [+]25, 28, 30, 20 см

5) [-]24, 26, 28, 18 см

43. Наиболее информативным параметром ромба Михаэлиса является

1) [+]его форма

2) [-]его площадь

3) [-]выраженность его сторон

4) [-]длина периметра

5) [-]длина горизонтальной диагонали

44. Укажите размеры окружности головки доношенного плода соответствующие малому, среднему и большому косому размерам

1) [-]30 см, 34 см, 35-38 см

2) [-]32 см, 36 см, 40 см

3) [+]32 см, 33 см, 38-42 см

4) [-]30 см, 32 см, 36 см

5) [-]34 см, 36 см, 38 см

45. Conjugata Vera Obstetrica определяется

1) [-]с помощью тазомера

2) [-]с помощью внутреннего акушерского исследования

3) [+]по размерам наружной конъюгаты, диагональной конъюгаты, вертикальной диагонали ромба Михаэлиса

4) [-]по наружным размерам большого таза

5) [-]по индексу Соловьева

46. Диагональная конъюгата измеряется с целью определения

- 1) [-]наружной конъюгаты
 - 2) [-]анатомической конъюгаты
 - 3) [+]акушерской конъюгаты
 - 4) [-]прямого размера плоскости узкой части полости малого таза
 - 5) [-]местонахождения подлежащей части
-

47. Размер диагональной конъюгаты в норме равняется

- 1) [-]14 см
 - 2) [-]11 см
 - 3) [+]13 см
 - 4) [-]10 см
 - 5) [-]9 см
-

48. Для вычисления истинной конъюгаты необходимо

- 1) [+]вычесть из диагональной конъюгаты 1.5-2 см
 - 2) [-]вычесть из диагональной конъюгаты 9-10 см
 - 3) [-]прибавить к диагональной конъюгате 1.5-2 см
 - 4) [-]вычесть из диагональной конъюгаты 3-4 см
 - 5) [-]прибавить к диагональной конъюгате 3-4 см
-

49. Наибольшее увеличение угла наклона таза достигается в положении

- 1) [-]лежа с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах, подтянутыми к животу ногами
- 2) [+]лежа с опущенными вниз ногами (Вальхеровское положение)

3) [-]стоя

4) [-]лежа с вытянутыми ногами

5) [-]лежа с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах, разведенными в стороны ногами

50. При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено: - предлежит головка плода, - малый родничок справа спереди, - стреловидный шов в левом косом размере. ОПРЕДЕЛИТЕ положение, позицию и вид плода

1) [-]положение плода продольное, 1-я позиция, передний вид

2) [+]положение плода продольное, 2-я позиция, передний вид

3) [-]положение плода продольное, 1-я позиция, задний вид

4) [-]положение плода продольное, 2-я позиция, задний вид

5) [-]положение плода поперечное, 2-я позиция, передний вид

51. При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено: - предлежит головка плода, - малый родничок справа сзади, - стреловидный шов в правом косом размере. ОПРЕДЕЛИТЕ положение, позицию и вид плода

1) [-]положение плода продольное, 2-я позиция, передний вид

2) [-]положение плода продольное, 1-я позиция, задний вид

3) [-]положение плода косое, 2-я позиция, задний вид

4) [+]положение плода продольное, 2-я позиция, задний вид

5) [-]положение плода косое, 1-я позиция, передний вид

52. При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено: - предлежит головка плода, - малый родничок слева спереди, - стреловидный шов в правом косом размере. ОПРЕДЕЛИТЕ положение, позицию и вид плода

- 1) [-]положение плода продольное, 1-я позиция, задний вид
- 2) [-]положение плода продольное, 2-я позиция, передний вид
- 3) [-]положение плода поперечное, 1-я позиция, передний вид
- 4) [-]положение плода продольное, 2-я позиция, задний вид
- 5) [+]положение плода продольное, 1-я позиция, передний вид

53. При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено: - предлежит головка плода, - малый родничок слева, - стреловидный шов в поперечном размере. ОПРЕДЕЛИТЕ положение, позицию и вид плода

- 1) [-]положение плода поперечное, 1-я позиция, передний вид
- 2) [-]положение плода продольное, 1-я позиция, передний вид
- 3) [+]положение плода продольное, 1-я позиция
- 4) [-]положение плода продольное, 2-я позиция, передний вид
- 5) [-]положение плода продольное, 2-я позиция

54. При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено: - предлежит тазовый конец плода, -

крестец плода слева спереди. ОПРЕДЕЛИТЕ положение, позицию и вид плода

1) [+]положение плода продольное, 1-я позиция, передний вид

2) [-]положение плода продольное, 2-я позиция, передний вид

3) [-]положение плода поперечное, 1-я позиция, передний вид

4) [-]положение плода продольное, 1-я позиция, задний вид

5) [-]положение плода продольное, 2-я позиция, задний вид

55. При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено: - предлежит тазовый конец плода, - крестец плода справа спереди. ОПРЕДЕЛИТЕ положение, позицию и вид плода

1) [-]положение плода поперечное, 1-я позиция, передний вид

2) [+]положение плода продольное, 2-я позиция, передний вид

3) [-]положение плода продольное, 1-я позиция, задний вид

4) [-]положение плода продольное, 2-я позиция, задний вид

5) [-]положение плода поперечное, 2-я позиция, передний вид

56. При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено: - предлежит тазовый конец плода, - крестец справа сзади. ОПРЕДЕЛИТЕ положение, позицию и вид плода

1) [-]положение плода продольное, 1-я позиция, передний вид

2) [+]положение плода продольное, 2-я позиция, задний вид

3) [-]положение плода продольное, 1-я позиция, задний вид

4) [-]положение плода продольное, 2-я позиция, передний вид

5) [-]положение плода поперечное, 2-я позиция, задний вид

57. При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено: - нижний полюс головки находится на уровне интерспинальной линии, - крестцовая впадина выполнена головкой неполностью, - пальпируются последние крестцовые позвонки. ОПРЕДЕЛИТЕ местонахождение головки плода

1) [-]головка прижата к плоскости входа в малый таз

2) [-]головка фиксирована малым сегментом в плоскости входа в малый таз

3) [+]головка фиксирована большим сегментом в плоскости входа в малый таз

4) [-]головка в полости малого таза

5) [-]головка на тазовом дне

58. При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено: - предлежит головка плода, - нижний ее полюс располагается ниже интерспинальной линии, - крестцовая впадина выполнена полностью, - пальпируются позвонки копчика и седалищные бугры. ОПРЕДЕЛИТЕ местонахождение головки плода

1) [-]головка прижата к плоскости входа в малый таз

2) [+]головка в полости малого таза

3) [-]головка большим сегментом фиксирована в плоскости

входа в малый таз

4) [-]головка в выходе таза

5) [-]головка малым сегментом фиксирована в плоскости входа в малый таз

59. При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено: - предлежит головка плода, - пальпации доступны верхний край симфиза, безымянные линии, крестцовая впадина на всем протяжении. ОПРЕДЕЛИТЕ местонахождение головки плода

1) [-]головка в полости малого таза

2) [-]головка большим сегментом фиксирована в плоскости входа в малый таз

3) [-]головка малым сегментом фиксирована во входе в таз

4) [+]головка прижата к плоскости входа в малый таз

5) [-]головка плода в выходе малого таза

60. При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено: - предлежит головка плода, - частично определяются безымянные линии, нижний край симфиза, - на значительном протяжении прощупывается крестцовая впадина. На основании этих данных можно заключить, что головка плода

1) [-]прижата к плоскости входа в малый таз

2) [+]малым сегментом фиксирована во входе в малый таз

3) [-]большим сегментом фиксирована во входе в малый таз

4) [-]в полости малого таза

5) [-]в выходе таза

Биомеханизм родов

1. При заднем виде затылочного вставления

- 1) [-]во входе в таз головка совершает разгибание
 - 2) [+]в выходе из таза головка совершает сгибание и разгибание
 - 3) [-]головка прорезывается окружностью 35 см
 - 4) [-]родовая опухоль формируется в области большого родничка
 - 5) [-]ведущей точкой является центр лба
-

2. При заднем виде затылочного вставления

- 1) [-]во входе в таз головка совершает разгибание
 - 2) [-]головка прорезывается окружностью 34 см
 - 3) [-]ведущей точкой является область большого родничка
 - 4) [+]внутренний поворот головки чаще происходит на 135 градусов
 - 5) [-]форма головки шаровидная
-

3. При переднеголовном вставлении

- 1) [-]во входе в малый таз головка совершает сгибание
 - 2) [-]в полости таза головка поворачивается затылком кпереди
 - 3) [-]головка прорезывается, совершая сгибание
 - 4) [+]головка рождается прямым размером
 - 5) [-]родовая опухоль расположена в области лба
-

4. При переднеголовном вставлении

- 1) [+]ведущей точкой является область большого родничка

- 2) [-]роды возможны только в переднем виде
 - 3) [-]роды через естественные родовые пути невозможны
 - 4) [-]родовая опухоль формируется в области малого родничка
 - 5) [-]головка рождается большим косым размером
-

5. При лобном вставлении в выходе из таза головка совершает

- 1) [-]сгибание
 - 2) [-]разгибание
 - 3) [-]внутренний поворот
 - 4) [+]сгибание и разгибание
 - 5) [-]максимальное разгибание
-

6. При лобном вставлении в выходе из таза головка совершает

- 1) [-]наружный поворот
 - 2) [-]сгибание
 - 3) [-]разгибание
 - 4) [+]сгибание и разгибание
 - 5) [-]внутренний поворот
-

7. При лицевом вставлении

- 1) [+]головка прорезывается вертикальным размером
 - 2) [-]головка прорезывается в разгибании
 - 3) [-]ведущей точкой является надпереносье
 - 4) [-]форма головки "молоткообразная"
 - 5) [-]точкой фиксации является подбородок
-

8. При переднем виде затылочного вставления

- 1) [-]ведущей точкой является большой родничок
 - 2) [-]во входе в таз головка совершает разгибание
 - 3) [-]точкой фиксации является затылочный бугор
 - 4) [-]родовая опухоль формируется в области задней теменной кости
 - 5) [+]головка рождается в разгибании
-

9. При заднем виде затылочного вставления роды характеризуются

- 1) [-]стремительным течением периода раскрытия
 - 2) [+]высокой частотой акушерского травматизма
 - 3) [+]затяжным течением периода изгнания
 - 4) [-]запоздалым излитием околоплодных вод
 - 5) [-]высокой частотой инфекционных осложнений
-

10. Роды в тазовом предлежании встречаются с частотой

- 1) [-]1%
 - 2) [+]3%
 - 3) [-]8%
 - 4) [-]10%
 - 5) [-]20%
-

11. Наиболее частым этиологическим фактором возникновения тазового предлежания плода является

- 1) [-]многоплодная беременность
- 2) [-]неправильная форма матки
- 3) [-]уродства плода

4) [+]изменение пластического тонуса нижнего сегмента матки

5) [-]крупные размеры плода

12. При тазовых предлежаниях

1) [-]внутренний поворот головки не является обязательным

2) [-]головка рождается в разгибании

3) [-]головка рождается окружностью 35 см

4) [+]первой рождается задняя ручка

5) [-]форма головки "башенная"

13. При тазовых предлежаниях

1) [-]можно избежать прижатия пуповины

2) [-]положение плода неправильное

3) [+]роды считаются патологическими

4) [-]позиция плода определяется по малому родничку

5) [-]наружный поворот туловища не является обязательным

14. Среди тазовых предлежаний наиболее благоприятным является

1) [-]смешанное ягодичное

2) [-]ножное предлежание передний вид

3) [+]чистое ягодичное предлежание передний вид

4) [-]ножное предлежание задний вид

5) [-]чистое ягодичное предлежание задний вид

15. Наиболее неблагоприятным из тазовых предлежаний считается

1) [-]чистое ягодичное

- 2) [-]неполное ножное
 - 3) [+]полное ножное
 - 4) [-]смешанное ягодичное
 - 5) [-]коленное
-

16. Форма головки у новорожденных, родившихся в тазовых предлежаниях

- 1) [-]долихоцефалическая
 - 2) [+]шаровидная
 - 3) [-]брахицефалическая
 - 4) [-]неправильная
 - 5) [-]башенная
-

17. Наружный поворот головки

- 1) [-]происходит по закону неравноплечного рычага
 - 2) [-]заканчивается переходом плода в противоположную позицию
 - 3) [+]сопровождается поворотом личика в сторону, противоположную первоначальной позиции плода
 - 4) [-]завершается переходом плечиков в поперечный размер плоскости выхода из малого таза
 - 5) [-]завершается переходом плечиков в один из косых размеров плоскости выхода из малого таза
-

18. Внутренний поворот головки

- 1) [-]происходит в широкой части малого таза
- 2) [-]происходит на тазовом дне
- 3) [+]начинается в широкой части и заканчивается на тазовом дне
- 4) [-]происходит в плоскости входа в малый таз

5) [-]начинается в плоскости входа и заканчивается на тазовом дне

19. После окончания внутреннего поворота головки

1) [-]стреловидный шов устанавливается в поперечном размере входа в малый таз

2) [+]стреловидный шов устанавливается в прямом размере выхода из малого таза

3) [-]затылок всегда обращен кпереди

4) [-]всегда следует разгибание головки

5) [-]всегда следует сгибание и разгибание головки

20. Рождение головки при тазовых предлежаниях

1) [-]следует за переходом плечиков в прямой размер

2) [+]происходит в сгибании

3) [-]происходит после образования точки фиксации в области лба

4) [-]может не сопровождаться прижатием пуповины

5) [-]в норме продолжается 15-20 минут

21. Точкой фиксации на головке в родах при тазовом предлежании является

1) [-]передний угол большого родничка

2) [+]подзатылочная ямка

3) [-]затылочный бугор

4) [-]середина большого родничка

5) [-]надпереносье

22. Прижатие пуповины в родах при тазовых предлежаниях начинается с момента

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

23. Передний угол большого родничка и подзатылочная ямка являются точками фиксации

- 1) [-]при переднем виде затылочного вставления
 - 2) [-]при переднеголовном вставлении
 - 3) [+]при заднем виде затылочного вставления
 - 4) [-]при лобном вставлении
 - 5) [-]при лицевом вставлении
-

24. Надпереносье и затылочный бугор являются точками фиксации

- 1) [-]при переднем виде затылочного вставления
 - 2) [-]при заднем виде затылочного вставления
 - 3) [-]при лобном вставлении
 - 4) [+]при переднеголовном вставлении
 - 5) [-]при лицевом вставлении
-

25. Верхняя челюсть и наиболее выступающая часть затылка являются точками фиксации

- 1) [-]при переднем виде затылочного вставления
- 2) [-]при заднем виде затылочного вставления
- 3) [+]при лобном вставлении

4) [-]при переднеголовном вставлении

5) [-]при лицевом вставлении

26. Малый родничок является ведущей точкой в родах

1) [+]при переднем виде затылочного вставления

2) [-]при лобном вставлении

3) [-]при лицевом вставлении

4) [-]при переднеголовном вставлении

5) [+]при заднем виде затылочного вставления

27. Большой родничок является ведущей точкой

1) [-]при переднем виде затылочного вставления

2) [+]при переднеголовном вставлении

3) [-]при заднем виде затылочного вставления

4) [-]при лобном вставлении

5) [-]при лицевом вставлении

28. Подъязычная кость является точкой фиксации в родах

1) [-]при переднем виде затылочного вставления

2) [-]при лобном вставлении

3) [+]при лицевом вставлении

4) [-]при переднеголовном вставлении

5) [-]при заднем виде затылочного вставления

29. Центр лба является ведущей точкой

1) [-]при переднем виде затылочного вставления

- 2) [-]при заднем виде затылочного вставления
 - 3) [-]при переднеголовных вставлениях
 - 4) [+]при лобном вставлении
 - 5) [-]при лицевом вставлении
-

30. Подбородок является ведущей точкой в родах

- 1) [-]при переднем виде затылочного вставления
 - 2) [-]при заднем виде затылочного вставления
 - 3) [-]при переднеголовном вставлении
 - 4) [-]при лобном вставлении
 - 5) [+]при лицевом вставлении
-

31. Головка рождается окружностью, соответствующей прямому размеру

- 1) [+]при переднеголовном вставлении
 - 2) [-]при заднем виде затылочного вставления
 - 3) [-]при лицевом вставлении
 - 4) [-]при переднем виде затылочного вставления
 - 5) [-]при лобном вставлении
-

32. Головка рождается окружностью, соответствующей малому косому размеру

- 1) [-]при заднем виде затылочного вставления
 - 2) [+]при переднем виде затылочного вставления
 - 3) [-]при переднеголовном вставлении
 - 4) [-]при лицевом вставлении
 - 5) [-]при лобном вставлении
-

33. Головка рождается окружностью,

соответствующей среднему косому размеру

- 1) [-]при переднем виде затылочного вставления
 - 2) [-]при переднеголовном вставлении
 - 3) [+]при заднем виде затылочного вставления
 - 4) [-]при лобном вставлении
 - 5) [-]при лицевом вставлении
-

34. Головка рождается окружностью, соответствующей размеру, близкому к большому косому

- 1) [-]при переднем виде затылочного вставления
 - 2) [-]при заднем виде затылочного вставления
 - 3) [-]при лицевом вставлении
 - 4) [-]при переднеголовном вставлении
 - 5) [+]при лобном вставлении
-

35. Головка рождается окружностью, соответствующей вертикальному размеру

- 1) [-]при переднем виде затылочного вставления
 - 2) [-]при заднем виде затылочного вставления
 - 3) [-]при лобном вставлении
 - 4) [+]при лицевом вставлении
 - 5) [-]при переднеголовном вставлении
-

36. Долихоцефалическая форма головки характерна для родов

- 1) [-]при переднеголовном и затылочном вставлении
- 2) [-]при затылочных вставлениях и тазовых предлежаниях
- 3) [-]при затылочных и разгибательных вставлениях

4) [+]при затылочных и лицевом вставлениях

5) [-]при переднеголовном и лобном вставлениях

37. Родовой опухолью называется

1) [-]кровоизлияние в мягкие ткани головки

2) [-]кровоизлияние под надкостницу кости черепа

3) [-]изменение формы черепа в результате конфигурации головки

4) [+]серозно-кровоянистое пропитывание мягких тканей предлежащей части, обусловленное венозным застоем ниже пояса соприкосновения

5) [-]кровоизлияние в подкожную клетчатку

38. При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено: - лобный шов в левом косом размере, - большой родничок - слева сзади. ОПРЕДЕЛИТЕ вставление головки, позицию и вид плода

1) [-]лобное вставление, 1-я позиция, передний вид

2) [-]лобное вставление, 2-я позиция, передний вид

3) [+]лобное вставление, 1-я позиция, задний вид

4) [-]переднеголовное вставление, 2-я позиция, задний вид

5) [-]переднеголовное вставление, 1-я позиция, задний вид

39. При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено: - предлежит головка, - лицевая линия в правом косом размере, - слева спереди - подбородок. ОПРЕДЕЛИТЕ вставление головки, позицию и вид плода

1) [-]переднеголовное вставление, 2-я позиция, задний вид

- 2) [-]лицевое вставление, 1-я позиция, задний вид
 - 3) [-]лицевое вставление, 1-я позиция, передний вид
 - 4) [-]лицевое вставление, 2-я позиция, передний вид
 - 5) [+]лицевое вставление, 2-я позиция, задний вид
-

40. При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено: - предлежат ягодицы и стопы плода, - крестец слева спереди. ОПРЕДЕЛИТЕ разновидность тазового предлежания, позицию и вид плода

- 1) [-]чистое ягодичное предлежание, 1-я позиция, передний вид
 - 2) [-]ножное предлежание, 2-я позиция, передний вид
 - 3) [+]смешанное ягодичное предлежание, 1-я позиция, передний вид
 - 4) [-]смешанное ягодичное предлежание, 2-я позиция, передний вид
 - 5) [-]смешанное ягодичное предлежание, 1-я позиция, задний вид
-

41. При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено: - стреловидный шов в левом косом размере, - большой родничок по проводной оси таза. ОПРЕДЕЛИТЕ вставление головки

- 1) [-]задний вид затылочного вставления
- 2) [-]лицевое вставление
- 3) [-]лобное вставление
- 4) [+]переднеголовное вставление
- 5) [-]передний вид затылочного вставления

42. При ОСМОТРЕ НОВОРОЖДЕННОГО обнаружено: - форма головки неправильная, вытянутая в направлении лба, - родовая опухоль на области лба. Данные роды произошли

- 1) [-]в лицевом вставлении
 - 2) [+]в лобном вставлении
 - 3) [-]в переднеголовном вставлении
 - 4) [-]в заднем виде затылочного вставления
 - 5) [-]в переднем виде затылочного вставления
-

43. При ОСМОТРЕ НОВОРОЖДЕННОГО обнаружено: - форма головки долихоцефалическая, - родовая опухоль особенно деформирует губы и веки. Данные роды произошли

- 1) [-]в переднем виде затылочного вставления
 - 2) [-]в переднеголовном вставлении
 - 3) [-]в лобном вставлении
 - 4) [-]в заднем виде затылочного вставления
 - 5) [+]в лицевом вставлении
-

44. При ОСМОТРЕ НОВОРОЖДЕННОГО обнаружено: - форма головки - брахицефалическая, - родовая опухоль в области большого родничка. Данные роды произошли

- 1) [-]в лобном вставлении
- 2) [-]в лицевом вставлении
- 3) [+]в переднеголовном вставлении
- 4) [-]в переднем виде затылочного вставления

5) [-]в заднем виде затылочного вставления

Диспансеризация беременных и их обследование в ЖК

1. Беременная должна встать на учет в женской консультации до срока беременности

- 1) [-]5 недель
- 2) [+]12 недель
- 3) [-]14 недель
- 4) [-]16 недель
- 5) [-]20 недель

2. Физиологическая беременность продолжается

- 1) [-]240 дней
- 2) [+]280 дней
- 3) [-]320 дней
- 4) [-]220 дней
- 5) [-]300 дней

3. Перинатальный период продолжается

- 1) [-]с 12 недель беременности до рождения плода
- 2) [-]с 20 недель беременности до 7-х суток после родов включительно
- 3) [-]с 28 недель беременности до 56-го дня после родов включительно
- 4) [+]с 28 недель беременности до 7 суток после родов включительно
- 5) [-]с 32 недель беременности до 7 суток после родов

4. Беременная должна посещать женскую консультацию в первой половине беременности

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

5. Во второй половине беременности беременная должна посещать женскую консультацию

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

6. При наблюдении в женской консультации каждая беременная обязательно должна быть осмотрена

- 1) [-]терапевтом, хирургом, стоматологом, лор-специалистом
- 2) [+]терапевтом и стоматологом, при наличии показаний - другими специалистами
- 3) [-]терапевтом, гематологом, стоматологом, венерологом
- 4) [-]стоматологом, лор-специалистом, при наличии показаний - другими специалистами
- 5) [-]терапевтом, инфекционистом, стоматологом,

7. Здоровая беременная должна быть осмотрена терапевтом

- 1) [+]2 раза за беременность
 - 2) [-]2 раза в месяц
 - 3) [-]2 раза в триместр
 - 4) [-]1 раз в 2 месяца
 - 5) [-]3 раза в месяц
-

8. Выкидышем называется прерывание беременности

- 1) [-]до 12 недель
 - 2) [-]до 20 недель
 - 3) [-]до 25 недель
 - 4) [+]до 28 недель
 - 5) [-]до 30 недель
-

9. Женщина получает дородовый отпуск при сроке беременности

- 1) [+]30 недель
 - 2) [-]32 недели
 - 3) [-]35 недель
 - 4) [-]28 недель
 - 5) [-]34 недели
-

10. Клинический анализ крови у беременных в женской консультации проводится

- 1) [-]2 раза в месяц

- 2) [-]1 раз в месяц
 - 3) [+]3 раза за беременность
 - 4) [-]2 раза в триместр
 - 5) [-]1 раз в 2 месяца
-

11. При наблюдении в женской консультации исследование общего анализа мочи беременным проводится

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

12. Реакция Вассермана в течение беременности проводится

- 1) [-]1 раз
 - 2) [-]каждые 2 месяца
 - 3) [-]1 раз в месяц
 - 4) [+]3 раза
 - 5) [-]2 раза в триместр
-

13. Исследование мазков на гонококки Нейссера у беременных производится

- 1) [-]1 раз за беременность
- 2) [-]1 раз в месяц
- 3) [-]каждые 2 месяца
- 4) [+]3 раза за беременность
- 5) [-]2 раза в триместр

14. Ультразвуковое исследование с целью пренатальной диагностики должно проводиться

- 1) [-]однократно в I триместре беременности
 - 2) [-]однократно в II триместре беременности
 - 3) [+]трижды в I,II и III триместрах беременности
 - 4) [-]в I и II триместрах беременности
 - 5) [-]по строгим показаниям
-

15. Беременным женщинам проводится иммунопрофилактика

- 1) [-]столбняка
 - 2) [-]кори
 - 3) [-]дифтерии
 - 4) [-]полиомиелита
 - 5) [+]стафилококковой инфекции
-

16. Основной задачей психопрофилактической подготовки беременной к родам является

- 1) [-]разъяснение влияния факторов внешней среды на течение беременности и развитие плода
 - 2) [-]ознакомление с основами гигиены режима и питания беременных
 - 3) [-]разъяснение физиологической сущности родов и течения послеродового периода
 - 4) [+]устранение психогенного компонента родовой боли
 - 5) [-]ознакомление беременных со строением и функциями половых органов, клиническим течением родов
-

17. Психопрофилактическая подготовка беременных к родам начинается

- 1) [-]с 12 недель
 - 2) [-]с 15-16 недель
 - 3) [-]с 20-22 недель
 - 4) [-]с 26-28 недель
 - 5) [+]с 32-35 недель
-

18. Перво- и повторнوبرеменные начинают ощущать шевеления плода соответственно

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

19. Влагалищное исследование при диспансерном наблюдении за беременной во II триместре

- 1) [-]должно проводиться при подозрении на предлежание плаценты
 - 2) [-]проводится для уточнения характера предлежащей части
 - 3) [-]должно проводиться при каждой явке
 - 4) [-]проводится один раз за триместр
 - 5) [+]проводится только при наличии показаний
-

20. Для уточнения 30-недельного срока беременности можно использовать

- 1) [-]рентгенологический метод
- 2) [+]УЗИ

- 3) [-]ЭКГ и ФКГ плода
 - 4) [-]амниоскопию
 - 5) [-]цитологический метод
-

21. Признак Пискачека относится к группе

- 1) [-]предположительных признаков беременности
 - 2) [-]сомнительных признаков беременности
 - 3) [+]вероятных признаков беременности
 - 4) [-]достоверных признаков беременности
-

22. Признак Горвица-Гегара относится к группе

- 1) [-]предположительных признаков беременности
 - 2) [-]сомнительных признаков беременности
 - 3) [+]вероятных признаков беременности
 - 4) [-]достоверных признаков беременности
-

23. Биологические методы диагностики беременности относятся к группе

- 1) [+]вероятных признаков беременности
 - 2) [-]предположительных признаков беременности
 - 3) [-]сомнительных признаков беременности
 - 4) [-]достоверных признаков беременности
-

24. Появление молозива относится к группе

- 1) [+]вероятных признаков беременности
 - 2) [-]предположительных признаков беременности
 - 3) [-]сомнительных признаков беременности
 - 4) [-]достоверных признаков беременности
-

25. Среди признаков беременности раннего

срока прекращения менструаций относится к группе

- 1) [+]вероятных признаков беременности
- 2) [-]предположительных признаков беременности
- 3) [-]сомнительных признаков беременности
- 4) [-]достоверных признаков беременности

26. Цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки относится к группе

- 1) [+]вероятных признаков беременности
- 2) [-]предположительных признаков беременности
- 3) [-]сомнительных признаков беременности
- 4) [-]достоверных признаков беременности

27. К сомнительным признакам беременности относятся

- 1) [-]пальпация частей плода, выслушивание сердечных тонов плода
- 2) [-]ультразвуковая и рентгенологическая регистрация изображения плода, регистрация сердечной деятельности плода
- 3) [-]прекращение месячных, цианоз слизистой влагалища, изменение величины, формы и консистенции матки
- 4) [+]изменение аппетита, обонятельных ощущений, тошнота по утрам, неустойчивость настроения
- 5) [-]положительные биологические и иммунологические реакции на беременность

28. Вероятным признаком беременности является

1) [-]регистрация движений плода

2) [+]положительная иммунологическая реакция на беременность

3) [-]изменение аппетита

4) [-]регистрация сердечных тонов плода

5) [-]ультразвуковая регистрация изображения плода

29. Достоверным признаком беременности является

1) [-]изменение формы, величины и консистенции матки

2) [-]тошнота, рвота по утрам

3) [-]цианоз слизистой влагалища

4) [-]положительная биологическая реакция

5) [+]пальпация частей плода

30. Появление признаков Горвица-Гегара и Губарева-Гауса при беременности ранних сроков обусловлено

1) [-]асимметрией матки

2) [-]сокращением матки при пальпации

3) [-]увеличением матки

4) [-]размягчением тела матки

5) [+]размягчением перешейка матки

31. Признак Снегирева для диагностики беременности раннего срока заключается

1) [-]в асимметрии матки

2) [-]в размягчении перешейка

3) [-]в перегибе матки

4) [+]в сокращении матки при ее пальпации

5) [-]в легкой смещаемости шейки матки

32. Признак Пискачека для диагностики беременности раннего срока заключается

1) [+]в асимметрии матки

2) [-]в усиленном перегибе матки кпереди

3) [-]в размягчении перешейка матки

4) [-]в сокращении матки при пальпации

5) [-]в легкой смещаемости шейки матки

33. К биологическим методам диагностики беременности относятся

1) [-]реакция Симолы и Нервенена

2) [-]реакция Флоранса и Фельгена

3) [+]реакция Ашгейма-Цондека, Галли-Майнини, Фридмана

4) [-]реакции с наборами "гравидодиагностикум" и "гравимун"

5) [-]реакция Кумбса

34. Иммунологический метод диагностики беременности ранних сроков основан на реакции между

1) [-]прогестероном в крови и антисывороткой

2) [+]хорионическим гонадотропином в моче и антисывороткой

3) [-]прегнандиолом и антисывороткой

4) [-]эстрогенам и антисывороткой

5) [-]плацентарным лактогеном и антисывороткой

35. К диагностическим признакам, связанным с изменениями формы и консистенции беременной матки, относятся признаки

- 1) [-]Клейна, Россье, Хохенбихлера
 - 2) [-]Роговина и Занченко-Шатц-Унтербергера
 - 3) [+]Пискачека, Снегирева, Губарева-Гауса, Горвица-Гегара, Гентера
 - 4) [-]Альфельда, Шредера и Довженко
 - 5) [-]Микулича, Штрассмана и Чукалова-Кюстнера
-

36. Диагностика беременности по реакции Ашгейма-Цондека основана на появлении

- 1) [-]роста фолликулов у крольчих под влиянием хорионического гонадотропина в моче беременных
 - 2) [-]лютеинизации фолликулов у крольчих под влиянием эстрогенов в моче беременных
 - 3) [-]лютеинизации фолликулов у инфантильных самок мышей под влиянием прегнандиола
 - 4) [-]сперматозоидов в клоаке у самцов лягушек под влиянием хорионического гонадотропина в моче беременных
 - 5) [+]кровоизлияний в полость фолликулов и их лютеинизации у инфантильных самок мышей под влиянием хорионического гонадотропина в моче беременных
-

37. Диагностика беременности по реакции Галли-Майнини основана на влиянии

- 1) [-]прогестерона в моче на лютеинизацию фолликулов у самок озерных лягушек
- 2) [-]прегнандиола в моче на продукцию сперматозоидов у самцов озерных лягушек

3) [+]хорионического гонадотропина в моче на продукцию сперматозоидов у самцов озерных лягушек

4) [-]плацентарного лактогена в моче на продукцию сперматозоидов у самцов озерных лягушек

5) [-]эстрогенов в моче на продукцию сперматозоидов у самцов озерных лягушек

38. Реакция Фридмана для диагностики беременности основана на влиянии

1) [-]хорионического гонадотропина на рост фолликулов у крольчих

2) [-]эстрогенов на лютеинизацию фолликулов у крольчих

3) [-]прегнандиола на лютеинизацию фолликулов у крольчих

4) [-]плацентарного лактогена на рост фолликулов у крольчих

5) [+]хорионического гонадотропина на возникновение кровоизлияний в полость фолликулов и их лютеинизацию у крольчих

39. Максимальная высота стояния дна матки наблюдается

1) [+]в 36 недель

2) [-]в 38 недель

3) [-]в 39 недель

4) [-]в 40 недель

5) [-]в начале 1-го периода родов

40. При сроке беременности 36 недель дно матки

1) [-]на уровне пупка, окружность живота - 80 см

2) [+]достигает мечевидного отростка, окружность живота - 90-95 см, лобнозатылочный размер головки плода - 11-11.5 см

3) [-]на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком, окружность живота - 85-90 см, лобнозатылочный размер головки плода - 9.5-10 см

4) [-]на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком, окружность живота - 100 см

5) [-]на середине расстояния между пупком и лоном

41. Для вычисления предполагаемой даты родов у первобеременных к дате первого шевеления плода необходимо прибавить

1) [-]16 недель

2) [-]18 недель

3) [+]20 недель

4) [-]22 недели

5) [-]25 недель

42. Срок родов у повторнородящей женщины может быть вычислен прибавлением к дате первого шевеления плода

1) [-]25 недель

2) [+]22 недель

3) [-]18 недель

4) [-]20 недель

5) [-]16 недель

43. Срок родов может быть вычислен путем прибавления к дате начала дородового отпуска

- 1) [-]4 недели
 - 2) [-]6 недель
 - 3) [-]8 недель
 - 4) [+]10 недель
 - 5) [-]12 недель
-

44. Для уточнения срока беременности (может быть) использовано

- 1) [-]рентгенологическое исследование
 - 2) [-]иммунологическое исследование
 - 3) [+]метод УЗИ
 - 4) [-]ФКГ и исследование плода
 - 5) [-]влагалищное исследование
-

45. При измерении наружной конъюгаты беременная находится в положении

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

46. Измерение диагональной конъюгаты производят

- 1) [-]для вычисления индекса Соловьева
- 2) [+]при влагалищном исследовании
- 3) [-]с помощью тазомера от верхнего края лона до

остистого отростка 5-го поясничного позвонка

- 4) [-]в положении женщины стоя
- 5) [-]в положении женщины лежа на боку

47. Синтез хорионического гонадотропина происходит

- 1) [-]в надпочечниках
- 2) [+]в синцитиотрофобласте
- 3) [-]в гипофизе
- 4) [-]в яичниках
- 5) [-]в матке

48. Первым приемом Леопольда-Левицкого определяют

- 1) [+]высоту стояния дна матки
- 2) [-]характер предлежащей части плода
- 3) [-]позицию плода
- 4) [-]вид позиции плода
- 5) [-]отношение предлежащей части ко входу в малый таз

49. Вторым приемом Леопольда-Левицкого определяют

- 1) [-]высоту стояния дна матки
- 2) [-]характер предлежащей части плода
- 3) [+]позицию плода
- 4) [+]вид позиции плода
- 5) [+]положение плода

50. Третьим приемом Леопольда-Левицкого определяют

- 1) [-]высоту стояния дна матки
 - 2) [+]характер подлежащей части
 - 3) [-]позицию плода
 - 4) [-]вид позиции плода
 - 5) [+]баллотирование головки
-

51. Четвертым приемом Леопольда-Левицкого определяют

- 1) [-]положение плода
 - 2) [+]характер подлежащей части плода
 - 3) [-]позицию плода
 - 4) [-]вид позиции плода
 - 5) [+]отношение подлежащей части ко входу в малый таз
-

52. Измерение окружности живота беременной женщины производится

- 1) [-]в положении лежа на боку
 - 2) [-]в положении стоя
 - 3) [-]на уровне дна матки
 - 4) [+]на уровне пупка
 - 5) [-]для определения зрелости плода
-

53. Продолжительность послеродового отпуска у женщины при физиологическом течении беременности и родов составляет

- 1) [-]36 дней
- 2) [-]50 дней
- 3) [+]56 дней
- 4) [-]70 дней

Клиническое течение родов

1. Роды делятся на периоды

- 1) [-]раскрытия, изгнания, последовый, послеродовый
 - 2) [+]раскрытия, изгнания, последовый
 - 3) [-]сглаживания шейки, раскрытия, изгнания
 - 4) [-]подготовительный, раскрытия, последовый
 - 5) [-]подготовительный, раскрытия, изгнания, ранний послеродовый
-

2. Началом родов следует считать

- 1) [-]излитие околоплодных вод
 - 2) [-]продвижение плода по родовым путям
 - 3) [-]появление схваток с периодичностью 15-20 минут
 - 4) [-]вставление головки
 - 5) [+]начало регулярных схваток, приводящих к структурным изменениям в шейке матки
-

3. Потуги отличаются от схваток

- 1) [-]увеличением частоты сокращений матки
 - 2) [-]увеличением интенсивности сокращений матки
 - 3) [+]присоединением сокращений мышц брюшного пресса, диафрагмы, тазового дна
 - 4) [-]присоединением сокращений мышц, выстилающих стенки таза
 - 5) [-]увеличением частоты, силы и продолжительности сокращений матки
-

4. Родильница должна находиться под

наблюдением в родильном отделении в течение

- 1) [-]30 минут
 - 2) [-]1 часа
 - 3) [+]2 часов
 - 4) [-]4 часов
 - 5) [-]6 часов
-

5. Первый период родов называется

- 1) [-]подготовительным периодом
 - 2) [+]периодом раскрытия
 - 3) [-]периодом изгнания
 - 4) [-]латентным периодом
 - 5) [-]периодом сглаживания шейки матки
-

6. Первый период родов продолжается

- 1) [-]от начала регулярных схваток до сглаживания шейки матки
 - 2) [-]от начала регулярных схваток до рождения плода
 - 3) [+]от начала регулярных схваток до полного открытия маточного зева
 - 4) [-]от начала регулярных схваток до вставления головки плода
 - 5) [-]от начала схваткообразных болей в низу живота до раскрытия маточного зева до 7-8 см
-

7. Основное отличие схваток первого периода родов от схваток подготовительного периода связано

- 1) [-]с продолжительностью интервалов

2) [-]с интенсивностью сокращений

3) [+]с развитием структурных изменений в шейке матки

4) [-]с продолжительностью сокращений

5) [-]с болезненностью

8. Нормальная родовая деятельность в начале первого периода родов характеризуется продолжительностью схваток

1) [-]50-60 сек

2) [-]30-40 сек

3) [-]20-30 сек

4) [+]15-20 сек

5) [-]5-10 сек

9. В конце первого периода родов нормальная родовая деятельность характеризуется схватками через

1) [-]3-4 минуты

2) [+]2-3 минуты

3) [-]5-6 минут

4) [-]1-2 минуты

5) [-]30-60 секунд

10. Первый период родов заканчивается

1) [-]сглаживанием шейки

2) [-]вставлением головки плода

3) [-]появлением схваток потужного характера

4) [-]опусканием головки плода на тазовое дно

5) [+]полным раскрытием маточного зева

11. Второй период родов

- 1) [-]заканчивается рождением головки
 - 2) [-]обычно длится от 2-х до 4-х часов
 - 3) [-]начинается с излития околоплодных вод
 - 4) [-]начинается с момента фиксации головки большим сегментом во входе в малый таз
 - 5) [+]называется периодом изгнания
-

12. Второй период родов продолжается

- 1) [-]от вскрытия плодного пузыря до рождения плода
 - 2) [+]от полного раскрытия маточного зева до рождения плода
 - 3) [-]от вставления головки до рождения плода
 - 4) [-]от сглаживания шейки матки до рождения плода
 - 5) [-]от начала схваток потужного характера до рождения плода
-

13. Сердцебиение плода во втором периоде родов следует выслушивать

- 1) [+]после каждой потуги
 - 2) [-]каждые 15 минут
 - 3) [-]каждые 10 минут
 - 4) [-]каждые 5 минут
 - 5) [-]при врезывании головки
-

14. Третий период родов продолжается

- 1) [-]от отделения плаценты до рождения последа
- 2) [+]от рождения плода до рождения последа
- 3) [-]от рождения плода до отделения плаценты

4) [-]от полного раскрытия маточного зева до рождения последа

5) [-]два часа после рождения последа

15. Средняя продолжительность третьего периода родов составляет

1) [-]3-5 минут

2) [+]10-15 минут

3) [-]20-30 минут

4) [-]40-45 минут

5) [-]50-60 минут

16. Профилактика кровотечения в третьем и раннем послеродовом периодах проводится

1) [-]в/м введением 1 мл окситоцина в конце 2-го периода родов

2) [+]в/в введением 1 мл метилэргометрина в момент пререзывания головки

3) [-]в/м введением 1 мл метилэргометрина с последней потугой

4) [-]в/м введением 1 мл гифотоцина с последней потугой

5) [-]подкожным введением 1 мл маммофизина в конце 1-го периода родов

17. Средняя продолжительность нормальных родов у перво- и повторнородящих составляет соответственно

1) [+]12-14 час и 7-8 час

2) [-]8-10 час и 4-6 час

3) [-]15-18 час и 10-12 час

4) [-]18-24 час и 14-16 час

5) [-]6-8 час и 4-5 час

18. Физиологическая кровопотеря в родах не превышает

1) [-]1.5 % массы роженицы

2) [-]1.0 % массы роженицы

3) [-]300 мл

4) [+]0.5 % массы роженицы

5) [-]150 мл

19. Масса роженицы - 50 кг. Физиологическая кровопотеря не должна превышать

1) [-]400 мл

2) [+]250 мл

3) [-]300 мл

4) [-]500 мл

5) [-]350 мл

20. Особенностью раскрытия шейки матки у первородящих женщин является

1) [+]последовательное раскрытие внутреннего и наружного зева

2) [-]одномоментное раскрытие внутреннего и наружного зева

3) [-]последовательное укорочение и сглаживание ее

4) [-]раскрытие шейки матки, затем ее укорочение и сглаживание

5) [-]раскрытие наружного, а затем внутреннего зева

21. Особенностью раскрытия шейки матки у повторнородящих является

- 1) [+]одновременное разворачивания внутреннего и наружного зева
- 2) [-]последовательное укорочение и сглаживание ее
- 3) [-]раскрытие наружного, а затем внутреннего зева
- 4) [-]независимость этого процесса от ретракции
- 5) [-]раскрытие внутреннего, а затем наружного зева

22. Излитие вод следует считать своевременным

- 1) [-]до начала родовой деятельности
- 2) [-]в первом периоде родов
- 3) [-]во втором периоде родов
- 4) [-]при раскрытии маточного зева 5-6 см
- 5) [+]при раскрытии маточного зева более 7-8 см

23. Ранним называется излитие околоплодных вод

- 1) [-]до начала родов
- 2) [-]до начала второго периода родов
- 3) [-]до раскрытия маточного зева на 5 см
- 4) [+]до раскрытия маточного зева на 7 см
- 5) [-]до начала потуг

24. Излитие околоплодных вод считается преждевременным

- 1) [+]до появления родовой деятельности
- 2) [-]в первом периоде родов

3) [-]при беременности сроком до 38 недель

4) [-]до раскрытия маточного зева на 7 см

5) [-]при раскрытии маточного зева от 5 см до полного

25. При раннем излитии околоплодных вод возрастает риск развития

1) [-]родовых травм матери

2) [+]слабости родовой деятельности

3) [-]преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты

4) [-]стремительного течения родов

5) [-]родовой травмы у плода

26. При преждевременном излитии околоплодных вод повышается степень риска

1) [-]родовой травмы матери

2) [-]преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты

3) [+]инфекционных осложнений

4) [-]родовой травмы у плода

5) [-]развития бурной родовой деятельности

27. При преждевременном излитии околоплодных вод необходимо

1) [-]начать родостимулирующую терапию

2) [-]проводить профилактику родового травматизма матери

3) [-]проводить профилактику родового травматизма плода

4) [-]проводить влагалищные исследования каждые 5-6 часов

5) [+]своевременно решить вопрос о родовозбуждении

28. Запоздалым считается излитие околоплодных вод

- 1) [-]после раскрытия маточного зева на 5 см
 - 2) [-]после раскрытия маточного зева на 7 см
 - 3) [+]после полного раскрытия маточного зева
 - 4) [-]после фиксирования головки большим сегментом в плоскости входа в малый таз
 - 5) [-]после появления потуг
-

29. При запоздалом излитии околоплодных вод возникает риск развития

- 1) [-]инфекционных осложнений
 - 2) [-]слабости родовой деятельности
 - 3) [+]преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты
 - 4) [-]родовой травмы у матери
 - 5) [-]родовой травмы у плода
-

30. Окрашивание околоплодных вод меконием при головных предлежаниях свидетельствует

- 1) [-]о пороках развития плода
 - 2) [-]о гемолитической болезни плода
 - 3) [+]о гипоксии плода
 - 4) [-]о хориоамнионите
 - 5) [-]о внутриутробной инфекции плода
-

31. Амниотомия должна быть произведена

- 1) [-]с появлением регулярных схваток

- 2) [-]при раскрытии маточного зева на 5-6 см
 - 3) [+]при раскрытии маточного зева на 7-8 см
 - 4) [-]при появлении потуг
 - 5) [-]после сглаживания шейки матки
-

32. Влагалищное исследование должно производиться

- 1) [+]при излитии околоплодных вод
 - 2) [-]при появлении потуг
 - 3) [-]в III периоде родов
 - 4) [-]каждые 2-3 часа для уточнения акушерской ситуации
 - 5) [-]каждые 10 часов для уточнения акушерской ситуации
-

33. Окситоциновый тест Смита проводится

- 1) [-]для определения группы риска по возникновению кровотечения в третьем и раннем послеродовом периоде
 - 2) [-]для определения группы риска по развитию аномалий сократительной деятельности
 - 3) [+]для определения готовности организма женщины к родам
 - 4) [-]для определения зрелости шейки матки
 - 5) [-]для определения компенсаторных возможностей плода
-

34. Профилактика офтальмобленнореи проводится

- 1) [-]новорожденным от матерей с гонореей в анамнезе введением 30% раствора альбумида
- 2) [+]всем новорожденным введением на конъюнктивы 1-2 капель свежего 30% раствора альбумида
- 3) [-]всем новорожденным введением на конъюнктивы

свежего 5% раствора азотнокислого серебра

4) [-]новорожденным от матерей с отягощенным гинекологическим анамнезом введением 30% раствора альбуцида

5) [-]новорожденным от матерей с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями гениталий введением свежего 30% раствора альбуцида

35. Признаком отделения плаценты от стенки матки является

1) [-]округлая форма матки

2) [-]втягивание пуповины во влагалище при надавливании ребром ладони над лонным сочленением

3) [+]удлинение наружного отрезка пуповины

4) [-]передача дыхательных движений на пуповину

5) [-]флюктуация пуповины при поколачивании по дну матки

36. При отсутствии признаков отделения плаценты и кровотечения к ручному отделению плаценты и выделению последа приступают через

1) [-]2 часа

2) [-]1.5 часа

3) [-]1 час

4) [+]30 минут

5) [-]15 минут

37. К операции ручного отделения плаценты и выделения последа следует приступить

1) [-]при наличии признаков отделения плаценты и появлении

кровотечения

2) [+]при отсутствии признаков отделения плаценты и появлении кровотечения

3) [-]при отсутствии признаков отделения плаценты в течение 15 минут

4) [-]при наличии признаков отделения плаценты в течение 30 минут

5) [-]при наличии признаков отделения плаценты в течение 1 часа

38. При наличии признаков отделения плаценты для выделения последа могут быть применены приемы

1) [-]Гентера и Довженко

2) [-]Роговина и Занченко

3) [-]Шредера и Чукалова-Кюстнера

4) [+]Абуладзе и Креде-Лазаревича

5) [-]Альфельда и Штрассмана

39. Способ Абуладзе применяется

1) [-]при отсутствии признаков отделения плаценты в течение 2 часов

2) [-]при отсутствии признаков отделения плаценты в течение 30 минут

3) [-]при появлении кровотечения и отсутствии признаков отделения плаценты

4) [+]при наличии признаков отделения плаценты для выделения последа

5) [-]при задержке отделения доли плаценты

40. Оптимальным сочетанием фармакологических средств для подготовки шейки матки к родам считается

- 1) [-]прогестерон, спазмолитики, витамины, седативные, ферментативные средства
- 2) [-]прогестерон, антигистаминные, витамины, спазмолитики, лидаза
- 3) [+]**эстрогены, спазмолитики, лидаза, препараты кальция, средства, улучшающие тканевой обмен**
- 4) [-]эстрогены, антигистаминные, седативные, диуретики
- 5) [-]седативные, антигистаминные, слабительные, средства, улучшающие тканевой обмен

41. Степень раскрытия маточного зева по Шатц-Унтербергеру-Занченко соответствует расстоянию между

- 1) [-]пупком и пограничной бороздой
- 2) [-]дном матки и пограничной бороздой
- 3) [-]дном матки и мечевидным отростком грудины
- 4) [-]пограничной бороздой и мечевидным отростком грудины
- 5) [+]**пограничной бороздой и верхним краем симфиза**

42. Степень раскрытия маточного зева при определении приемом Роговина соответствует

- 1) [-]расстоянию между дном матки и мечевидным отростком грудины
- 2) [-]расстоянию между пограничной бороздой и верхним краем лона

3) [+]величине: 10 см минус расстояние между дном матки и мечевидным отростком грудины

4) [-]величине: 45 см минус высота стояния дна матки

5) [-]расстоянию между дном матки и пупком

43. Для наружного определения степени раскрытия маточного зева применяются приемы

1) [-]Рудакова, Гентера

2) [-]Шредера, Чукалова-Кюстнера

3) [-]Альфельда, Штрассмана, Чукалова-Кюстнера

4) [+]Роговина, Шатц-Унтербергера-Занченко

5) [-]Абуладзе, Креде-Лазаревича

44. Акушерское пособие (защита промежности) проводится с целью

1) [+]сохранения нормального биомеханизма родов и предупреждение травматизма матери и плода

2) [-]обеспечения постепенности прорезывания головки

3) [-]выведения головки наименьшей окружностью

4) [-]содействия освобождению головки и плечиков

5) [-]уменьшения напряжения тканей промежности

45. К ведению родов по методу Цовьянова при ножных предлежаниях следует приступать

1) [-]при полном раскрытии маточного зева

2) [+]при опускании ножек плода на тазовое дно

3) [-]при опускании ягодиц плода на тазовое дно

4) [-]при появлении потуг

5) [-]при рождении плода до пупочного кольца

46. К ведению родов по методу Цовьянова при чистом ягодичном предлежании приступают

- 1) [-]при полном раскрытии маточного зева
 - 2) [-]при ягодицах, находящихся в полости малого таза
 - 3) [+]при прорезывании ягодиц
 - 4) [-]при рождении плода до пупочного кольца
 - 5) [-]при появлении потуг
-

47. Для определения массы плода по таблице А.В.Рудакова необходимо знать

- 1) [-]окружность живота, высоту стояния дна матки
 - 2) [+]высоту стояния дна матки, половину поперечной окружности матки
 - 3) [-]срок беременности, окружность живота
 - 4) [-]окружность живота и половину поперечной окружности матки
 - 5) [-]размеры головки плода
-

48. К признакам переношенности плода относится

- 1) [-]масса плода более 4500 г
 - 2) [+]симптом "прачки"
 - 3) [-]повышенная мягкость костей черепа
 - 4) [-]окружность головки плода более 35 см
 - 5) [-]отсутствие первородной смазки
-

49. Оценка новорожденного по шкале АПГАР

- 1) [+]построена на анализе 5 показателей
- 2) [-]включает данные о КОС

3) [-]позволяет судить о степени гипотрофии

4) [-]проводится однократно в первую минуту после рождения

5) [-]определяется при ежедневном осмотре педиатра

50. Плод считается крупным при массе тела более

1) [-]3000 г

2) [-]3500 г

3) [-]3800 г

4) [+]4000 г

5) [-]4500 г

51. Диагноз преждевременных родов может быть поставлен при рождении плода

1) [-]массой 3000 г, длиной 50 см

2) [-]массой 2800 г, длиной 48 см

3) [-]массой 2600 г, длиной 47 см

4) [-]массой 800 г, длиной 28 см

5) [+]массой 2300 г, длиной 44 см

52. При оценке состояния новорожденного по шкале АПГАР учитываются

1) [-]масса тела, длина, срок гестации

2) [+]частота сердечных сокращений и дыхания, окраска кожных покровов, рефлексy, мышечный тонус

3) [-]частота сердечных сокращений и дыхания, окраска кожных покровов

4) [-]сознание, степень депрессии

5) [-]частота сердечных сокращений, общее состояние

53. Состоянию средней тяжести у новорожденного соответствуют оценки по шкале АПГАР

1) [+]в 1-ую минуту после рождения - 5 баллов через 5 минут - 6 баллов

2) [-]в 1-ую минуту после рождения - 8 баллов через 5 минут - 9 баллов

3) [-]в 1-ую минуту после рождения - 2 балла через 5 минут - 3 балла

4) [-]в 1-ую минуту после рождения - 3 балла через 5 минут - 4 балла

5) [-]в 1-ую минуту после рождения - 8 баллов через 5 минут - 8 баллов

54. Нормальная частота сердцебиения плода

1) [-]160-180 ударов в минуту

2) [+]120-140 ударов в минуту

3) [-]110-130 ударов в минуту

4) [-]100-140 ударов в минуту

5) [-]90-150 ударов в минуту

55. При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено: - шейка матки укорочена до 2.0 см, размягчена полностью, расположена по проводной оси таза, - цервикальный канал проходим для 1 поперечного пальца за внутренний зев. Степень зрелости шейки матки соответствует определению

- 1) [-]шейка незрелая
- 2) [-]шейка созревающая
- 3) [-]шейка неполностью созревшая
- 4) [+]шейка зрелая
- 5) [-]шейка беременной

56. При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено: - шейка матки длиной 3.5 см, плотная, отклонена от проводной оси таза кзади, - наружный зев закрыт. Эти данные свидетельствуют

- 1) [-]о зрелой шейке
- 2) [+]о незрелой шейке
- 3) [-]о созревающей шейке
- 4) [-]о неполностью созревшей шейке
- 5) [-]о наличии готовности организма к родам

57. При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено: - шейка матки сглажена, - открытие маточного зева 5 см, - плодный пузырь вскрылся во время исследования. Диагноз

- 1) [-]1-й период родов, преждевременное излитие околоплодных вод
- 2) [-]2-й период родов, раннее излитие околоплодных вод
- 3) [+]1-й период родов, раннее излитие околоплодных вод
- 4) [-]1-й период родов, своевременное излитие околоплодных вод
- 5) [-]2-й период родов, запоздалое излитие околоплодных вод

58. Повторнобеременная поступила в родильный дом с жалобами на излитие вод и начало регулярных схваток 5 часов назад. При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено: - раскрытие маточного зева полное, - плодного пузыря нет, - предлежит головка, малым сегментом фиксирована во входе в малый таз. Диагноз

- 1) [-]1-й период родов, преждевременное излитие вод
 - 2) [-]1-й период родов, раннее излитие вод
 - 3) [-]2-й период родов, преждевременное излитие вод
 - 4) [+]2-й период родов, раннее излитие вод
 - 5) [-]2-й период родов, запоздалое излитие вод
-

59. При ОСМОТРЕ РОЖЕНИЦЫ обнаружено: - дно матки на 4 см ниже мечевидного отростка, - пограничная борозда на 6 см выше верхнего края лона. Предполагаемое раскрытие маточного зева составляет

- 1) [-]4 см
 - 2) [+]6 см
 - 3) [-]10 см
 - 4) [-]2 см
 - 5) [-]8 см
-

60. При ОСМОТРЕ РОЖЕНИЦЫ установлено: - дно матки на 2 см ниже мечевидного отростка грудины, - пограничная борозда на 8 см выше верхнего края лона. Предполагаемое раскрытие

маточного зева составляет

- 1) [+]8 см
 - 2) [-]6 см
 - 3) [-]4 см
 - 4) [-]5 см
 - 5) [-]2 см
-

61. В течение 30 минут после рождения плода отсутствуют признаки отделения плаценты, кровотечения нет. Врач должен

- 1) [-]применить прием Креде-Лазаревича
 - 2) [+]произвести ручное отделение плаценты и выделение последа
 - 3) [-]применить прием Абуладзе
 - 4) [-]применить прием Гентера
-

62. После появления признаков отделения плаценты роженица потужилась, рождения последа не произошло. Врач должен

- 1) [-]произвести ручное выделение последа
 - 2) [+]применить приемы Абуладзе и Креде-Лазаревича
 - 3) [-]начать внутривенное капельное введение окситоцина
 - 4) [-]применить прием Чукалова-Кюстнера
 - 5) [-]произвести катетеризацию мочевого пузыря
-

63. Через 15 минут после рождения плода - началось умеренное кровотечение, - кровопотеря 300 мл, - признаков отделения плаценты нет. Врач должен

1) [-]применить прием Креде-Лазаревича

2) [-]наблюдать за признаками отделения плаценты и кровопотерей, если она превысит 500 мл, то приступить к ручному отделению плаценты и выделению последа

3) [-]провести наружный массаж матки и применить прием Абуладзе

4) [+]немедленно приступить к операции ручного отделения плаценты и выделения последа

5) [-]добиться отделения плаценты введением сокращающих средств и наружным массажем матки

64. При ОСМОТРЕ ПОСЛЕДА обнаружено: - плацента размерами 22 * 18 см, - имеется дефект плацентарной ткани размером 2 * 2.5 см, - оболочки все. Врач должен

1) [+]немедленно приступить к ручному обследованию полости матки и удалению задержавшейся доли плаценты

2) [-]тщательно наблюдать за общим состоянием, величиной кровопотери. произвести ручное обследование полости матки и удаление задержавшейся доли при нарастании кровопотери

3) [-]провести наружный массаж матки и попытаться выделить задержавшуюся долю плаценты приемом Креде-Лазаревича

4) [-]попросить женщину потужиться, если не произойдет выделения задержавшейся доли, то приступить к ручному обследованию полости матки и удалению доли плаценты

65. Приемом Пискачека определяется головка плода

1) [-]подвижная над входом в таз

2) [-]прижатая ко входу в малый таз

3) [-]фиксированная малым сегментом в плоскости входа в малый таз

4) [+]фиксированная большим сегментом в плоскости входа в малый таз

5) [-]в дне матки

Токсикозы

1. Еженедельная прибавка массы во второй половине беременности не должна превышать

- 1) [-]100-150 г
 - 2) [-]150-200 г
 - 3) [-]200-300 г
 - 4) [+]300-400 г
 - 5) [-]400-500 г
-

2. К признакам претоксикоза во второй половине беременности относится

- 1) [+]появление лабильности и асимметрии АД,
 - 2) [-]снижение суточного диуреза до 600-500 мл
 - 3) [-]появление отеков голеней и белка в моче
 - 4) [-]появление белка в моче в количестве от 0.033 до 0.066 г/л
 - 5) [-]появление ангиопатии и ретинопатии сосудов сетчатки глаз
-

3. К часто встречающимся формам раннего токсикоза относятся

- 1) [-]отеки беременных, гипертония беременных
 - 2) [+]птиализм, рвота беременных
 - 3) [-]гипертония беременных, преэклампсия
 - 4) [-]дерматозы, хорея беременных
 - 5) [-]острая желтая атрофия печени, рвота беременных
-

4. Чистыми формами позднего токсикоза

считаются

- 1) [-]отеки беременных, гипертония беременных
 - 2) [-]токсикоз, развивающийся при неосложненной беременности
 - 3) [+]токсикоз, возникающий у соматически здоровых женщин
 - 4) [-]токсикоз, возникающий у беременных с неотягощенным гинекологическим анамнезом
 - 5) [-]преэклампсия и эклампсия
-

5. К моносимптомным формам позднего токсикоза относятся

- 1) [+]отеки беременных, гипертония беременных
 - 2) [-]отеки беременных, преэклампсия
 - 3) [-]нефропатия беременных, гипертония беременных
 - 4) [-]отеки беременных, нефропатия беременных
 - 5) [-]гипертония беременных, эклампсия
-

6. К полисимптомным формам позднего токсикоза относятся

- 1) [-]отеки беременных, гипертония беременных
 - 2) [-]гипертония беременных, нефропатия беременных
 - 3) [-]нефропатия беременных, сочетанные формы позднего токсикоза
 - 4) [+]нефропатия беременных, преэклампсия, эклампсия
 - 5) [-]преэклампсия, эклампсия
-

7. Для определения индекса токсикоза по таблице А.С.Слепых и М.А.Репиной (1977) оцениваются в баллах

1) [-]прибавка массы тела, отеки, АД, суточная потеря белка

2) [-]отеки, АД, субъективные симптомы, состояние глазного дна

3) [-]прибавка массы тела, среднее АД, протеинурия

4) [+]отеки, среднее АД, суточная потеря белка, состояние глазного дна

5) [-]отеки, АД, протеинурия, диурез

8. Нефропатии 1-й степени тяжести соответствуют

1) [-]АД 150/ 90 мм рт.ст.; белок в моче 0.99 г/л; отеки голеней, передней брюшной стенки; отек сетчатки глаз

2) [-]АД 130/ 90 мм рт.ст.; белок в моче 3.3 г/л; отеки голеней, передней брюшной стенки, лица; отек сетчатки глаз

3) [-]АД 140/100 мм рт.ст.; белок в моче 1.65 г/л; отеки голеней, передней брюшной стенки; неравномерность калибра сосудов сетчатки

4) [+]АД 140/ 90 мм рт.ст.; белок в моче 0.66 г/л; отеки голеней; неравномерность калибра сосудов сетчатки

5) [-]АД 170/100 мм рт.ст.; белок в моче 1.32 г/л; отеки голеней, передней брюшной стенки; отек сетчатки глаз

9. Нефропатии 2-й степени тяжести соответствуют

1) [-]АД 140/ 80 мм рт.ст.; белок в моче 0.066 г/л; отеки голеней; неравномерность калибра сосудов сетчатки глазного дна

2) [+]АД 160/ 90 мм рт.ст.; белок в моче 1.65 г/л; отек сетчатки глаз; отеки голеней и передней брюшной стенки;

3) [-]АД 150/ 90 мм рт.ст.; белок в моче 3.3 г/л; отеки голеней и передней брюшной стенки; на глазном дне кровоизлияния

4) [-]АД 180/120 мм рт.ст.; белок в моче 0.99 г/л; отеки нижних конечностей; отек сетчатки глаз

5) [-]АД 130/ 80 мм рт.ст.; белок в моче 0.132 г/л; пастозность голеней; сосуды глазного дна без изменений

10. Нефропатии 3-й степени тяжести соответствуют

1) [-]АД 140/ 80 мм рт.ст.; белок в моче 0.066 г/л; отеки голеней; неравномерность калибра сосудов сетчатки глаз

2) [-]АД 160/ 90 мм рт.ст.; белок в моче 1.65 г/л; отеки голеней и передней брюшной стенки; отек сетчатки глаз

3) [+]АД 170/100 мм рт.ст.; белок в моче 6.6 г/л; отеки нижних конечностей, передней брюшной стенки, лица; кровоизлияния в сетчатке глаз

4) [-]АД 170/100 мм рт.ст.; белок в моче 3.3 г/л; жалобы на головную боль, нарушение зрения, тошноту; генерализованные отеки, на глазном дне - кровоизлияния

5) [-]АД 160/ 90 мм рт.ст.; белок в моче 1.65 г/л; пастозность голеней; отек сетчатки глаз

11. Основные принципы лечения раннего токсикоза заключаются

1) [+]в воздействии на ЦНС, коррекции нарушений водного и электролитного баланса, нормализации КОС, лечении сопутствующих заболеваний

2) [-]в воздействии на ЦНС, устранении генерализованного сосудистого спазма и расстройств гемодинамики

3) [-]в коррекции водно-электролитного обмена, выведении

интерстициальной жидкости

4) [-]в общеукрепляющей терапии, улучшении маточно-плацентарного кровообращения, кардиальной терапии

5) [-]в улучшении кровотока в почках и стимуляции их мочевыделительной функции, нормализации водно-электролитного обмена

12. С целью коррекции нарушений электролитного баланса в лечении беременных с ранним токсикозом используются

1) [-]гемодез, реополиглюкин, неокомпенсан, реоглюман

2) [-]растворы глюкозы, новокаина, натрия бикарбоната

3) [+]растворы Рингера-Локка, Рингера, препараты калия

4) [-]полиглюкин, желатиноль, альвезин, полиамин

5) [-]протеин, альбумин, полифер

13. С целью коррекции гипопротейнемии и гиповолемии у беременных с поздним токсикозом применяются

1) [-]5% раствор глюкозы, гемодез, глюкозо-новокаиновая смесь

2) [-]неокомпенсан, реополиглюкин, полифер

3) [-]гемодез, раствор Рингера-Локка, лактасол, переливание консервированной крови

4) [-]полиглюкин, раствор натрия бикарбоната, раствор маннитола

5) [+]альбумин, протеин, сухая плазма

14. С целью улучшения микроциркуляции у беременных с тяжелыми формами позднего

ТОКСИКОЗА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1) [-]желатиноль, раствор Рингера-Локка
 - 2) [-]растворы протеина, альбумина, сухой плазмы
 - 3) [-]гемодез, неокомпенсан
 - 4) [-]изотонический раствор натрия хлорида, 4% раствор натрия бикарбоната
 - 5) [+]**глюкозо-новокаиновая смесь, реополиглюкин, трентал**
-

15. С целью уменьшения интерстициального отека при лечении беременных с тяжелыми формами позднего токсикоза используются

- 1) [-]реополиглюкин, глюкозо-новокаиновая смесь, реомакродекс
 - 2) [-]гемодез, неокомпенсан, полиглюкин, желатиноль
 - 3) [-]раствор Рингера-Локка, физиологический раствор, 5% раствор глюкозы
 - 4) [-]раствор бикарбоната натрия, реополиглюкин, гемодез
 - 5) [+]**20% раствор глюкозы, альбумин, протеин, сухая плазма, полиглюкин, маннитол, сорбитол**
-

16. Для управляемой гипотонии в лечении беременных с тяжелыми формами позднего токсикоза используются

- 1) [-]дроперидол, промедол, фентанил
 - 2) [+]**арфонад, гигроний, имехин, пентамин**
 - 3) [-]эуфиллин, галидор, ганглерон, но-шпа
 - 4) [-]магния сульфат, глюкозо-новокаиновая смесь
 - 5) [-]диколин, димеколин, кватерон, пирилен
-

17. Показанием для прерывания беременности

при рвоте беременных является

- 1) [-] потеря массы тела более 5 кг, анемия
- 2) [+] алиментарная дистрофия
- 3) [-] появление ацетонурии
- 4) [-] появление отеков и гипертензии
- 5) [-] наличие метаболического ацидоза

18. Методика проведения магниальной терапии по схеме Д.П.Бровкина включает

- 1) [-] четыре внутримышечных инъекции по 24 мл 25% сульфата магния через 12 часов
- 2) [-] две внутримышечных инъекции по 20 мл 25% сульфата магния через 6 часов
- 3) [+] четыре внутримышечных инъекции по 24 мл 25% сульфата магния, три из них через 4 часа и четвертая через 6 часов
- 4) [-] четыре внутримышечные инъекции по 10 мл 25% сульфата магния, три через 4 часа и четвертая через 6 часов
- 5) [-] три внутримышечные инъекции по 10 мл 25% сульфата магния через 3 часа

19. В комплексной терапии беременных с тяжелыми формами позднего токсикоза дроперидол применяется в дозе

- 1) [+] 2 мл 0.25% раствора 2-3 раза в сутки в/в или в/м
- 2) [-] 5 мл 2.5% раствора 3-4 раза в сутки в/в
- 3) [-] 10 мл 0.25% раствора 2 раза в сутки в/м
- 4) [-] 5 мл 5% раствора 3 раза в сутки в/м
- 5) [-] 1 мл 2.5% раствора каждые 2 часа в/м

20. Общая доза сухого вещества магния сульфата, вводимая в течение одного курса магниальной терапии по Д.П.Бровкину, составляет

- 1) [-]6 г
 - 2) [-]12 г
 - 3) [+]24 г
 - 4) [-]48 г
 - 5) [-]72 г
-

21. Выбор дозы сульфата магния для внутривенного введения при лечении позднего токсикоза зависит

- 1) [+]от массы тела женщины и величины АД
 - 2) [-]от срока беременности
 - 3) [-]от массы плода
 - 4) [-]от состояния плода
 - 5) [-]от степени зрелости плаценты
-

22. В настоящее время внутривенное введение сульфата магния при лечении позднего токсикоза

- 1) [-]не используется
 - 2) [-]применяется в дозе 24 мл 20% раствора, струйно
 - 3) [+]применяется капельно в 200 мл 5% раствора глюкозы
 - 4) [-]проводится в одинаковой дозе без учета массы тела
 - 5) [-]проводится в дозе, не зависящей от величины АД
-

23. Эуфиллин при лечении беременных с тяжелыми формами позднего токсикоза

применяется в дозе

- 1) [-]по 1 мл 24% раствора внутримышечно 1-2 раза в день
 - 2) [-]по 10 мл 24% раствора внутривенно 1-2 раза в день
 - 3) [-]по 1 мл 2.4% раствора внутримышечно 3-4 раза в день
 - 4) [+]по 10 мл 2.4% раствора внутривенно 1-2 раза в день
 - 5) [-]по 0.15 г 3-4 раза в день, внутрь
-

24. Препарат сигетин в лечении беременных с поздним токсикозом используется

- 1) [-]для борьбы с генерализованным сосудистым спазмом
 - 2) [+]для профилактики и лечения гипоксии плода
 - 3) [-]для регуляции сократительной деятельности матки
 - 4) [-]для снижения АД
 - 5) [-]для улучшения кровотока в почках
-

25. Прерывание беременности при нефропатии 3-й степени показано при отсутствии эффекта от проводимой терапии в течение

- 1) [-]12 часов
 - 2) [-]24 часов
 - 3) [+]72 часа
 - 4) [-]1 недели
 - 5) [-]3 недель
-

26. В триаду Цангемейстера входят

- 1) [-]гипертензия, гипо- и диспротеинемия, гиповолемия
- 2) [-]спазм сосудов, повышение проницаемости сосудистых стенок, нарушение кровообращения в органах
- 3) [-]отеки, снижение диуреза, альбуминурия

4) [+]отеки, протеинурия, гипертензия

5) [-]отеки, гипопротеинемия, диспротеинемия

27. При наличии классической триады Цангемейстера диагноз преэклампсии может быть поставлен при выявлении

1) [-]неравномерности калибра сосудов сетчатки глаза

2) [-]АД, превышающего 190/110 мм рт.ст.

3) [+]жалоб на боли в эпигастральной области

4) [-]белка в моче свыше 3.3 г/л

5) [-]отека сетчатки глаза

28. К изменениям характерным для нефропатии 3-й степени тяжести относят

1) [-]неравномерность калибра сосудов сетчатки глаза

2) [-]отека сетчатки глаза

3) [+]кровоизлияния в сетчатке глаза

4) [-]отслойку сетчатки глаза

5) [-]нормальную картину глазного дна

29. Ацетонурия характерна

1) [-]для преэклампсии

2) [-]для отеков беременных

3) [+]для рвоты беременных

4) [-]для нефропатии беременных

5) [-]для дерматозов беременных

30. Для диагностики отставания плода в развитии у беременных с поздним токсикозом применяются

1) [-]амниоскопия, ЭКГ плода, определение предполагаемого веса плода

2) [-]ФКГ, ЭКГ плода, определение рН околоплодных вод

3) [+]УЗИ, звуковой тест Э.К.Айламазяна (1984), определение эстриола в моче, фракций фосфолипидов в околоплодных водах и крови матери

4) [-]определение КОС плода, ультразвуковая диагностика

5) [-]определение содержания в околоплодных водах калия, мочевины, хлоридов, активности А-гиалуронидазы

31. Для диагностики гипоксии плода у рожениц с поздним токсикозом применяются

1) [-]радиоизотопное определение плацентарного лактогена в сыворотке крови, оценка ЧСС

2) [-]оценка реакции ЧСС на движение плода, задержку дыхания

3) [+]ЭКГ, ФКГ плода, амниоскопия, функциональные пробы

4) [-]биохимические методы определения эстриола, прегнандиола в моче матери, плацентарного лактогена, активности плацентарных ферментов в крови матери

5) [-]биохимическое исследование околоплодных вод, оценка ЧСС

32. Объем инфузионной терапии у беременных с тяжелыми формами позднего токсикоза при достаточном диурезе не должен превышать

1) [-]2000 мл в сутки

2) [-]3000 мл в сутки

3) [-]500 мл в сутки

4) [+]1000 мл в сутки

33. У беременных с преэклампсией при отсутствии эффекта от проводимой терапии прерывание беременности показано

- 1) [+]через 12-24 часа
 - 2) [-]через 72-96 часа
 - 3) [-]через 5 дней
 - 4) [-]через одну неделю
 - 5) [-]через 3 недели
-

34. Какой период припадка эклампсии характеризуется мелкими фибриллярными подергиваниями мышц лица

- 1) [+]1-й
 - 2) [-]2-й
 - 3) [-]3-й
 - 4) [-]4-й
 - 5) [-]2-й и 3-й
-

35. Какой период припадка эклампсии характеризуется тоническими судорогами

- 1) [-]1-й
 - 2) [+]2-й
 - 3) [-]3-й
 - 4) [-]4-й
 - 5) [-]2-й и 3-й
-

36. Какой период припадка эклампсии характеризуется клоническими судорогами

- 1) [-]1-й
 - 2) [-]2-й
 - 3) [+]3-й
 - 4) [-]4-й
 - 5) [-]2-й и 3-й
-

37. В стационар поступила беременная с жалобами - на тошноту, - рвоту до 15 раз в сутки, - потерю 8 кг веса, - слабость. Пульс 100 уд. в 1 минуту, ритмичный. АД - 95/60 мм рт.ст., температура 37,2. Срок беременности 8 недель. ДИАГНОЗ

- 1) [-]острый гастрит
 - 2) [-]острый холецистит
 - 3) [-]рвота беременных легкой степени
 - 4) [-]рвота беременных средней степени
 - 5) [+]рвота беременных тяжелой степени
-

38. Первобеременная 23 лет доставлена в родильный дом на 36 неделе беременности с жалобами - на головную боль, тошноту, двукратную рвоту, неясное зрение. Эти явления появились три часа назад. Пульс 90 ударов в 1 минуту, напряженный. АД - 170/100 мм рт.ст., отеки ног, белок в моче 3,3 г/л. ДИАГНОЗ

- 1) [-]эклампсия
- 2) [+]преэклампсия
- 3) [-]нефропатия 3-й степени тяжести
- 4) [-]нефропатия 2-й степени тяжести

39. В женскую консультацию обратилась больная 20 лет с жалобами - на общую слабость, потерю аппетита, тошноту, - рвоту до 8 раз в сутки, потерю веса до 3-х кг. ДИАГНОЗ: Беременность 8 недель. Рвота беременных. Для уточнения степени тяжести токсикоза план обследования должен включать

1) [-]взвешивание в динамике, исследование мочи

2) [-]определение билирубина, протромбина, фибриногена, общего белка, сахара крови натощак, контроль веса, АД

3) [-]определение суточного диуреза, общего белка, липопротеиновых фракций

4) [-]исследование кислотообразующей функции желудка, исследование дуоденального содержимого, контроль веса, суточного диуреза, АД

5) [+]определение гемоглобина, гематокрита, электролитов крови, КЩС, исследование мочи на ацетон, контроль веса, суточного диуреза, АД

40. Первобеременная 25 лет поступила в акушерский стационар по направлению женской консультации. Жалоб не предъявляет. Срок беременности 38 недель. За последние 3 недели прибавка массы составила 2.5 кг. отеки ног, белок 0.099 г/л, АД - 110/70 мм рт.ст. ДИАГНОЗ

1) [-]отеки беременных

2) [-]преэклампсия

3) [-]нефропатия 3-й степени

4) [-]нефропатия 2-й степени

5) [+]нефропатия 1-й степени

41. Первородящая 24 лет поступила в стационар с жалобами - на головную боль, - неясное зрение. Беременность доношенная. При поступлении АД - 180/100 мм рт.ст., отеки ног. При кипячении мочи выпал осадок и занимает 1/2 пробирки. При попытке производства внутреннего исследования начались судороги, сопровождающиеся потерей сознания. Укажите ДИАГНОЗ и правильную ТАКТИКУ

1) [-]Эпилепсия. Ждать окончания приступа

2) [-]Эклампсия. Начать инфузионную терапию, в/в ввести магния сульфат

3) [-]Преэклампсия. Внутривенно ввести 2.0 дроперидола, 2.0 седуксена, 1.0 димедрола

4) [+]Эклампсия. Применить масочный или эндотрахеальный наркоз с ингаляцией кислорода с закисью азота или фторотаном

42. Первобеременная 29 лет поступила в отделение патологии беременности при беременности 37 недель с жалобами - на головную боль, мелькание мушек перед глазами, - боли в эпигастральной области. Укажите ДИАГНОЗ и правильную ТАКТИКУ ведения беременной

1) [-]Преэклампсия. Показано срочное родоразрешение операцией кесарева сечения

2) [-]Эклампсия. Больной показан кислородно-фторотановый наркоз и интенсивная терапия токсикоза

3) [-]Поздний токсикоз беременных. Начать магниезальную и инфузионную терапию. Проводить лечение до доношенного срока беременности.

4) [+]Преэклампсия. Начать интенсивную терапию на фоне нейролептанальгезии. При отсутствии эффекта от проводимой терапии в течение 12 часов показано родоразрешение беременной

Нормальный послеродовый период

1. После окончания родов родильница должна находиться под наблюдением в родильном отделении в течение

- 1) [-]30 минут
 - 2) [-]60 минут
 - 3) [-]90 минут
 - 4) [+]120 минут
 - 5) [-]180 минут
-

2. Необходимость тщательного наблюдения за родильницей в условиях родильного отделения в течении первых 2-х часов после родов связана с высокой степенью риска развития

- 1) [-]острой сердечной недостаточности
 - 2) [+]гипотонического кровотечения
 - 3) [-]инфекционно-токсического шока
 - 4) [-]острой дыхательной недостаточности
 - 5) [-]эклампсии
-

3. Молозиво после родов вырабатывается в течение

- 1) [-]1-2 недель
- 2) [-]9-10 дней
- 3) [-]12-14 дней
- 4) [+]3-4 дней
- 5) [-]1-2 дней

4. Характерным для молозива является

- 1) [-]белый цвет
 - 2) [-]кислая реакция
 - 3) [-]низкое содержание иммуноглобулинов
 - 4) [-]более низкое содержание белков и жиров, чем в зрелом молоке
 - 5) [+]содержание специфических клеток с жировыми включениями
-

5. Выраженное нагрубание молочных желез наблюдается

- 1) [-]во время беременности
 - 2) [-]на 1-2 сутки послеродового периода
 - 3) [+]на 2-3 сутки послеродового периода
 - 4) [-]на 4-5 сутки послеродового периода
 - 5) [-]на 5-6 сутки послеродового периода
-

6. Секреция молока у рожениц начинается

- 1) [-]через 6 часов после родов
 - 2) [-]через 12 часов после родов
 - 3) [-]в конце 1-ых суток послеродового периода
 - 4) [+]на 2-3 сутки послеродового периода
 - 5) [-]на 5-6 сутки послеродового периода
-

7. Поступление молока в протоки молочных желез регулируется

- 1) [-]эстрогенами
- 2) [-]прогестероном
- 3) [+]окситоцином

4) [-]пролактином

5) [-]лютеонизирующим гормоном

8. Секреторная активность молочных желез регулируется

1) [-]эстрогенами

2) [-]прогестероном

3) [-]окситоцином

4) [-]лютеонизирующим гормоном

5) [+]пролактином

9. Укажите характеристики, не свойственные зрелому женскому молоку

1) [-]удельный вес 1026-1036

2) [-]белый цвет

3) [-]богато углеводами

4) [+]содержит белков больше, чем молозиво

5) [-]щелочная реакция

10. В первые сутки послеродового периода дно матки находится

1) [+]на уровне пупка

2) [-]на 2 поперечных пальца выше пупка

3) [-]на 3 поперечных пальца ниже пупка

4) [-]на середине расстояния между пупком и симфизом

5) [-]на 3 поперечных пальца выше пупка

11. На третьи сутки послеродового периода дно матки находится

- 1) [-]на уровне пупка
 - 2) [-]на 1 поперечный палец ниже пупка
 - 3) [-]на 1 поперечный палец выше пупка
 - 4) [+]на 3 поперечных пальца ниже пупка
 - 5) [-]на 3 поперечных пальца выше верхнего края лонного сочленения
-

12. Дно матки на 5-е сутки послеродового периода находится

- 1) [-]на 1 поперечный палец ниже пупка
 - 2) [-]на 2 поперечных пальца ниже пупка
 - 3) [-]на 1 поперечный палец выше лонного сочленения
 - 4) [-]на 3 поперечных пальца ниже пупка
 - 5) [+]на середине расстояния между пупком и лонного сочленения
-

13. Дно матки на 7-е сутки послеродового периода находится

- 1) [-]на уровне пупка
 - 2) [-]на 3 поперечных пальца ниже пупка
 - 3) [+]на 3 поперечных пальца выше лонного сочленения
 - 4) [-]на 1 поперечный палец ниже пупка
 - 5) [-]на середине расстояния между пупком и лонного сочленения
-

14. Масса матки после родов в среднем составляет

- 1) [-]50-80 г
- 2) [-]150-200 г

3) [-]300-500 г

4) [+]около 1000 г

5) [-]около 2000 г

15. К концу первой недели послеродового периода масса матки уменьшается

1) [-]на 20%

2) [-]на 35%

3) [-]на 40%

4) [+]на 50%

5) [-]на 70%

16. К концу послеродового периода масса матки уменьшается

1) [-]почти в 2 раза

2) [-]почти в 4 раза

3) [-]почти в 5 раз

4) [+]почти в 20 раз

5) [-]почти в 60 раз

17. При нормально протекающем послеродовом периоде формирования внутреннего зева цервикального канала заканчивается

1) [-]к 3 суткам

2) [+]к 10 суткам

3) [-]к 30 суткам

4) [-]к 21 суткам

5) [-]к концу послеродового периода

18. При нормальном течении родов и послеродового периода роженице разрешается вставать

- 1) [-]через 2 часа после родов
- 2) [+]через 6 часов после родов
- 3) [-]через 24 часа после родов
- 4) [-]через 36 часов после родов
- 5) [-]через 48 часов после родов

19. При нормально протекающем послеродовом периоде наружный зев цервикального канала формируется к концу

- 1) [-]1-х суток
- 2) [-]2-ых суток
- 3) [+]3-ей недели
- 4) [-]1-го месяца
- 5) [-]6-8 недели

20. В раннем послеродовом периоде нормальные выделения из матки

- 1) [-]сукровичные в умеренном количестве
- 2) [-]кровянисто-серозные, обильные
- 3) [-]серозные в умеренном количестве
- 4) [+]кровянистые в умеренном количестве
- 5) [-]кровянистые, обильные

21. О нормальном течении инволюции матки судят

- 1) [-]по количеству лохий

- 2) [-]по общему состоянию родильницы
 - 3) [-]по данным влагалищного исследования
 - 4) [+]по размерам и консистенции матки, характеру и количеству лохий
 - 5) [-]по состоянию наружного зева цервикального канала
-

22. На 1-3 сутки послеродового периода лохии

- 1) [+]кровянистые
 - 2) [-]серозно-кровянистые
 - 3) [-]серозные
 - 4) [-]слизистые
 - 5) [-]кровянисто-серозные
-

23. На 3-4 сутки послеродового периода лохии

- 1) [+]кровянисто-серозные
 - 2) [-]серозно-кровянистые
 - 3) [-]серозные
 - 4) [-]слизистые
 - 5) [-]отсутствуют
-

24. На 5-7 сутки послеродового периода лохии

- 1) [-]кровянистые
 - 2) [+]серозно-кровянистые
 - 3) [-]серозные
 - 4) [-]слизистые
 - 5) [-]отсутствуют
-

25. На 10-12 день послеродового периода лохии

- 1) [-]кровянистые
 - 2) [-]серозно-кровянистые
 - 3) [+]серозные
 - 4) [-]слизистые
 - 5) [-]отсутствуют
-

26. Выделение лохий заканчивается к концу

- 1) [-]1-ой недели
 - 2) [-]2-ой недели
 - 3) [-]3-ей недели
 - 4) [-]1-го месяца
 - 5) [+]5-6 недели
-

27. Щелочная реакция и специфический прелый запах лохий, наличие в них микроорганизмов являются признаками, характерными

- 1) [+]для нормального течения послеродового периода
 - 2) [-]для лохиометры
 - 3) [-]для метроэндометрита
 - 4) [-]для метротромбофлебита
 - 5) [-]для субинволюции матки
-

28. Полное восстановление структуры эндометрия после родов происходит

- 1) [-]на 10-15 день
- 2) [-]на 2-3 неделе
- 3) [-]на 4-5 неделе
- 4) [+]на 6-8 неделе

5) [-]на 8-10 неделе

29. Инволюция матки сопровождается

- 1) [+]уменьшением ее массы
 - 2) [-]увеличением ее подвижности
 - 3) [-]прогрессирующим тромбозом вен таза
 - 4) [-]усилением кровотока в маточных сосудах
 - 5) [-]формированием нижнего сегмента
-

30. Эпителизация внутренней поверхности матки в области плацентарной площадки заканчивается

- 1) [-]на 1-ой неделе послеродового периода
 - 2) [-]на 2-ой неделе послеродового периода
 - 3) [+]на 6-8 неделе послеродового периода
 - 4) [-]на 3-ей неделе послеродового периода
 - 5) [-]на 4-ой неделе послеродового периода
-

31. Остаток пуповины у новорожденных отпадает

- 1) [-]на 1-2 сутки после родов
 - 2) [+]к концу 1 недели
 - 3) [-]на 8-9 сутки после родов
 - 4) [-]на 10-11 сутки после родов
 - 5) [-]к концу 3 недели
-

32. В конце первых суток после родов внутренний зев обычно пропускает

- 1) [-]кисть руки

- 2) [-]4 пальца
 - 3) [+]2 пальца
 - 4) [-]1 палец
 - 5) [-]кончик пальца
-

33. Максимальная транзиторная потеря массы тела новорожденных в первые 3-4 дня после рождения обычно не превышает

- 1) [-]1%
 - 2) [-]2%
 - 3) [-]3%
 - 4) [+]6%
 - 5) [-]12%
-

34. В первые 10 дней после рождения количество молока на каждое кормление должно составлять

- 1) [-]100 (мл)
 - 2) [-]70 (мл)
 - 3) [-]5 * число дней жизни (мл)
 - 4) [+]10 * число дней жизни (мл)
 - 5) [-]50 (мл)
-

35. Транзиторное повышение температуры тела родильницы в первые дни послеродового периода обычно связано

- 1) [+]с перенесенным нервным и психическим напряжением
- 2) [-]с становлением лактации
- 3) [-]с тромбозом вен таза

4) [-]с особенностью гормонального фона

5) [-]с лохиометрой

36. Родильницам группы высокого риска гнойно-септических осложнений с целью их профилактики назначаются

1) [+]витамин В12, хинин, фурадонин, аскорутин, антибиотики - по показаниям

2) [-]гемодез, полидез, зуфиллин

3) [-]витамины группы В,С, внутривенно капельно метроджил

4) [-]окситоцин, метилэргометрин, сульфаниламидные препараты

5) [-]пирогенал, трихопол

37. Эпителизация внутренней поверхности матки в области плацентарной площадки заканчивается

1) [-]к 1-ой неделе послеродового периода

2) [-]к 2-ой неделе послеродового периода

3) [-]к 3-ей неделе послеродового периода

4) [-]к 4-ой неделе послеродового периода

5) [+]к концу послеродового периода

38. Задержка обратного развития матки в послеродовом периоде называется

1) [+]субинволюцией матки

2) [-]лохиометрой

3) [-]гематометрой

4) [-]эндометритом

5) [-]метроэндометритом

39. Ведущим механизмом прекращения кровотечения сразу после родов является

- 1) [+]гипертонус матки
- 2) [-]тромбоз вен матки
- 3) [-]тромбоз вен таза
- 4) [-]дистракция
- 5) [-]спазм шейки матки

40. Процесс тромбообразования в сосудах матки

- 1) [+]начинается сразу после родов
- 2) [-]является ведущим механизмом прекращения кровотечения в течение первого часа послеродового периода
- 3) [-]стимулируется при кормлении грудью
- 4) [-]в норме сопровождается тромбофлебитом вен таза
- 5) [-]не оказывает влияния на ее инволюцию

41. Продолжительность послеродового периода составляет

- 1) [-]5-7 дней
- 2) [-]10-14 дней
- 3) [-]3-4 недели
- 4) [+]6-8 недель
- 5) [-]2-3 недели

42. В наблюдательное послеродовое отделение подлежат переводу

- 1) [-]родильницы после оперативного родоразрешения

2) [+]инфицированные родильницы

3) [-]родильницы, имеющие швы на промежности

4) [-]родильницы группы повышенного риска гнойно-септических осложнений

5) [-]родильницы после патологических родов

43. Родильнице после выписки из акушерского стационара назначается явка в женскую консультацию

1) [-]через 4 недели

2) [-]через 6-8 недель

3) [-]через 2-3 недели

4) [+]через 10-12 дней

5) [-]через 2-3 дня

44. Длительность послеродового отпуска у женщин с неосложненным течением родов и послеродового периода составляет

1) [-]76 дней

2) [-]36 дней

3) [-]50 дней

4) [+]56 дней

5) [-]70 дней

45. Длительность послеродового отпуска у женщин с осложненным течением родов составляет

1) [-]76 дней

2) [+]70 дней

- 3) [-]56 дней
- 4) [-]50 дней
- 5) [-]36 дней

Кровотечения во время беременности

1. К наиболее частым причинам кровотечения в первом триместре беременности относится

- 1) [-]варикозное расширение вен влагалища
 - 2) [-]предлежание плаценты
 - 3) [+]угрожающий и начавшийся выкидыш
 - 4) [-]разрыв матки
 - 5) [+]прервавшаяся внематочная беременность
-

2. К наиболее частым причинам кровотечения в конце беременности относится

- 1) [-]начавшийся выкидыш
 - 2) [-]разрыв матки
 - 3) [+]предлежание плаценты
 - 4) [-]пузырный занос
 - 5) [+]преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
-

3. К основным причинам возникновения аномалий расположения плаценты относятся

- 1) [-]поздний токсикоз беременных, заболевания почек, гипертоническая болезнь
- 2) [+]патологические изменения в слизистой оболочке матки
- 3) [-]неправильные положения и тазовое предлежание плода
- 4) [-]повышенная ферментативная активность трофобласта
- 5) [+]деформации полости матки при аномалиях ее развития

или при миоме матки

4. Нормальным считается расположение плаценты

- 1) [+] выше области внутреннего зева на 7 см и более
 - 2) [+] по передней стенке матки
 - 3) [-] выше области внутреннего зева на 3 см
 - 4) [+] по задней стенке матки
 - 5) [-] в области нижнего сегмента матки
-

5. Низким называется расположение плаценты, при котором

- 1) [+] расстояние между ее нижним краем и внутренним зевом менее 7 см
 - 2) [-] край ее доходит до внутреннего зева
 - 3) [-] нижний край ее находится ниже предлежащей части плода
 - 4) [-] происходит ее отслойка во втором периоде родов
 - 5) [-] расстояние от края плаценты до места разрыва плодного пузыря 10 см
-

6. Основной при предлежании плаценты является жалоба

- 1) [-] на сильные распирающие боли в животе
 - 2) [-] на схваткообразные боли в низу живота
 - 3) [+] на наружное кровотечение
 - 4) [-] на боли в эпигастральной области
 - 5) [-] на слабые шевеления плода
-

7. К основным клиническим признакам низкого

расположения плаценты относится

- 1) [-]боль в низу живота
 - 2) [-]кровотечение во втором или третьем триместрах беременности
 - 3) [+]наружное кровотечение в родах
 - 4) [-]гипотрофия плода
 - 5) [-]неправильное положение плода
-

8. Кровотечение при полном предлежании плаценты

- 1) [-]является проявлением комбинированного наружно-внутреннего кровотечения
 - 2) [+]обычно возникает в 28-32 недели беременности
 - 3) [+]возникает раньше, чем при неполном предлежании плаценты
 - 4) [-]обычно появляется с началом родов
 - 5) [-]сопровождается сильными болями в низу живота
-

9. При наружном акушерском исследовании у беременной с предлежанием плаценты обычно выявляется

- 1) [-]матка в гипертонусе
 - 2) [-]болезненность при пальпации нижнего сегмента матки
 - 3) [+]матка в нормальном тоне
 - 4) [+]неправильное положение плода, высокое расположение предлежащей части плода
 - 5) [-]измененный контур матки
-

10. Предлежание плаценты нередко сочетается

- 1) [-]с многоводием
 - 2) [-]с аномалиями развития плода
 - 3) [+]с аномалией прикрепления плаценты
 - 4) [-]с перерастяжением нижнего сегмента матки
 - 5) [+]с гипотрофией плода
-

11. При предлежании плаценты беременность часто осложняется

- 1) [-]ранним токсикозом
 - 2) [-]поздним токсикозом
 - 3) [+]угрозой прерывания
 - 4) [+]развитием гипоксия плода
 - 5) [-]пороками развития плода
-

12. Главным условием для выполнения влагалищного исследования у беременных и рожениц с подозрением на предлежание плаценты является

- 1) [-]предварительный осмотр шейки матки в зеркалах
 - 2) [-]соблюдение правил асептики
 - 3) [-]адекватное обезболивание
 - 4) [-]мониторный контроль за состоянием плода
 - 5) [+]проведение его в условиях развернутой операционной
-

13. Полное предлежание плаценты является

- 1) [-]показанием для операции кесарева сечения только при сочетании с другими относительными показаниями
- 2) [-]показанием для операции кесарева сечения только при неподготовленных родовых путях

3) [-]показанием для операции кесарева сечения только при наличии кровотечения

4) [-]показанием для операции кесарева сечения только при живом плоде

5) [+]абсолютным показанием для операции кесарева сечения

14. При обнаружении матки Кувелера следует

1) [-]произвести перевязку сосудов матки по методу Цицишвили

2) [+]произвести надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки

3) [-]ввести сокращающие матку средства

4) [-]произвести выскабливание стенок полости матки кюреткой

5) [-]при массивном кровотечении произвести удаление матки, при отсутствии кровотечения применить утеротонические и гемостатические средства

15. Кесарево сечение при полном предлежании плаценты производится

1) [-]только при живом плоде

2) [-]только в нижнем сегменте матки

3) [-]только по жизненным показаниям

4) [-]только при кровотечении

5) [+]в плановом порядке

16. Преждевременной называют отслойку нормально расположенной плаценты

1) [+]в первом периоде родов

- 2) [+]во время беременности
 - 3) [+]во втором периоде родов
 - 4) [+]в подготовительном периоде
 - 5) [-]в третьем периоде родов
-

17. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

- 1) [+]может развиваться в результате травмы живота
 - 2) [+]возникает чаще всего в результате изменения сосудов при позднем токсикозе беременных, гипертонической болезни и заболеваниях почек
 - 3) [-]приводит к гипотрофии плода
 - 4) [+]может возникнуть во II периоде родов при не вскрытом плодном пузыре
 - 5) [-]чаще встречается при маловодии, чем при многоводии
-

18. Причиной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты может быть

- 1) [+]короткая пуповина
 - 2) [+]запоздалое вскрытие плодного пузыря
 - 3) [-]преждевременное излитие вод
 - 4) [+]быстрое излитие вод при многоводии
 - 5) [-]патологический подготовительный период
-

19. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты может проявляться

- 1) [+]сильными болями распирающего характера в животе
- 2) [-]профузным наружным кровотечением

3) [+]гипертонусом матки

4) [+]гипоксией или внутриутробной гибелью плода

5) [-]схваткообразными болями в низу живота

20. При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты беременные предъявляют жалобы

1) [+]на локальные боли распирающего характера

2) [-]на схваткообразные боли в низу живота

3) [-]на обильное кровотечение из влагалища

4) [+]на слабость, головокружение

5) [+]на бурные шевеления плода

21. Одним из характерных симптомов, определяемых при влагалищном исследовании рожениц с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, является

1) [+]напряженный плодный пузырь

2) [-]высокое стояние предлежащей части

3) [-]выраженная родовая опухоль на головке плода

4) [-]отек краев маточного зева

5) [-]шероховатость оболочек

22. При наружном акушерском исследовании у больных с центральной преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты можно обнаружить

1) [+]изменение контуров матки

2) [-]матку овоидной формы, обычной консистенции

- 3) [+]гипертонус матки
 - 4) [+]локальную болезненность матки
 - 5) [-]гипотонус матки
-

23. Прогрессирующая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты во время беременности является показанием

- 1) [+]для кесарева сечения
 - 2) [-]для родовозбуждения
 - 3) [-]для родоразрешения через естественные родовые пути
 - 4) [-]для надвлагалищной ампутации матки
 - 5) [-]для перевязки сосудов матки по методу Цицишвили
-

24. К основным причинам ДВС-синдрома при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты относится

- 1) [+]утилизация фибрина в ретроплацентарной гематоме и поступление в общий кровоток крови со сниженным содержанием фибриногена
 - 2) [+]попадание в кровь тромбопластических веществ
 - 3) [+]нарушение гемостаза при позднем токсикозе беременных
 - 4) [-]выделение в кровь фибринолитических веществ
 - 5) [-]дефицит VIII фактора свертывающей системы крови
-

25. Тактика ведения беременных с прогрессирующей преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и антенатальной гибелью плода состоит

- 1) [-]в проведении родовозбуждения
 - 2) [+]в экстренной операции кесарева сечения
 - 3) [-]в назначении гемостатической терапии, при значительном наружном кровотечении - кесарево сечение
 - 4) [-]в ведении родов через естественные родовые пути
 - 5) [-]в плодоразрушающей операции
-

26. У роженицы диагностировано: - преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты; - раскрытие маточного зева полное; - головка плода в полости малого таза; - сердцебиение плода - 110 ударов в минуту. Следует предпринять

- 1) [-]экстренную операцию кесарева сечения
 - 2) [-]экстренную плодоразрушающую операцию
 - 3) [-]экстренную операцию вакуум-экстракции плода
 - 4) [+]экстренную операцию наложения акушерских щипцов
 - 5) [-]укорочение II периода перинеотомией
-

27. В акушерский стационар поступила роженица - с неполным предлежанием плаценты; - раскрытие маточного зева 4 см; - кровопотеря при продолжающемся кровотечении достигла 250 мл; - плод живой; - воды излились два часа назад. Показано

- 1) [-]начать гемостатическую терапию, при ее неэффективности - кесарево сечение
- 2) [-]начать родостимулирующую терапию
- 3) [-]закончить роды операцией вакуум-экстракции плода

4) [-]применить операцию наложения акушерских щипцов

5) [+]срочное родоразрешение операцией кесарева сечения

28. В акушерский стационар поступила роженица с диагнозом: - роды I срочные; - второй период родов; - преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты; - интранатальная гибель плода. Следует предпринять

1) [-]родоразрешение операцией кесарева сечения

2) [+]плодоразрушающую операцию

3) [-]назначение родостимулирующей терапии

4) [-]родоразрешение операцией вакуум-экстракции плода

5) [-]родоразрешение операцией наложения акушерских щипцов

29. В акушерский стационар поступила беременная с диагнозом: - беременность 33 недели; - преэклампсия; - преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты; - антенатальная гибель плода. Следует предпринять

1) [+]экстренное кесарево сечение

2) [-]плодоразрушающую операцию

3) [-]кесарево сечение с последующей надвлагалищной ампутацией матки

4) [-]родовозбуждение

5) [-]вакуум-экстракцию плода

30. Во время операции кесарева сечения по

поводу полного предлежания плаценты обнаружено приращение плаценты. Следует предпринять

- 1) [-]ручное отделение плаценты
 - 2) [-]внутривенно ввести сокращающие матку средства
 - 3) [+]расширить объем операции до надвлагалищной ампутации или экстирпации матки
 - 4) [-]выскабливание полости матки
 - 5) [-]подождать отделения плаценты в течение 30 минут
-

31. В родильное отделение поступила беременная с жалобами на обильное кровотечение. Установлен диагноз: - беременность 34 недели; - полное предлежание плаценты; - антенатальная гибель плода. Следует предпринять

- 1) [-]начать подготовку мягких родовых путей для последующего родовозбуждения
 - 2) [+]экстренное кесарево сечение
 - 3) [-]плодоразрушающую операцию
 - 4) [-]провести гемостатическую терапию
 - 5) [-]начать родовозбуждение
-

32. В родильное отделение поступила роженица, у которой - диагностировано неполное предлежание плаценты; - раскрытие маточного зева 4 см; - плодный пузырь цел; - головка плода прижата ко входу в малый таз; - выделения кровянистые, скудные. Следует предпринять

- 1) **[+]раннюю амниотомию**
- 2) [-]поворот плода на ножку
- 3) [-]экстренное кесарево сечение
- 4) **[+]мониторное наблюдение за состоянием плода**
- 5) [-]вакуум-экстракцию плода

Кровотечения в III и раннем послеродовом периодах

1. Плотным прикреплением плаценты (Placenta Adhaerens) называют

- 1) [-]неглубокое врастание ворсин хориона в миометрий
 - 2) [-]непрочное сращение ворсин хориона с децидуальной тканью
 - 3) [+]проращение ворсин хориона в базальный слой эндометрия
 - 4) [-]проращение ворсин хориона до серозной оболочки
 - 5) [-]глубокое врастание ворсин хориона в миометрий
-

2. Плотное прикрепление плаценты (Placenta Adhaerens)

- 1) [-]чаще встречается при перенесенной беременности и позднем токсикозе беременных
 - 2) [+]возникает как следствие структурно-морфологических изменений эндометрия
 - 3) [-]характеризуется частичным врастанием ворсин хориона в миометрий
 - 4) [+]характеризуется плотным соединением ворсин хориона с отпадающей оболочкой
 - 5) [-]является показанием для надвлагалищной ампутации или экстирпации матки
-

3. Приращение плаценты

- 1) [-]часто встречается при позднем токсикозе беременных
- 2) [+]бывает полным или частичным

3) [-]является показанием для ручного отделения плаценты и выделения последа

4) [+]возникает при структурно-морфологических изменениях эндометрия

5) [+]является показанием для надвлагалищной ампутации или экстирпации матки

4. К истинному приращению плаценты относят

1) [-]плотное соединение ворсин хориона с отпадающей оболочкой

2) [+]врастание ворсин хориона в миометрий

3) [+]прорастание ворсин хориона до серозной оболочки

4) [-]развитие ворсин хориона в спонгиозном слое децидуальной оболочки

5) [+]прорастание ворсин хориона базального слоя отпадающей оболочки до миометрия

5. При наличии тотального истинного приращения плаценты

1) [+]самостоятельное ее отделение невозможно

2) [+]имеется врастание ворсин хориона в миометрий

3) [+]кровотечение обычно отсутствует

4) [-]всегда бывает кровотечение в третьем периоде родов

5) [+]необходима ампутация или экстирпация матки

6. К основным причинам плотного прикрепления и приращения плаценты относят

1) [-]переношенную беременность

2) [-]поздний токсикоз беременных

3) [+]структурно-морфологические изменения эндометрия

4) [-]гипертоническую болезнь, заболевания почек

5) [+]повышенную протеолитическую активность хориона

7. Дифференциальная диагностика плотного прикрепления и приращения плаценты

1) [-]не имеет практического значения

2) [+]проводится во время операции ручного отделения плаценты

3) [-]проводится приемом Креде-Лазаревича

4) [-]основана на различиях в объеме кровопотери

5) [-]основана на определении признаков отделения плаценты

8. Показанием для надвлагалищной ампутации матки является

1) [-]плотное прикрепление плаценты

2) [+]продолжающееся послеродовое кровотечение при кровопотере, достигшей 1.5 литра

3) [+]частичное приращение плаценты

4) [-]предлежание плаценты

5) [+]атоническое кровотечение

9. Послеродовый гемостаз

1) [+]обеспечивается ретракцией миометрия

2) [+]достигается тромбообразованием в сосудах плацентарной площадки

3) [+]связан с сократительной активностью матки

4) [+]зависит от продолжительности родов

5) [+]нарушается при позднем токсикозе

10. Маточные артерии

- 1) [+]проходят вдоль боковых стенок матки
 - 2) [-]подходят к матке в составе круглой маточной связки
 - 3) [+]отходят от внутренней подвздошной артерии
 - 4) [-]отходят от аорты
 - 5) [-]отходят от почечной артерии
-

11. К основным причинам нарушений в свертывающей системе крови во время беременности и родов относится

- 1) [+]кровотечение при предлежании плаценты
 - 2) [+]поздний токсикоз беременных
 - 3) [+]преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
 - 4) [+]разрыв матки
 - 5) [+]длительное нахождение в матке мертвого плода
-

12. Шоковый индекс

- 1) [+]является информативным показателем гиповолемии
 - 2) [+]представляет отношение частоты пульса к величине систолического артериального давления
 - 3) [-]представляет отношение частоты пульса к величине среднего артериального давления
 - 4) [+]при снижении ОЦК на 20-30% он увеличивается до 1.0
 - 5) [-]в норме равен 1.0
-

13. Профилактика гипотонического кровотечения в третьем периоде родов и раннем послеродовом периоде проводится введением

- 1) [-]1.0 мл метилэргометрина внутримышечно во время последней потуги
 - 2) [-]1.0 мл маммофизина внутривенно в конце второго периода родов
 - 3) [-]1.0 мл маммофизина внутримышечно в конце второго периода родов
 - 4) [-]1.0 мл окситоцина внутримышечно во время последней потуги
 - 5) [+]1.0 мл метилэргометрина внутривенно во время последней потуги
-

14. К основным причинам кровотечения в третьем периоде родов относятся

- 1) [+]патология прикрепления плаценты
 - 2) [-]патология расположения плаценты
 - 3) [-]преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
 - 4) [+]травма мягких родовых путей
 - 5) [+]снижение сократительной активности матки
-

15. Причиной кровотечения в раннем послеродовом периоде может быть

- 1) [+]травма мягких родовых путей
 - 2) [+]гипотоническое и атоническое состояние миометрия
 - 3) [-]преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
 - 4) [-]предлежание плаценты
 - 5) [+]врожденные и приобретенные коагулопатии
-

16. Гипотоническое кровотечение в раннем

послеродовом периоде следует дифференцировать

- 1) [+]с разрывом матки
 - 2) [+]с кровотечением из разрывов мягких родовых путей
 - 3) [+]с кровотечением, связанным с задержкой доли плаценты
 - 4) [-]с кровотечением, обусловленным аномалией расположения плаценты
 - 5) [+]с коагулопатиями
-

17. При кровотечении в раннем послеродовом периоде необходимо

- 1) [+]опорожнить мочевой пузырь
 - 2) [+]начать восполнение объема потерянной крови
 - 3) [+]произвести ручное обследование полости матки и ее наружно-внутренний массаж
 - 4) [+]ввести средства тономоторного действия
 - 5) [+]при выявлении атонии незамедлительно приступить к чревосечению
-

18. Лечение гипотонических кровотечений

- 1) [+]заключается в восстановлении функциональной способности миометрия
 - 2) [-]начинается с наружно-внутреннего массажа матки
 - 3) [+]включает инфузионно-трансфузионную терапию
 - 4) [-]может включать повторный массаж матки на кулаке
 - 5) [+]может включать удаление матки при кровопотере 1.5 литра
-

19. Борьба с гипотоническим кровотечением

начинается

- 1) [-]с ручного обследования полости матки и массажа матки на кулаке
 - 2) [+]с применения утеротонических средств
 - 3) [+]с наружного массажа матки
 - 4) [-]наложения шва по Лосицкой
 - 5) [-]с гемотрансфузии
-

20. При кровопотере 500 мл

- 1) [+]гемотрансфузия обычно не проводится
 - 2) [-]показана гемотрансфузия в объеме 300 мл
 - 3) [-]показана гемотрансфузия в объеме 500 мл
 - 4) [+]показанием к гемотрансфузии может быть изменение гемодинамических показателей
 - 5) [+]переливаются кровезамещающие растворы
-

21. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови

- 1) [+]встречается при эмболии околоплодными водами
- 2) [+]встречается при тяжелых формах позднего токсикоза
- 3) [+]в первой стадии проявляется гиперкоагуляцией, связанной с появлением большого количества тромбопластина
- 4) [-]в первой стадии проявляется коагулопатией потребления, связанной с уменьшением содержания прокагулянтов
- 5) [-]в первой стадии проявляется гипокоагуляцией с генерализованной активацией фибринолиза
- 6) [+]требует удаления матки при кровопотере 1.5 литра

22. В течении синдрома ДВС выделяют

- 1) [+]стадию гиперкоагуляции
- 2) [+]стадию гипокоагуляции без генерализованной активации фибринолиза
- 3) [+]стадию гипокоагуляции с генерализованной активацией фибринолиза
- 4) [+]стадию полного несвертывания крови
- 5) [+]острую и хроническую формы

23. При лечении синдрома ДВС применение гепарина противопоказано

- 1) [-]в I стадии
- 2) [-]во II стадии
- 3) [-]в III стадии
- 4) [+]в IV стадии
- 5) [-]во всех стадиях

24. На начальном этапе терапии геморрагического шока необходимо применять

- 1) [-]сердечные гликозиды
- 2) [-]адреналин
- 3) [+]реополиглюкин
- 4) [-]4-5% раствор бикарбоната натрия
- 5) [-]значительные дозы глюкокортикоидов

25. Длительное нахождение в матке мертвого плода

- 1) [-]может быть причиной гипотонического кровотечения
- 2) [-]вызывает аномалии прикрепления плаценты

3) [-]вызывает интоксикацию матери

4) [+]обуславливает поступление в кровотоки матери тканевых тромбопластических субстанций

5) [+]может быть причиной коагулопатического кровотечения

26. Наружно-внутренний массаж матки (массаж матки на кулаке)

1) [+]применяется при гипотоническом кровотечении

2) [-]применяется при разрыве матки

3) [+]относится к рефлекторным методам восстановления сократительной способности матки

4) [-]применяется при аномалиях прикрепления плаценты

5) [-]способствует отделению плаценты

27. Шов по В.А.Лосицкой

1) [-]применяется при разрывах шейки матки

2) [+]применяется при гипотоническом кровотечении

3) [+]применяется для рефлекторного сокращения матки

4) [+]накладывается на заднюю губу шейки матки

5) [-]накладывается на переднюю губу шейки матки

28. Прием Креде-Лазаревича

1) [-]применяется при плотном прикреплении плаценты

2) [+]выполняется после легкого наружного массажа матки

3) [-]применяется через 30 минут после рождения ребенка

4) [+]применяется для выделения последа при наличии признаков отделения плаценты

5) [-]позволяет определить момент отделения плаценты от стенки матки

29. Прием Абуладзе

- 1) [-]применяется при плотном прикреплении плаценты
 - 2) [-]выполняется после наружного массажа матки
 - 3) [-]применяется при гипотоническом кровотечении
 - 4) [+]применяется для выделения последа при наличии признаков отделения плаценты
 - 5) [-]позволяет определить момент отделения плаценты
-

30. Объем переливаемой жидкости должен превышать объем кровопотери

- 1) [+]в 1.5 раза при кровопотере 1 л
 - 2) [-]в 3 раза при кровопотере 1 л
 - 3) [+]в 2 раза при кровопотере 1.5 л
 - 4) [-]в 2 раза при кровопотере 2 л
 - 5) [+]в 2.5 раза при кровопотере больше 1.5 л
-

31. Введение тампона, смоченного эфиром, в задний свод влагалища

- 1) [+]применяется при гипотоническом кровотечении в раннем послеродовом периоде
 - 2) [-]применяется при кровотечении из разрывов мягких родовых путей
 - 3) [+]используется после ручного обследования полости матки
 - 4) [-]заменяет наружно-внутренний массаж матки
 - 5) [-]используется при кровопотере более 1.5 л
-

32. Ручное обследование полости матки показано

- 1) [+]при кровотечении и отсутствии признаков отделения плаценты
- 2) [+]через 30 минут после рождения ребенка при отсутствии признаков отделения плаценты
- 3) [-]через 1 час после рождения ребенка при отсутствии признаков отделения плаценты и кровотечения
- 4) [+]при задержке доли плаценты
- 5) [+]при подозрении на задержку доли плаценты

Акушерский травматизм

1. Механическая теория разрыва матки была предложена в 1875 году

- 1) [+]Л.Бандлем
 - 2) [-]Л.Д.Вербовым
 - 3) [-]А.Л.Красовским
 - 4) [-]И.П.Лазаревичем
 - 5) [-]Н.Н.Феноменовым
-

2. Гистопатическая теория разрыва матки была выдвинута в 1911 году

- 1) [-]Л.Бандлем
 - 2) [+]Л.Д.Вербовым
 - 3) [-]А.Л.Красовским
 - 4) [-]И.П.Лазаревичем
 - 5) [-]Д.О.Оттом
-

3. В современном акушерстве разрывы матки

- 1) [-]чаще развиваются по механизму, описанному Л.Бандлем
- 2) [-]почти в 90% случаев происходят в связи с несостоятельностью старого рубца
- 3) [+]более чем в 1/3 случаев развиваются на фоне слабости родовой деятельности
- 4) [+]встречаются при применении утеротонических средств
- 5) [-]стоят на первом месте среди причин материнской смертности

4. Беременные, имеющие рубцы на матке, должны быть госпитализированы

- 1) [-]при первой явке
 - 2) [-]в 26-28 недель
 - 3) [-]в 32-34 недели
 - 4) [+]не менее, чем за две недели до родов
 - 5) [-]при появлении "предвестников" родов
-

5. Разрыв матки

- 1) [+]считается полным, если повреждены все слои матки
 - 2) [+]в области нижнего сегмента чаще баваает неполным
 - 3) [+]может произойти на фоне длительной слабости родовой деятельности
 - 4) [-]по старому рубцу протекает бессимптомно
 - 5) [-]в настоящее время чаще имеет симптомокомплекс, описанный Л.Бандлем
-

6. Разрыв матки по старому рубцу

- 1) [+]в настоящее время встречается чаще, чем "бандлевский разрыв"
 - 2) [-]имеет меньшую вероятность при беременности, наступившей в течение 1-го года после оперативного вмешательства на матке
 - 3) [-]чаще происходит в конце первого периода родов
 - 4) [+]может быть диагностирован с помощью ультразвукового исследования
 - 5) [+]может проявляться неэффективностью родовой деятельности
-

7. Для диагностики угрожающего разрыва

матки по старому рубцу необходимо учитывать данные

- 1) [+]анамнеза
 - 2) [+]ультразвукового исследования
 - 3) [-]рентгеновского исследования
 - 4) [+]пальпации рубца на передней брюшной стенке
 - 5) [+]ФКГ плода
-

8. Типичным для угрожающего Бандлевского разрыва матки является

- 1) [+]повышенный тонус матки
 - 2) [-]пониженный тонус матки
 - 3) [+]примесь крови в моче
 - 4) [+]беспокойное поведение роженицы
 - 5) [+]наличие выраженной родовой опухоли на головке плода
-

9. В симптомокомплекс угрожающего гистопатического разрыва матки входит

- 1) [-]бурная родовая деятельность
 - 2) [+]несоответствие беспокойного поведения роженицы силе сокращений матки
 - 3) [-]появление потуг при высокостоящей головке
 - 4) [+]появление признаков гипоксии плода
 - 5) [+]неэффективная родовая деятельность
-

10. В симптомокомплекс угрожающего разрыва матки при клиническом узком тазе входит

- 1) [+]болезненность схваток

- 2) [-]внезапное прекращение схваток
 - 3) [+]отек передней губы шейки матки
 - 4) [+]затрудненное мочеиспускание
 - 5) [+]расположение контрационного кольца на уровне пупка
-

11. Неполные разрывы матки чаще наблюдаются

- 1) [+]в области нижнего сегмента матки
 - 2) [+]в области боковой стенки тела матки
 - 3) [-]в области передней стенки тела матки
 - 4) [-]в области задней стенки тела матки
 - 5) [-]в области дна матки
-

12. Насильственный разрыв матки

- 1) [-]часто возникает при ведении родов по методу Цовьянова
 - 2) [+]может осложнять наружно-внутренний поворот плода на ножку
 - 3) [-]имеет наибольшую частоту в современном акушерстве
 - 4) [-]чаще встречается во время беременности
 - 5) [-]нередко осложняет оперецию наложения выходных акушерских щипцов
-

13. Развитие разрыва матки по старому рубцу

- 1) [-]сопровождается ярко выраженным болевым синдромом
- 2) [+]нередко диагностируется после родов
- 3) [+]прежде всего проявляется нарушением состояния плода
- 4) [-]может протекать совершенно бессимптомно

5) [+] может протекать без обильного кровотечения

14. Совершившийся полный разрыв матки характеризуется

- 1) [+] развитием вялости, заторможенности у роженицы
 - 2) [-] затруднением прощупывания частей плода
 - 3) [+] развитием вздутия живота
 - 4) [+] гибелью плода
 - 5) [-] бурной сократительной деятельностью матки
-

15. Объем хирургического вмешательства при разрыве матки

- 1) [-] заключается в обязательном удалении матки
 - 2) [-] не зависит от локализации разрыва
 - 3) [+] может быть ограничен ушиванием разрыва
 - 4) [+] может включать стерилизацию
 - 5) [+] может зависеть от состояния пациентки
-

16. При зашивании разрывов шейки матки

- 1) [-] используются узловатые шелковые швы
 - 2) [+] первый шов накладывается выше верхнего угла раны
 - 3) [-] используется местная инфильтрационная анестезия 0.5% раствором новокаина
 - 4) [-] можно обойтись без использования влагалищных зеркал
 - 5) [+] обычно используют специальные щипцы
-

17. Разрыв промежности

- 1) [-] обычно наступает внезапно
- 2) [-] невозможно прогнозировать

- 3) [+]чаще начинается с задней спайки
 - 4) [+]чаще встречается у первородящих
 - 5) [+]может иметь серьезные последствия для здоровья женщины
-

18. Разрывы промежности встречаются

- 1) [-]чаще III степени
 - 2) [-]в среднем у 20-30% рожениц
 - 3) [+]чаще при высокой промежности
 - 4) [+]чаще у рожениц старше 30 лет
 - 5) [+]чаще при запоздалых родах
-

19. Разрывы промежности могут быть причиной

- 1) [+]обильного кровотечения
 - 2) [+]послеродового сепсиса
 - 3) [+]опущения и выпадения стенок влагалища и матки
 - 4) [-]неправильного положения плода при последующих беременностях
 - 5) [-]невынашивания
-

20. Разрывы промежности первой степени

- 1) [-]не требуют зашивания
- 2) [+]должны быть зашиты отдельными кегутовыми и шелковыми швами
- 3) [-]являются основанием для предоставления 70-дневного послеродового отпуска
- 4) [-]являются показанием для задержки выписки из стационара
- 5) [-]не превышают 2 см по длине

21. При разрыве промежности второй степени

- 1) [-]наложение швов обычно производят под внутривенным наркозом
 - 2) [-]родильнице предоставляют 70-дневный послеродовой отпуск
 - 3) [+]проводят специальный комплекс мероприятий по профилактике гнойно-септических осложнений
 - 4) [-]обычно повреждается наружный сфинктер прямой кишки
 - 5) [-]зашивание раны начинают с наложения швов на кожу промежности
-

22. К разрыву промежности второй степени относятся повреждения, распространяющиеся

- 1) [-]только на заднюю спайку больших половых губ
 - 2) [+]на слизистую влагалища, мышцы и кожу промежности
 - 3) [-]на слизистую прямой кишки
 - 4) [-]на наружный сфинктер прямой кишки
 - 5) [-]в длину более чем на 3 см
-

23. К разрыву промежности третьей степени относятся разрывы, распространяющиеся

- 1) [-]по длине более чем на 3 см
 - 2) [-]на слизистую влагалища, на кожу и мышцы промежности
 - 3) [+]на слизистую прямой кишки
 - 4) [+]на наружный сфинктер прямой кишки
 - 5) [-]глубоко в паракольтый
-

24. Разрыв промежности третьей степени

- 1) [-]обычно зашивается под местной анестезией
 - 2) [+]начинают зашивать с наложения швов на слизистую оболочку прямой кишки
 - 3) [+]является основанием для предоставления 70-дневного послеродового отпуска
 - 4) [+]требует назначения антибиотиков в послеродовом периоде
 - 5) [+]требует назначения особой диеты в послеродовом периоде
-

25. Послеоперационный уход при разрывах промежности третьей степени включает

- 1) [+]назначение особой диеты
 - 2) [-]наложение стерильной наклейки на швы
 - 3) [-]влажную обработку швов каждые 4 часа
 - 4) [+]КУФ на область швов
 - 5) [-]постельный режим в течение 12 дней
-

26. Разрывы шейки матки встречаются

- 1) [+]чаще у первородящих женщин
 - 2) [-]чаще у повторнородящих
 - 3) [-]более чем у половины рожениц
 - 4) [-]только в результате родов крупным плодом
 - 5) [-]очень редко при слабости родовой деятельности
-

27. Разрывы шейки матки чаще возникают

- 1) [+]при стремительных родах
- 2) [+]при дистоции шейки матки
- 3) [-]у первородящих 20-24 лет

4) [-]в родах при переднем виде затылочного вставления

5) [-]при узком тазе

28. Разрывы шейки матки могут быть причиной

1) [-]выпадения матки

2) [+]послеродового сепсиса

3) [+]невынашивания

4) [+]возникновения фоновых процессов для рака шейки матки

5) [-]неправильного положения плода при последующих беременностях

29. Разрывы шейки матки первой степени

1) [+]по длине не превышают 2 см

2) [-]по длине не превышают 4 см

3) [-]не требуют зашивания

4) [-]включают только односторонние повреждения

5) [-]являются показанием к назначению антибиотиков в послеродовом периоде

30. Разрывы шейки матки третьей степени

1) [-]диагностируются путем измерения длины повреждения в см

2) [+]могут быть причиной ДВС-синдрома

3) [+]могут сопровождаться образованием параметральных гематом

4) [+]зашиваются под общим обезболиванием

5) [-]зашиваются отдельными шелковыми швами

31. Разрывы влагалища

- 1) [+]чаще возникают при стремительном течении родов
- 2) [+]чаще возникают при крупном плоде
- 3) [-]чаще возникают в верхней трети влагалища
- 4) [+]могут быть причиной обильных кровотечений
- 5) [-]зашивают шелковыми швами

Акушерские операции

1. В акушерской практике

- 1) [-]наблюдается расширение показаний к вакуум-экстракции плода
- 2) [-]чаще используется классическое кесарево сечение
- 3) [-]широко применяется наружный поворот плода в родах
- 4) [+]амниоцентез используется для диагностики состояний плода
- 5) [+]амниоскопия используется для диагностики переносенной беременности, гипоксии плода, RH-конфликта

2. Наиболее часто в акушерской практике применяется

- 1) [-]корпоральное кесарево сечение
- 2) [+]кесарево сечение в нижнем сегменте матки
- 3) [-]влагалищное кесарево сечение
- 4) [-]экстраперитонеальное кесарево сечение
- 5) [-]малое кесарево сечение

3. К родоразрешающим операциям относится

- 1) [+]кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум-экстракция
- 2) [+]перинеотомия
- 3) [-]наружно-внутренний поворот плода на ножку
- 4) [-]краниотомия
- 5) [-]амниотомия

4. Совершенствование техники кесарева

сечения связано с именем

- 1) [+]В.И.Ельцова-Стрелкова
 - 2) [+]Л.А.Гусакова
 - 3) [-]И.Земмельвейса
 - 4) [-]И.Ф.Эразмуса
 - 5) [-]П.Чемберлена
-

5. Показанием к операции кесарева сечения является

- 1) [+]полное предлежание плаценты
 - 2) [-]тазовое предлежание плода
 - 3) [+]сужение таза третьей-четвертой степени
 - 4) [+]внутриутробная гипоксия плода
 - 5) [+]угрожающий разрыв матки
-

6. Кесарево сечение

- 1) [+]позволяет снизить перинатальную смертность
 - 2) [-]повышает риск материнской смертности от 4 до 10 раз
 - 3) [-]предпочтительнее выполнять по экстренным показаниям
 - 4) [+]повышает риск гнойно-септических осложнений в 2 раза
 - 5) [+]всегда сопровождается кровопотерей более 400 мл
-

7. Кесарево сечение

- 1) [+]может быть выполнено во втором триместре беременности
- 2) [+]может быть выполнено влагалищным доступом
- 3) [+]может выполняться экстраперитонеальным доступом

4) [-]выполняется только при сроках беременности от 37 до 42 недель

5) [+]является одной из самых частых родоразрешающих операций современного акушерства

8. Кесарево сечение

1) [-]по абсолютным показаниям выполняется в интересах жизни и здоровья плода

2) [-]в Санкт-Петербурге производится в 15% всех родов

3) [+]по относительным показаниям часто выполняется у первородящих женщин старше 30 лет

4) [-]в анамнезе является абсолютным показанием для повторного кесарева сечения

5) [-]в анамнезе является абсолютным показанием к стерилизации

9. Относительным показанием для кесарева сечения является

1) [+]внутриутробная гипоксия плода

2) [+]слабость родовой деятельности

3) [-]прогрессирующая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты во время беременности

4) [-]угрожающий разрыв матки

5) [-]гипотрофия плода

10. Противопоказанием к операции кесарева сечения при относительных показаниях может быть

1) [+]безводный период более 12 часов

2) [+]мертвый плод

- 3) [+]хронический пиелонефрит
 - 4) [+]уродства плода
 - 5) [-]длительный подготовительный период
-

11. Кровопотеря при операции кесарева сечения

- 1) [-]обычно не превышает 500 мл
 - 2) [+]зависит от расположения плаценты
 - 3) [-]может быть уменьшена введением утеротонических средств перед разрезом кожи
 - 4) [+]до 1 литра может быть восполнена переливанием коллоидных и солевых растворов
 - 5) [+]зависит от типа разреза матки
-

12. Профилактика гнойно-септических осложнений после кесарева сечения может проводиться назначением антибиотиков

- 1) [-]за 3-4 часа до начала операции
 - 2) [+]после пересечения пуповины
 - 3) [+]в первые три часа после операции
 - 4) [+]в течение 5 дней послеоперационного периода
 - 5) [-]группы стрептомицина
-

13. Летальность после кесарева сечения

- 1) [+]в Санкт-Петербурге не превышает 0.5%
- 2) [-]может быть снижена за счет увеличения доли экстренных операций
- 3) [+]в первую очередь связана с кровотечением
- 4) [+]зависит от типа разреза на матки

5) [+]выше в группе беременных с поздним токсикозом

14. В настоящее время в основном используются акушерские щипцы

- 1) [-]Чемберлена
 - 2) [-]Лазаревича
 - 3) [-]Негеле
 - 4) [+]Симпсона-Феноменова
 - 5) [-]Киллянда
-

15. Акушерские щипцы

- 1) [+]используются для окончания родов
 - 2) [-]могут быть применены в конце первого периода родов
 - 3) [+]позволяют исключить потуги
 - 4) [-]используются для коррекции вставления головки плода
 - 5) [-]позволяют изменить позицию и вид плода
-

16. Необходимым условием применения акушерских щипцов является наличие

- 1) [+]живого плода
 - 2) [-]целого плодного пузыря
 - 3) [-]головки плода, фиксированной большим сегментом во входе в малый таз
 - 4) [+]полного раскрытия маточного зева
 - 5) [+]нормальных размеров таза
-

17. Показанием к проведению операции наложения акушерских щипцов может являться

- 1) [-]клинически узкий таз
- 2) [+]внутриутробная гипоксия плода

3) [+]вторичная слабость родовой деятельности

4) [+]преэклампсия

5) [-]преждевременные роды

18. Подготовка к операции наложения акушерских щипцов включает

1) [+]влагалищное исследование

2) [+]общее обезболивание

3) [+]разрез промежности

4) [+]опорожнение мочевого пузыря

5) [-]применение утеротонических средств

19. Операция наложения акушерских щипцов

1) [-]может быть проведена при головке, фиксированной большим сегментом во входе в малый таз

2) [-]является показанием к ручному обследованию полости матки

3) [+]повышает риск послеродовых гнойно-септических осложнений

4) [-]всегда сопровождается патологической кровопотерей

5) [+]является основанием для предоставления послеродового отпуска в 70 дней

20. Пробная тракция в операции акушерских щипцов

1) [-]позволяет определить величину необходимой силы влечения

2) [-]проводится для определения места положения головки плода

3) [+]позволяет определить правильность наложения

щипцов

- 4) [+]требуется особого расположения рук оператора
 - 5) [-]не является обязательным моментом
-

21. Показанием к перинеотомии является

- 1) [+]угрожающий разрыв промежности
 - 2) [+]гипоксия плода
 - 3) [+]вторичная слабость родовой деятельности
 - 4) [-]интранатальная гибель плода
 - 5) [-]клинически узкий таз
-

22. Перинеотомия производится

- 1) [-]под местной анестезией
 - 2) [-]при головке находящейся в полости малого таза
 - 3) [+]в родах при тазовом предлежании плода
 - 4) [-]перед краниотомией
 - 5) [+]при угрожающем разрыве промежности
-

23. Показанием к операции декапитации является

- 1) [+]запущенное поперечное положение плода
 - 2) [-]угрожающий разрыв матки при поперечном положении плода
 - 3) [-]интранатальная гибель плода в тазовом предлежании
 - 4) [-]гидроцефалия плода
 - 5) [-]антенатальная гибель плода в головном предлежании
-

24. Условием для производства краниотомии является

- 1) [+]фиксация головки
 - 2) [-]целый плодный пузырь
 - 3) [+]полное раскрытие маточного зева
 - 4) [-]живой плод
 - 5) [+]общее обезболивание
-

25. Набор для производства плодоразрушающих операций должен включать

- 1) [+]влагалищные зеркала, пулевые щипцы
 - 2) [-]щипцы Симпсона-Феноменова
 - 3) [+]крючок Брауна, ножницы Феноменова
 - 4) [+]перфоратор БЛО
 - 5) [+]краниокласт Брауна
-

26. Пудендальная анестезия показана при операции

- 1) [-]краниоклазии
 - 2) [+]перинеорафии
 - 3) [-]краниотомии
 - 4) [-]перинеотомии
 - 5) [-]ручного обследования полости матки
-

27. ДИАГНОЗ: - Беременность 37 недель. - Эклампсия. ПОКАЗАНО срочное родоразрешение путем операции

- 1) [-]акушерских щипцов
- 2) [+]кесарева сечения
- 3) [-]вакуум-экстракции плода
- 4) [-]краниотомии

5) [-]перинеотомии

28. ДИАГНОЗ: - Роды первые, срочные. - Первый период родов. Чистое ягодичное предлежание плода. - Раннее излитие околоплодных вод. - Выпадение пуповины. **ПОКАЗАНО срочное окончание родов с помощью операции**

1) [-]перинеотомии

2) [-]экстракции плода за тазовый конец

3) [+]кесарева сечения

4) [-]акушерских щипцов

5) [-]наружного профилактического поворота плода

29. ДИАГНОЗ: - Роды первые, срочные. - Первородящая 36 лет. - Первый период родов. - Чистое ягодичное предлежание плода. - Слабость родовой деятельности. - Преждевременное излитие околоплодных вод (безводный период 12 часов). Роды необходимо

1) [-]предоставить естественному течению

2) [+]закончить операцией кесарева сечение

3) [-]закончить извлечением плода за тазовый конец

4) [-]вести консервативно с назначением родостимулирующей терапии

5) [-]закончить вакуум-экстракцией плода

30. ДИАГНОЗ: - Роды первые, срочные. - Второй период родов. - Антенатальная гибель плода. - Множественные пороки развития плода. -

Гидроцефалия плода. ПОКАЗАНО окончание родов путем операции

- 1) [-] акушерских щипцов
 - 2) [-] кесарева сечения
 - 3) [-] вакуум-экстракции плода
 - 4) [-] декапитации
 - 5) [+] краниотомии
-

31. ДИАГНОЗ: - Роды первые, срочные. - Второй период родов. - Вторичная слабость родовой деятельности. - Интранатальная гибель плода. ПОКАЗАНО окончание родов путем операции

- 1) [-] перинеотомии
 - 2) [-] кесарева сечения
 - 3) [-] акушерских щипцов
 - 4) [+] краниотомии
 - 5) [+] краниоклазии
-

32. ДИАГНОЗ: - Роды третьи, срочные. - Первый период родов. - Преждевременное излитие околоплодных вод. - Поперечное положение плода. ПОКАЗАНО срочное окончание родов операцией

- 1) [-] наружно-внутреннего поворота плода на ножку
- 2) [-] акушерских щипцов
- 3) [-] вакуум-экстракции плода
- 4) [+] кесарева сечения
- 5) [-] декапетации

33. АКУШЕРСКАЯ СИТУАЦИЯ: У роженицы потуги через 2-3 минуты по 50 секунд. - Головка плода в полости малого таза. - Сердцебиение плода не определяется. **ПОКАЗАНО** окончание родов путем операции

- 1) [-]вакуум-экстракции плода
- 2) [-]акушерских щипцов
- 3) [-]перинеотомии
- 4) [-]кесарева сечения
- 5) [+]**краниотомии**

34. АКУШЕРСКАЯ СИТУАЦИЯ: - Полное раскрытие маточного зева в течение 1 час. - Схватки слабые, короткие, редкие. - Головка плода фиксирована малым сегментом во входе в малый таз. - Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 100 ударов в 1 минуту. **ПОКАЗАНО** срочное окончание родов путем операции

- 1) [-]наложения акушерских щипцов
- 2) [+]**кесарева сечения**
- 3) [-]вакуум-экстракции плода
- 4) [-]перинеотомии
- 5) [-]краниотомии

35. АКУШЕРСКАЯ СИТУАЦИЯ: - Первый период родов. - Поперечное положение доношенного живого плода. - Безводный период 30 минут. - Раскрытие маточного зева полное. **ПОКАЗАНО** срочное окончание родов путем операции

- 1) [-]наружно-внутреннего поворота плода на ножку
 - 2) [-]экстракции плода за тазовый конец
 - 3) [-]эвисцерации
 - 4) [+]кесарева сечения
 - 5) [-]наружного-профилактического поворота плода
-

36. АКУШЕРСКАЯ СИТУАЦИЯ: - Второй период родов. - Головка плода в полости малого таза. - Потуги редкие, короткие, непродуктивные. - Сердцебиение плода ритмичное, 98 ударов в минуту. ПОКАЗАНО окончание родов путем операции

- 1) [-]кесарева сечения
- 2) [-]перинеотомии
- 3) [-]вакуум-экстракции
- 4) [+]акушерских щипцов
- 5) [-]краниотомии

Беременность и роды при С/С заболеваниях

1. Беременность противопоказана

1) [+]больным гипертонической болезнью II-б степени

2) [-]больным гипертонической болезнью I степени

3) [-]больным I и II групп риска по классификации Л.В.Ваниной (1977)

4) [+]больным III группы риска по классификации Л.В.Ваниной (1977)

5) [-]больным с гипертонической болезнью II-а степени при отсутствии гипертонических кризов и нарушений функций почек

2. Первая плановая госпитализация беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы показана

1) [+]в I триместре (до 12 недель)

2) [-]при ухудшении состояния

3) [-]при присоединении акушерской патологии

4) [-]в 28-32 недели

5) [-]при появлении признаков недостаточности кровообращения

3. Третья плановая госпитализация беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы показана

1) [-]при присоединении акушерской патологии

2) [+]в 37-38 недель

3) [-]при появлении признаков недостаточности кровообращения

4) [-]в 32-34 недели

5) [-]при появлении признаков активности ревматического процесса

4. У беременных с гипертонической болезнью высок риск развития

1) [-]раннего токсикоза беременных

2) [+]позднего токсикоза беременных

3) [+]самопроизвольного прерывания беременности

4) [+]гипотрофии плода

5) [-]аномалий прикрепления плаценты

5. Нарушения ритма сердечных сокращений у беременных

1) [+]чаще развиваются вторично как следствие дистрофических изменений миокарда или нарастания сердечной недостаточности

2) [-]не являются показанием для прерывания беременности

3) [-]наблюдаются при акушерской патологии

4) [+]часто являются показанием для прерывания беременности

5) [-]чаще развиваются первично

6. При ведении родов у женщин, страдающих сердечно-сосудистой патологией

1) [+]наиболее бережным является родоразрешение через естественные родовые пути

2) [-]наиболее оптимальным является родоразрешение операцией кесарева сечения

3) [+]необходимо раннее вскрытие плодного пузыря

4) [-]целесообразно своевременное вскрытие плодного пузыря

5) [+]необходимо укорочение периода изгнания

7. Досрочное родоразрешение показано беременным

1) [-]с врожденными пороками сердца

2) [-]с синдромом сдавления нижней полой вены

3) [+]имеющим нарастание стойкой легочной гипертензии

4) [-]с активностью I ревматического процесса по А.И.Нестерову

5) [+]имеющим стабилизацию гемодинамических показателей после отека легких и тромбоэмболии

8. Синдром сдавления нижней полой вены

1) [-]наблюдается чаще у первобеременных

2) [-]проходит после применения кофеина, кордиамина, мезатона

3) [+]сопровождается - резким падением артериального давления, - тахикардией, - бледностью кожных покровов

4) [+]наблюдается в последние недели беременности в положении на спине

5) [+]проходит в положении на боку

9. Беременность и роды у женщин с митральным стенозом или комбинированным митральным пороком с преобладанием стеноза

- 1) [-]имеют благоприятный прогноз
 - 2) [-]редко сопровождаются декомпенсацией сердечной деятельности
 - 3) [+]чаще имеют неблагоприятный прогноз
 - 4) [+]часто сопровождаются декомпенсацией сердечной деятельности по левожелудочковому типу
 - 5) [-]часто сопровождаются появлением мерцательной аритмии, приводящей к тяжелым нарушениям кровообращения
-

10. Беременность и роды при недостаточности митрального клапана

- 1) [-]имеют неблагоприятный прогноз
 - 2) [+]обычно имеют благоприятный прогноз
 - 3) [-]часто сопровождаются декомпенсацией сердечной деятельности
 - 4) [-]часто сопровождаются обострением ревматического процесса
 - 5) [+]редко сопровождается декомпенсацией сердечной деятельности
-

11. Операция кесарева сечения у беременных с сердечно-сосудистыми заболеваниями

- 1) [-]является наиболее оптимальным способом родоразрешения
- 2) [-]применяется с частотой 80-90%
- 3) [+]применяется с частотой 8-10%
- 4) [+]производится по строго ограниченным показаниям
- 5) [-]применяется преимущественно у первородящих женщин

12. Показаниями для операции кесарева сечения у беременных с пороками сердца являются

- 1) [+]**возвратный и септический эндокардит**
 - 2) [+]**пороки сердца, протекающие с преимущественным преобладанием левожелудочковой недостаточности**
 - 3) [-]**врожденные пороки сердца**
 - 4) [+]**развитие недостаточности кровообращения II-б и III степени**
 - 5) [-]**пролапс митрального клапана**
-

13. Операция наложения акушерских щипцов показана роженицам

- 1) [-]**не имеющим недостаточности кровообращения**
 - 2) [+]**с активным ревматическим процессом**
 - 3) [-]**с недостаточностью кровообращения I степени**
 - 4) [+]**с митральным стенозом**
 - 5) [+]**с недостаточностью кровообращения II-а степени**
-

14. Исключение потуг путем наложения акушерских щипцов показано роженицам

- 1) [+]**с недостаточностью кровообращения I и II-а степеней**
 - 2) [-]**с недостаточностью митрального клапана**
 - 3) [+]**с комбинированным митральным пороком с преобладанием стеноза**
 - 4) [+]**с коарктацией аорты, сужением легочной артерии**
 - 5) [+]**при выявлении активности ревматического процесса**
-

15. При ведении первого периода родов у

рожениц, страдающих гипертонической болезнью, следует применять

- 1) [+]раннюю амниотомию
 - 2) [-]своевременную амниотомию
 - 3) [+]обезболивание родов
 - 4) [-]сульфат магния внутривенно
 - 5) [-]родостимулирующую терапию
-

16. При ведении второго периода родов у рожениц, страдающих гипертонической болезнью, необходимо

- 1) [-]использовать магниальную терапию
 - 2) [+]измерять артериальное давление после каждой потуги
 - 3) [+]широко использовать гипотензивные средства, вплоть до управляемой гипотонии ганглиоблокаторами
 - 4) [-]использовать сердечные гликозиды
 - 5) [+]проводить укорочение второго периода (перинеотомия, операция акушерских щипцов)
-

17. В группе рожениц с заболеваниями сердечно-сосудистой системы лактация противопоказана

- 1) [-]при повторных родах
- 2) [+]при остром миокардите
- 3) [+]при обострении ревматизма
- 4) [+]при недостаточности кровообращения II-а и II-б степени
- 5) [-]при врожденных пороках сердца

18. Для профилактики активизации ревматического процесса у беременных

- 1) [+]проводится санация очагов хронической инфекции
 - 2) [+]назначается противорецидивное лечение в конце первого и во втором триместре беременности, после родов
 - 3) [+]назначается бициллин по 600000 ЕД один раз в неделю
 - 4) [-]проводится досрочное родоразрешение
 - 5) [-]проводится оперативное родоразрешение
-

19. К типичным осложнениям в послеродовом периоде у родильниц с сердечно-сосудистой патологией относится

- 1) [+]обострение ревматического процесса
 - 2) [-]анемия
 - 3) [-]гипогалактия
 - 4) [+]нарастание недостаточности кровообращения
 - 5) [+]тромбоземболия
-

20. Родильницы с приобретенными пороками сердца

- 1) [+]могут быть выписаны на 7-10 день после родов при устойчивой гемодинамике и отсутствии признаков активности ревматизма
- 2) [+]получают послеродовый отпуск 70 дней
- 3) [+]требуют особого подхода при решении вопроса о кормлении грудью
- 4) [+]чаще страдают послеродовыми септическими заболеваниями

5) [+]при неустойчивой компенсации кровообращения показан постельный режим до 3 недель

Неправильные положения и предлежания плода

1. Причиной неправильного положения плода может быть

- 1) [+]узкий таз
 - 2) [+]многоводие
 - 3) [+]аномалии матки
 - 4) [+]многоплодие
 - 5) [+]предлежание плаценты
-

2. К признакам неправильного положения плода относятся

- 1) [-]высокое стояние дна матки
 - 2) [-]высокое расположение предлежащей части
 - 3) [+]отсутствие предлежащей части над входом в малый таз
 - 4) [+]увеличение матки в поперечном размере
 - 5) [-]обнаружение головки плода в дне матки
-

3. При неправильном положении плода

- 1) [+]часто происходит несвоевременное излитие околоплодных вод
- 2) [+]наблюдается высокая частота родовых травм у новорожденных
- 3) [+]возможен разрыв матки в родах
- 4) [+]роды следует закончить операцией кесарева сечения в плановом порядке

5) [-]показано родоразрешение через естественные родовые пути

4. Классическое ручное пособие при тазовых предлежаниях

- 1) [-]не используется в современном акушерстве
 - 2) [+]состоит из двух этапов: - освобождения ручек, - освобождения головки
 - 3) [+]производится после рождения плода до нижнего угла передней лопатки, когда потуги не эффективны
 - 4) [-]производится при прорезывании ягодиц
 - 5) [-]производится только по показаниям со стороны матери
-

5. Метод Цовьянова при чистом ягодичном предлежании

- 1) [-]позволяет предотвратить рождение плода до полного раскрытия маточного зева
 - 2) [+]способствует сохранению нормального членорасположения плода
 - 3) [-]позволяет перевести чистое ягодичное предлежание в смешанное ягодичное или ножное
 - 4) [-]не требует применения перинеотомии
 - 5) [+]позволяет предотвратить запрокидывание ручек
-

6. Метод Цовьянова при ножном предлежании

- 1) [-]способствует сохранению нормального членорасположения плода
- 2) [+]позволяет предотвратить преждевременное рождение ножек плода
- 3) [+]позволяет перевести ножное в смешанное ягодичное

предлежание

- 4) [+]снижает мертворождаемость
- 5) [-]позволяет предотвратить запрокидывание ручек

7. Показанием к операции извлечения плода за тазовый конец является

- 1) [-]запрокидывание ручек плода
- 2) [-]неполное раскрытие маточного зева
- 3) [-]прекращение продвижения плода после рождения нижнего угла передней лопатки
- 4) [-]прекращение продвижения плода после рождения плечиков
- 5) [+]острая гипоксия плода при врезывающихся ягодичах

8. Наружный профилактический поворот на головку при тазовых предлежаниях плода по Б.А.Архангельскому

- 1) [-]часто применяется в современном акушерстве
- 2) [+]выполняется при сроке беременности 34-35 недель
- 3) [-]не имеет опасных для плода осложнений
- 4) [-]производится под наркозом
- 5) [-]выполняется при полном раскрытии маточного зева

9. Операция извлечения плода за тазовый конец

- 1) [+]травматична для плода
- 2) [-]чаще применяется при гипоксии плода
- 3) [+]применяется только при отсутствии других возможностей родоразрешения

4) [+]проводится под наркозом

5) [-]проводится при раскрытии маточного зева 6 см

10. Показанием для операции извлечения плода за тазовый конец может быть

1) [+]преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

2) [+]припадок эклампсии

3) [-]первичная слабость родовой деятельности

4) [+]вторичная слабость родовой деятельности

5) [+]высокая лихорадка в родах

11. Операция извлечения плода за тазовый конец может быть выполнена при условии

1) [-]раскрытия маточного зева 8 см

2) [+]соответствия размеров головки плода и таза матери

3) [+]полного раскрытия маточного зева

4) [+]применения наркоза

5) [-]наличия мертвого плода

12. Извлечение плода при полном ножном предлежании

1) [+]возможно при отсутствии плодного пузыря

2) [-]предпочтительнее проводить в заднем виде

3) [+]производится при полном раскрытии маточного зева

4) [-]требует активного участия роженицы

5) [+]производится под наркозом

13. Извлечение плода при смешанном ягодичном предлежании

- 1) [+]начинается с низведения передней ножки
 - 2) [+]производится при полном раскрытии маточного зева
 - 3) [+]производится под наркозом
 - 4) [-]требует активного участия роженицы
 - 5) [-]может выполняться при неполном раскрытии маточного зева
-

14. Профилактический наружный поворот плода из поперечного положения на головку проводится

- 1) [+]в 34-35 недель беременности
 - 2) [-]в 32 недели беременности
 - 3) [-]до 32 недель беременности
 - 4) [-]с началом родовой деятельности
 - 5) [-]при полном раскрытии маточного зева
-

15. Операция классического наружно-внутреннего поворота плода на ножку может быть выполнена при условии

- 1) [+]полного раскрытия маточного зева
 - 2) [+]отсутствия плодного пузыря
 - 3) [-]целого плодного пузыря
 - 4) [+]подвижности плода
 - 5) [+]соответствия размеров плода размерам таза матери
-

16. Операция наружно-внутреннего поворота плода на ножку считается законченной

- 1) [+]если ножка плода выведена до коленного сустава
- 2) [+]если в дно матки смещена головка плода

3) [-]если выведена стопа плода

4) [-]если плод рожден до нижнего угла передней лопатки

5) [-]если плод рожден до пупка

17. Классический наружно-внутренний поворот плода на ножку

1) [+]производят при полном раскрытии маточного зева и целом плодном пузыре или при недавно отошедших водах

2) [+]производят только при живом плоде

3) [+]возможен только при сохраненной подвижности плода

4) [+]противопоказан при запущенном поперечном положении

5) [+]в современном акушерстве выполняется редко

18. Противопоказанием к профилактическому наружному повороту при поперечном положении плода следует считать

1) [+]многоводие

2) [+]маловодие

3) [+]преждевременное излитие околоплодных вод

4) [+]рубцы на матке

5) [+]поздний токсикоз беременных

19. При поперечном положении плода позиция определяется по месту нахождения

1) [-]спинки

2) [+]головки

3) [-]туловища

4) [-]тазового конца

5) [-]конечностей

20. При доношенном сроке беременности и наличии поперечного положения плода показано

- 1) [-]родовозбуждение с амниотомией
 - 2) [+]плановое кесарево сечение
 - 3) [-]кесарево сечение с началом родовой деятельности
 - 4) [-]ведение родов через естественные родовые пути
 - 5) [-]проведение операции наружно-внутреннего поворота плода
-

21. К факторам, способствующим формированию поперечного положения плода, относятся

- 1) [+]аномалии развития матки
 - 2) [+]миомы матки
 - 3) [-]поздний токсикоз беременных
 - 4) [+]многоводие
 - 5) [+]узкий таз
-

22. При поперечном положении плода

- 1) [-]дно матки стоит выше, чем при продольном положении
 - 2) [+]дно матки стоит ниже, чем при продольном положении
 - 3) [+]матка вытянута в поперечном или косом направлении
 - 4) [-]головка плода располагается ниже гребня подвздошной кости
 - 5) [+]предлежащая часть отсутствует
-

23. Диагноз запущенного поперечного положения плода может быть поставлен в

случаях

- 1) [+]если плод потерял подвижность
- 2) [+]если плечико плода вколочено в полость малого таза
- 3) [+]если имеется выпадение ручки плода
- 4) [-]если над входом в малый таз нет предлежащей части плода
- 5) [-]если во влагалище обнаруживается выпавшая петля пуповины

24. При запущенном поперечном положении мертвого плода

- 1) [+]возможен разрыв матки
- 2) [+]высока опасность инфекционных осложнений
- 3) [+]необходимо дать наркоз
- 4) [-]возможно родоразрешение только операцией кесарева сечения
- 5) [+]показана плодоразрушающая операция

25. Течение родов при поперечном положении плода может осложниться

- 1) [+]несвоевременным излитием околоплодных вод
- 2) [-]слабостью родовой деятельности
- 3) [+]разрывом матки
- 4) [+]выпадением пуповины
- 5) [+]выпадением мелких частей плода

26. Косое положение плода при сроке беременности 32 недели является показанием

- 1) [-]к госпитализации

2) [+]к УЗ-исследованию

3) [-]к профилактическому наружному повороту на головку

4) [-]к классическому наружно-внутреннему повороту плода на ножку

5) [+]к занятиям лечебной физкультурой

27. Прием Морисо-Левре

1) [+]используется в классическом ручном пособии

2) [-]применяется для выведения ручек и головки

3) [+]применяется для выведения головки при тазовых предлежаниях плода

4) [-]используется в методе ведения родов по Цовьянову

5) [-]применяется при чистом ягодичном предлежании

28. При полном раскрытии маточного зева и головке, прижатой ко входу в малый таз, обнаружен подбородок плода слева сзади. Роды

1) [-]могут быть предоставлены естественному течению

2) [+]необходимо закончить операцией кесарева сечения

3) [-]можно закончить с применением родостимулирующей терапии

4) [-]можно закончить операцией наложения акушерских щипцов

5) [-]можно закончить операцией вакуум-экстракции плода

29. При полном раскрытии маточного зева установлено лобное вставление у доношенного живого плода. Роды необходимо закончить

1) [-]операцией наложения акушерских щипцов

2) [-]операцией вакуум-экстракции плода

- 3) [+]операцией кесарева сечения
 - 4) [-]плодоразрушающей операцией
 - 5) [-]естественным путем
-

30. При обследовании роженицы установлено: - полное раскрытие маточного зева; - плодный пузырь отсутствует; - ко входу в малый таз прижато плечико плода; - плод жив. Роды следует закончить

- 1) [-]через естественные родовые пути
 - 2) [+]операцией кесарева сечения
 - 3) [-]плодоразрушающей операцией
 - 4) [-]наружно-внутренним классическим поворотом плода за ножку
 - 5) [-]извлечением плода за ножку
-

31. При поступлении диагностировано: - роды III, срочные; - второй период родов; - запущенное поперечное положение плода; - интранатальная гибель плода. В этой ситуации имеются показания

- 1) [+]к снятию родовой деятельности
 - 2) [+]к декапитации плода
 - 3) [-]к краниотомии
 - 4) [-]к операции кесарева сечения
 - 5) [-]к наружно-внутреннему повороту плода
-

32. Передний ассинклитизм

- 1) [-]называется литцмановским

2) [+]называется негелевским

3) [+]встречается в родах при плоских тазах

4) [-]диагностируется по отклонению стреловидного шва
кпереди

5) [-]диагностируется при врезывании головки

Аномалии родовой деятельности

1. К аномалиям родовой деятельности относят

- 1) [+]первичную слабость родовой деятельности
 - 2) [+]вторичную слабость родовой деятельности
 - 3) [+]чрезмерно сильную родовую деятельность
 - 4) [+]дискоординированную родовую деятельность
 - 5) [-]атипический подготовительный период
-

2. К группе высокого риска по развитию аномалий родовой деятельности относятся женщины, имеющие

- 1) [+]различные нарушения менструального цикла в анамнезе
 - 2) [-]первую беременность
 - 3) [+]ожирение
 - 4) [+]половой инфантилизм
 - 5) [+]тазовое предлежание плода
-

3. По данным литературы, первичная слабость родовой деятельности наблюдается

- 1) [+]у 2-10% рожениц
 - 2) [-]у 15-20% рожениц
 - 3) [-]у 25% рожениц
 - 4) [-]у 30% рожениц
 - 5) [-]у 40% рожениц
-

4. По данным литературы, вторичная слабость родовой деятельности наблюдается

приблизительно

- 1) [+]у 2.4% рожениц
 - 2) [-]у 10.0% рожениц
 - 3) [-]у 20.0% рожениц
 - 4) [-]у 25.0% рожениц
 - 5) [-]у 30.0% рожениц
-

5. В группе первородящих быстрыми считаются роды с общей продолжительностью

- 1) [-]от 10 до 12 часов
 - 2) [-]от 8 до 10 часов
 - 3) [+]от 4 до 6 часов
 - 4) [-]от 2 до 4 часов
 - 5) [-]менее двух часов
-

6. В группе повторнородящих быстрыми считаются роды с общей продолжительностью

- 1) [-]от 12 до 10 часов
 - 2) [-]от 10 до 8 часов
 - 3) [-]от 6 до 4 часов
 - 4) [+]от 4 до 2 часов
 - 5) [-]менее двух часов
-

7. В группе первородящих стремительными считаются роды с общей продолжительностью

- 1) [-]до 7 часов
- 2) [-]до 6 часов
- 3) [-]до 5 часов
- 4) [+]до 4 часов

5) [-]до 2 часов

8. В группе повторнородящих стремительными считаются роды с общей продолжительностью

- 1) [-]до 7 часов и менее
 - 2) [-]до 6 часов и менее
 - 3) [-]до 5 часов и менее
 - 4) [-]до 4 часов и менее
 - 5) [+]до 2 часов и менее
-

9. Классификация аномалий родовых сил, предложенная профессором И.И.Яковлевым

- 1) [+]основана на оценке состояния тонуса и возбудимости матки
 - 2) [-]построена на оценке структурных изменений шейки матки
 - 3) [+]рассматривает 3 разновидности тонического напряжения матки в родах
 - 4) [-]относит 20% родов к течению на фоне гипертонуса матки
 - 5) [+]относит 6.6% родов к течению на фоне гипотонуса матки
-

10. Слабость родовой деятельности чаще встречается в группе

- 1) [+]первородящих женщин
- 2) [-]повторнородящих женщин
- 3) [-]рожениц в возрасте от 20 до 24 лет
- 4) [+]рожениц с многоводием
- 5) [+]рожениц с перенесенной беременностью

11. Первичная слабость родовой деятельности

- 1) [+]возникает преимущественно у первородящих женщин
- 2) [+]диагностируется в первом периоде родов
- 3) [+]нередко сочетается с преждевременным излитием околоплодных вод
- 4) [-]сопровождается запоздалым излитием околоплодных вод
- 5) [-]может быть диагностирована уже в первые два часа от начала родовой деятельности

12. Современный подход к лечению слабости родовой деятельности включает мероприятия, направленные

- 1) [+]на повышение энергетических ресурсов организма
- 2) [+]на создание определенного гормонального фона
- 3) [+]на сохранение физиологического биоритма
- 4) [+]на активацию моторной деятельности матки
- 5) [-]на полное и длительное прекращение сократительной деятельности матки

13. Лечение первичной слабости родовой деятельности

- 1) [+]зависит от продолжительности родов
- 2) [+]зависит от состояния шейки матки
- 3) [-]во всех случаях сводиться к назначению родостимулирующих средств
- 4) [+]включает применение спазмолитиков
- 5) [+]может включать предоставление медикаментозного сна-отдыха

14. Для лечения первичной слабости родовой деятельности при раскрытии маточного зева менее 6 см целесообразно назначение

- 1) **[+]внутривенного капельного введения раствора 0.5 мг простенона и 5 ЕД окситоцина в 300 мл 5% раствора глюкозы**
- 2) [-]внутривенного струйного введения раствора окситоцина
- 3) [-]родостимулирующей терапии с использованием маммофизина и прозерина
- 4) [-]внутривенного введения 1 мл 0.02% раствора метилэргометрина
- 5) [-]интравагинального введения геля с простагландином

15. Вторичная слабость родовой деятельности

- 1) [-]часто встречается при преждевременных родах
- 2) **[+]чаще наблюдается в родах крупным плодом**
- 3) **[+]сопровождается гипоксией плода**
- 4) [-]является типичным осложнением при переднем виде затылочного вставления головки плода
- 5) **[+]может осложняться развитием некроза в тканях мягких родовых путей**

16. Вторичная слабость родовой деятельности

- 1) [-]встречается чаще, чем первичная
- 2) [-]встречается преимущественно у первородящих женщин
- 3) **[+]диагностируется в конце первого периода родов**
- 4) **[+]нередко развивается в родах при тазовом предлежании плода**

5) [+] часто встречается в родах при заднем виде затылочного вставления

17. При вторичной слабости родовой деятельности целесообразно назначение

1) [-] родостимулирующей терапии по схеме Штейна-Курдиновского

2) [+] внутривенного капельного введения раствора окситоцина

3) [-] внутривенного введения 1 мл 0.02% раствора метилэргометрина

4) [+] внутривенного капельного введения раствора 0.5 мг простенона в 300 мл 5% раствора глюкозы

18. При вторичной слабости родовой деятельности роды могут быть закончены

1) [+] путем операции кесарева сечения

2) [+] путем операции наложения акушерских щипцов

3) [+] путем операции перинеотомии

4) [+] путем операции вакуум-экстракции плода

5) [-] при внутривенном капельном введении бета-адреномиметических средств

19. Чрезмерно сильная родовая деятельность с быстрым и стремительным течением родов

1) [-] встречается чаще других видов аномалий родовой деятельности

2) [+] встречается чаще при заболеваниях сердечно-сосудистой системы

3) [+] приводит к выраженным нарушениям маточно-

плацентарного кровообращения

4) [+] может быть причиной тяжелых внутричерепных травм у плода

5) [+] может осложняться гипотоническим кровотечением в послеродовом периоде

20. Быстрые и стремительные роды

1) [+] могут осложняться преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты

2) [+] встречаются чаще при позднем токсикозе беременных

3) [+] сопровождаются развитием гипоксии плода

4) [+] могут быть причиной тяжелых неврологических заболеваний новорожденного

21. С целью регуляции чрезмерно сильной родовой деятельности используют

1) [+] препараты, обладающие бета-адреномиметической активностью

2) [-] внутримышечное введение 24 мл 25% раствора магния сульфата

3) [+] препараты группы токолитиков

4) [+] внутримышечное или подкожное введение 1-2 мл 2% раствора промедола

5) [+] ингаляционный наркоз фторотаном

22. Дискоординированная родовая деятельность

1) [+] наблюдается относительно редко

2) [+] может проявляться в виде доминанты нижнего сегмента матки

3) [+] может проявляться в виде дистонии шейки матки

4) [+] проявляется отсутствием нарастания степени раскрытия маточного зева

5) [-] требует применения утеротонических средств

23. При дискоординированной родовой деятельности

1) [-] основные мероприятия должны быть направлены на усиление сократительной деятельности матки

2) [+] широко применяются спазмолитические препараты

3) [+] оправдано применение бета-адреномиметических средств

4) [+] можно применять ингаляционный фторотановый наркоз

5) [+] широкое применение получили транквилизаторы

24. Тест Смита

1) [+] заключается в внутривенном введении раствора окситоцина

2) [-] заключается в внутривенном введении раствора простагландина E

3) [+] позволяет оценить возбудимость матки

4) [-] позволяет оценить тонус матки

5) [+] позволяет оценить готовность организма матери к родам

25. Комплексная медикаментозная подготовка беременных к родам

1) [-] обычно проводится в течение одного дня

2) [-] включает назначение внутримышечных инъекций фолликулина по 5000 ЕД в сутки

3) [+]включает назначение внутримышечных инъекций эстрадиола дипропионата по 20000 ЕД в сутки

4) [-]включает назначение внутримышечных инъекций 1 мл 2% масляного раствора синестрола

5) [+]включает введение в цервикальный канал геля с раствором 5 мг энзапроста-Ф

26. С целью предоставления медикаментозного сна-отдыха может быть назначено

1) [+]внутримышечное введение 2 мл 2% раствора промедола

2) [+]внутримышечное введение литической смеси, включающей 1 мл 2% раствора промедола, 1 мл 1% раствора димедрола

3) [-]внутримышечное введение 24 мл 25% раствора сульфата магния

4) [-]внутримышечное введение 2 мл ношпы

5) [-]вдыхание газовой смеси с фторотаном

27. Гормонально-глюкозо-кальциево-витаминный фон

1) [-]назначается для лечения бурной родовой деятельности

2) [-]включает внутримышечное введение 125 мг оксипрогестерона капроната

3) [-]включает внутривенное введение 5 ЕД окситоцина

4) [+]включает внутримышечное введение витаминов группы В

5) [-]включает внутримышечное введение токоферола

28. Родовозбуждение

1) [-]может быть проведен при наличии созревающей шейки матки

2) [+]должно включать преждевременную амниотомию

3) [-]обычно начинается с внутримышечного введения 10000 ЕД фолликулина

4) [-]включает внутривенное струйное введение 5 ЕД окситоцина

5) [+]может включать назначение 8 порошков хинина сульфата по 0.05 г и 4 внутримышечных инъекций 1.25 ЕД окситоцина

29. Родостимуляция может осуществляться

1) [-]внутривенным струйным введением 5 ЕД окситоцина в 20 мл 40% раствора глюкозы

2) [-]внутривенным капельным введением 20 ЕД окситоцина в 500 мл 5% раствора глюкозы

3) [+]внутривенным капельным введением 5 ЕД окситоцина в 500 мл 5% раствора глюкозы

4) [+]внутривенным капельным введением раствора 0.5 мг простенона в 300-500 мл физиологического раствора, начиная с 8-10 капель в минуту

5) [-]внутривенным введением 1 мл 0.02% раствора метилэргометрина

30. Родостимуляция внутривенным введением окситоцина

1) [+]опасна возможностью развития бурной родовой деятельности

2) [-]обычно проводится для лечения первичной слабости родовой деятельности при раскрытии маточного зева 2-4 см

3) [+]должна проводиться при постоянной токографии

4) [+]требуется мониторинг за состоянием плода

5) [+]должна осуществляться с помощью специальных дозаторов

31. Для лечения дистонии шейки матки может быть использовано

1) [+]внутривенное введение 5 мл баралгина

2) [+]внутримышечное введение 2 мл 1.5% раствора ганглерона

3) [-]внутримышечное введение 24 мл 25% раствора магния сульфата

4) [+]внутримышечное введение 2 мл 0.5% раствора седуксена

5) [+]парацервикальное введение раствора лидазы

32. Применение наркотических анальгетиков

1) [+]оправдано при лечении некоторых форм слабости родовой деятельности

2) [+]показано при лечении бурной родовой деятельности

3) [-]показано для обезболивания второго периода родов

4) [+]может влиять на состояние новорожденного

5) [-]в виде внутримышечного введения 1 мл 2% раствора промедола позволяет полностью снять родовую деятельность

Узкий таз

1. Диагноз функционально узкого таза ставится на основании оценки

- 1) [+]размеров и формы таза
- 2) [+]величины головки плода
- 3) [-]положения плода
- 4) [+]вставления головки
- 5) [+]характера родовой деятельности

2. Клинически узкий таз обычно диагностируется

- 1) [-]в начале первого периода родов
- 2) [-]при отрицательном признаке Вастена
- 3) [-]во время беременности
- 4) [+]при полном или почти полном раскрытии маточного зева
- 5) [-]по характерной форме матки

3. Диагноз анатомически суженного таза ставится на основании

- 1) [+]результатов измерения наружных размеров большого таза
- 2) [+]результатов измерения диагональной конъюгаты
- 3) [+]результатов измерения ромба Михаэлиса
- 4) [+]исследования внутренних поверхностей всех стенок таза
- 5) [+]рентгенопельвиометрии

4. При анатомически суженном тазе чаще встречается

- 1) [+]длительное высокое стояние головки плода над входом в малый таз
- 2) [-]многоводие
- 3) [+]тазовое предлежание
- 4) [+]неправильное положение плода
- 5) [+]неправильное вставление головки плода

5. Беременные с анатомически суженным тазом должны быть

- 1) [+]госпитализированы в акушерский стационар за две недели до родов
- 2) [+]направлены на ультразвуковое исследование
- 3) [-]родоразрешены только операцией кесарева сечения
- 4) [-]под наблюдением в женской консультации до начала родов
- 5) [-]направлены на прерывание беременности в ранние сроки

6. При ведении родов у женщин с анатомически суженным тазом необходимо

- 1) [+]определить форму и степень сужения таза
- 2) [+]определить индекс Соловьева
- 3) [+]определить предполагаемую массу плода
- 4) [-]прибегнуть к ранней амниотомии
- 5) [+]оценить признак Вастена

7. Осложнением для плода в родах при анатомически суженном тазе может быть

развитие

- 1) [+]кефалогематомы
 - 2) [+]патологической конфигурации головки
 - 3) [+]гипоксии
 - 4) [+]внутричерепной травмы
 - 5) [-]синдрома дыхательных расстройств (СДР)
-

8. Для функциональной оценки таза, кроме данных его измерения, большое значение имеет

- 1) [+]анализ анамнестических данных
 - 2) [+]оценка размеров плода
 - 3) [+]оценка роста роженицы
 - 4) [+]оценка формы живота
 - 5) [-]оценка положения плода
-

9. К редко встречающимся в настоящее время формам узкого таза относятся

- 1) [+]кососмещенный таз
 - 2) [-]поперечносуженный таз
 - 3) [+]остеомалятический таз
 - 4) [+]карликовый таз
 - 5) [+]плоскоррахитический таз
-

10. Диагноз анатомически суженного таза может быть поставлен

- 1) [+]если размеры большого таза уменьшены на 2.0 см
- 2) [+]если величина истинной конъюгаты равна 10 см и менее
- 3) [-]если величина диагональной конъюгаты равна 13 см

4) [-]если величина наружной конъюгаты равна 20-21 см

5) [-]если вертикальная диагональ ромба Михаэлиса равна

11 см

11. Простой плоский таз характеризуется

1) [-]уменьшением только прямого размера входа в малый

таз

2) [-]уменьшением всех размеров таза

3) [+]уменьшением всех прямых размеров малого таза

4) [-]уменьшением поперечного размера выхода из малого

таза

5) [+]нормальными поперечными размерами малого таза

12. Плоскорихитический таз характеризуется

1) [+]изменением и деформацией крестца

2) [+]изменением тазовых костей

3) [+]равными величинами D.Cristarum и D.Spinarum

4) [-]увеличением прямого размера входа в малый таз

5) [+]увеличением лонного угла

13. Причиной формирования анатомически суженного узкого таза может быть

1) [+]рахит

2) [+]врожденная аномалия строения костей таза

3) [+]полиомиелит

4) [+]туберкулез костей

5) [+]травма позвоночника

14. У женщин с анатомически суженным тазом во время беременности отмечается

- 1) [+]высокое стояние дна матки
 - 2) [+]отвислый остроконечный живот
 - 3) [+]значительная подвижность головки над входом в таз
 - 4) [+]неправильное положение плода
 - 5) [-]хроническая гипоксия плода
-

15. Узкий таз является противопоказанием

- 1) [+]к акушерским шипцам
 - 2) [-]к кесареву сечению
 - 3) [+]к вакуум-экстракции плода
 - 4) [+]к поворотам плода
 - 5) [+]к извлечению плода за тазовый конец
-

16. Роды при узком тазе характеризуются

- 1) [+]значительной частотой внутричерепных травм у новорожденных
 - 2) [+]высоким процентом оперативных вмешательств
 - 3) [-]высоким уровнем антенатальных потерь
 - 4) [+]высокой частотой травм мягких родовых путей
 - 5) [+]длительным течением
-

17. У роженицы с сужением таза первой степени роды могут произойти через естественные родовые пути

- 1) [+]при активной родовой деятельности
- 2) [+]при нормальных размерах головки плода
- 3) [+]при правильном вставлении головки плода
- 4) [-]при переднеголовном вставлении головки плода
- 5) [+]при достаточных возможностях к конфигурации головки

18. Родоразрешение операцией кесарева сечения проводится в плановом порядке при сочетании первой степени сужения таза

- 1) [+]с переносенной беременностью
 - 2) [+]с крупным плодом
 - 3) [-]с юным возрастом первородящей
 - 4) [-]с гипотрофией плода
 - 5) [+]с тазовым предлежанием плода
-

19. При третьей и четвертой степенях сужения таза показано родоразрешение путем операции

- 1) [+]кесарева сечения
 - 2) [-]операции акушерских щипцов
 - 3) [-]перфорации головки
 - 4) [-]перинеотомии
 - 5) [-]вакуум-экстракции плода
-

20. Несоответствие головки плода размерам таза матери может возникнуть

- 1) [+]при крупном плоде
 - 2) [+]при неправильном вставлении головки
 - 3) [-]при предлежании плаценты
 - 4) [-]при рубце на матке
 - 5) [+]при гидроцефалии
-

21. К признакам несоответствия головки плода размерам таза матери относятся

- 1) [+]отсутствие поступательного движения головки плода при полном раскрытии маточного зева
 - 2) [-]слабость родовой деятельности
 - 3) [+]признак Вастена "вровень" или "положительный"
 - 4) [+]нарушение мочеиспускания
 - 5) [+]неправильное вставление головки плода
-

22. При несоответствии размеров таза матери и головки живого плода показано

- 1) [-]применение родостимулирующей терапии
 - 2) [-]укладывание роженицы на бок, соответствующий позиции плода
 - 3) [-]применение акушерских щипцов
 - 4) [+]родоразрешение операцией кесарева сечения
 - 5) [-]родоразрешение плодоразрушающей операцией
-

23. Оценку признака Вастена следует проводить

- 1) [-]в начале первого периода
 - 2) [+]после излития околоплодных вод
 - 3) [-]при раскрытии маточного зева 4 см
 - 4) [+]при полном или почти полном раскрытии маточного зева
 - 5) [+]при головке плода прижатой ко входу в малый таз
-

24. При наружной конъюгате - 17 см, диагональной - 10 см и нормальных остальных наружных размерах таза, можно поставить диагноз

- 1) [-]общеравномерносуженного таза

- 2) [-]плоскоррахитического таза
 - 3) [-]кососмещенного таза
 - 4) [-]поперечносуженного таза
 - 5) [+]простого плоского таза
-

25. У беременной при измерении таза получены следующие данные: - D.Spinarum - 27 см - D.Cristarum - 27 см - D.Trochanterica - 31 см - C.Externa - 17 см - C.Diagonalis - 9 см, что позволяет оценить этот таз как

- 1) [-]нормальный
 - 2) [-]общеравномерносуженный
 - 3) [+]плоскоррахитический
 - 4) [-]кососмещенный
 - 5) [-]общесуженный плоский
-

26. У беременной при измерении таза получены следующие данные: - D.Spinarum - 23 см - D.Cristarum - 26 см - D.Trochanterica - 29 см - C.Externa - 17 см - C.Diagonalis - 10 см, которые свидетельствуют

- 1) [-]о сужении таза первой степени
 - 2) [+]о сужении таза второй степени
 - 3) [-]о сужении таза третьей степени
 - 4) [-]о сужении таза четвертой степени
 - 5) [-]о нормальных размерах таза
-

27. У беременной при измерении таза получены следующие данные: - D.Spinarum - 24 см - D.Cristarum - 26 см - D.Trochanterica - 28 см -

C.Externa - 18 см - C.Diagonalis - 12 см, которые позволяют считать, что таз

- 1) [+]общеравномерносуженный
- 2) [-]нормальный
- 3) [-]простой плоский
- 4) [-]общесуженный плоский
- 5) [-]поперечносуженный

28. У беременной при измерении таза получены следующие данные: - D.Spinarum - 25 см - D.Cristarum - 27 см - D.Trochanterica - 30 см - C.Externa - 20 см - C.Diagonalis - 13 см, - Индекс Соловьева - 15 см, что дает основание считать таз

- 1) [-]общеравномерносуженным
- 2) [+]нормальным
- 3) [-]кососмещенным
- 4) [-]поперечносуженным
- 5) [-]плоским

Патология новорожденных

1. Беременным с RH(-) принадлежностью крови необходимо

- 1) [+]проводить контроль за титром антител в первой половине беременности один раз в месяц
 - 2) [+]проводить контроль за титром антител во второй половине беременности каждые две недели
 - 3) [+]проводить мониторинговое наблюдение за состоянием плода
 - 4) [+]проводить профилактическую десенсибилизирующую терапию
 - 5) [-]родоразрешение операцией кесарева сечения
-

2. Профилактика иммунологического конфликта между матерью и плодом заключается

- 1) [+]во введении резус-отрицательным женщинам анти-D-глобулина после абортов и родов
 - 2) [+]в переливании крови с учетом резус фактора и группы крови
 - 3) [+]в профилактике первого аборта у резус-отрицательных женщин
 - 4) [+]в бережном родоразрешении женщин с резус-отрицательной принадлежностью крови через естественные родовые пути
 - 5) [-]в родоразрешении операцией кесарева сечения
-

3. При развитии иммунологического конфликта между матерью и плодом роды могут осложняться

- 1) [-]ранним излитием околоплодных вод
 - 2) [-]разрывом матки
 - 3) [-]кровотечением в третьем периоде родов
 - 4) [+]интранатальной гибелью плода
 - 5) [+]гипоксией плода
-

4. В комплекс препаратов, используемых для неспецифической терапии иммунологического конфликта между матерью и плодом, входит

- 1) [+]раствор глюкозы
 - 2) [+]эссенциале
 - 3) [+]раствор сигетина
 - 4) [+]глюконат кальция
 - 5) [-]сернокислая магнезия
-

5. Причиной желтухи у новорожденных может быть

- 1) [+]гемолитическая болезнь
 - 2) [+]функциональная незрелость печени
 - 3) [+]гемолитическая анемия
 - 4) [+]недоношенность
 - 5) [+]вирусный гепатит
-

6. Гипоксия плода может быть диагностирована с помощью

- 1) [+]аускультации
- 2) [+]фоно-электрокардиографии
- 3) [+]пробы Залинга
- 4) [-]рентгенологического исследования

5) [+]амниоскопии

7. Профилактика гемолитической болезни плода включает

- 1) [+]неспецифическую десенсибилизирующую терапию
 - 2) [-]назначение токолитиков
 - 3) [-]введение стафилококкового гамма-глобулина
 - 4) [+]общее УФО
 - 5) [+]трансплантацию беременным лоскута кожи, взятого у мужа
-

8. Гемолитическая болезнь новорожденного обычно проявляется

- 1) [+]гипербилирубинемией
 - 2) [-]сужением швов и родничков
 - 3) [+]распространенными отеками
 - 4) [+]бледностью и желтушностью кожных покровов
 - 5) [+]расстройством функций сердечной и дыхательной систем
-

9. Основные мероприятия по оживлению новорожденного, родившегося в асфиксии, включают

- 1) [+]освобождение дыхательных путей
 - 2) [+]интубацию и искусственную вентиляцию легких
 - 3) [+]оксигенотерапию
 - 4) [-]применение наркотических средств
 - 5) [+]наружный массаж сердца
-

10. Гипотрофия плода часто является

следствием

- 1) [+]позднего токсикоза беременных
 - 2) [+]курения
 - 3) [+]алкоголизма
 - 4) [+]гипертонической болезни
 - 5) [+]профессиональных вредностей
-

11. При нарастании тяжести гемолитической болезни плода

- 1) [+]показано досрочное родоразрешение
 - 2) [-]у беременной часто развивается кетоацидоз
 - 3) [+]возрастает титр антител в крови матери
 - 4) [+]у него развивается гипоксия
 - 5) [-]у беременных проявляется протеинурия
-

12. Гипотрофия новорожденного характеризуется

- 1) [+]более низкой массой тела по сравнению с массой тела здорового ребенка, родившегося при том же сроке гестации
 - 2) [+]уменьшением выраженности подкожного жирового слоя
 - 3) [-]развитием генерализованных отеков
 - 4) [+]бледностью или цианозом кожных покровов
 - 5) [+]расстройством дыхания
-

13. Приобретенное неинфекционное воспаление на коже новорожденного - опрелость

- 1) [+]возникает как результат неправильного ухода

2) [+]чаще возникает в области кожных складок

3) [+]может легко инфицироваться

4) [-]необходимо лечить антибиотиками

5) [-]необходимо обрабатывать дезинфицирующими растворами

14. Гемолитическая болезнь новорожденного возникает в результате

1) [+]сенсibilизации резус-антигенами

2) [-]внутриматочной инфекции

3) [+]сенсibilизации антигенами системы ABO

4) [-]хронической гипоксии плода при позднем токсикозе беременных

5) [-]сенсibilизации лейкоцитарными антигенами

15. Для гемолитической болезни новорожденного характерно

1) [+]увеличение общего билирубина крови

2) [+]снижение общего белка крови

3) [+]снижение гемоглобина

4) [+]появление бластных элементов крови

5) [-]увеличение количества эритроцитов

16. Острая гипоксия плода развивается в результате

1) [+]тугого обвития пуповины

2) [+]преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты

3) [-]изосерологической несовместимости крови матери и плода

4) [-]сердечно-сосудистых заболеваний матери

5) [-]слабости родовой деятельности

17. С целью диагностики состояния плода у беременных с RH(-) принадлежностью крови необходимо производить

1) [+]исследование околоплодных вод

2) [+]ультразвуковое сканирование

3) [+]ЭКГ и ФКГ плода

4) [+]амниоскопию

5) [-]кольпоскопию

18. К основным формам гемолитической болезни новорожденных относятся

1) [+]отечная

2) [+]желтушная

3) [+]анемическая

4) [-]геморрагическая

5) [-]судорожная

19. Постнатальное лечение гемолитической болезни может включать

1) [+]заменное переливание крови

2) [+]эвакуацию асцита

3) [+]управляемое дыхание

4) [-]введение бета-адреномиметиков

5) [+]фототерапию

20. Лечение детей с синдромом дыхательных расстройств проводится

- 1) [+]с использованием кувеза
 - 2) [+]с применением оксигенотерапии, в том числе и гипербарической оксигенации
 - 3) [+]с применением 2% раствора гидрокарбоната натрия
 - 4) [+]с применением антибиотиков
 - 5) [+]с применением средств, стимулирующих синтез сурфактанта
-

21. Современные принципы профилактики гемолитической болезни плода требуют

- 1) [+]определения у беременной группы крови и резус-принадлежности
 - 2) [+]определения группы крови и резус-фактора у мужа
 - 3) [+]систематического определения титра антител в крови беременных
 - 4) [+]проведения десенсибилизирующей терапии
 - 5) [+]госпитализации беременных в стационар за 2 недели до родов
-

22. Причиной асфиксии новорожденного может быть

- 1) [+]хроническая гипоксия плода
 - 2) [+]применение в родах общей анестезии или наркотических анальгетиков
 - 3) [+]быстрое извлечение плода из матки при кесаревом сечении
 - 4) [+]анемия
 - 5) [+]механическая травма ствола головного мозга
-

23. При сепсисе новорожденного необходимо

1) [-]перевести ребенка в изолятор

2) [+]перевести ребенка из родильного стационара в детскую больницу

3) [+]проводить антибиотикотерапию

4) [+]проводить дезинтоксикационную терапию

5) [+]применять средства, стимулирующие иммунитет

24. Риск угрозы развития гемолитической болезни у плода возрастает при наличии у беременной

1) [-]позднего токсикоза

2) [-]сахарного диабета

3) [+]RH(-) принадлежности

4) [+]самопроизвольных абортов в анамнезе

5) [+]мертворождений в анамнезе

25. В комплексном лечении гипотрофии плода используют

1) [+]растворы глюкозы

2) [-]антибиотики

3) [+]витамин Е

4) [+]эссенциале-форте

5) [+]гипербарическую оксигенацию

26. Сепсис у новорожденных

1) [+]вызывается чаще всего стрептококками и стафилококками

2) [+]особенно тяжело протекает при недоношенности

3) [+]возникает чаще в случаях, когда во время

беременности женщина перенесла острое респираторное заболевание

4) [+]возникает при наличии у матери кариеса, хронического отита и других очагов инфекции

5) [+]возникает при нарушении санитарно-гигиенического режима в родильном доме

27. При нарастании титра антител в крови беременной с отрицательным резус-фактором

1) [+]показано досрочное родоразрешение

2) [+]возникает опасность антенатальной гибели плода

3) [+]предпочтительно родоразрешение при сроке беременности 36-37 недель

4) [+]показано заменное переливание крови плоду

5) [-]предпочтительно родоразрешение операцией кесарева сечения

28. К инфекционным заболеваниям новорожденных относятся

1) [+]пиодермия

2) [+]фолликулит

3) [+]пузырчатка

4) [+]омфалит

5) [-]токсическая эритема

29. К родовым травмам плода относят

1) [+]паралич Дюшон-Эрба

2) [+]перелом ключицы

3) [+]кефалогематому

4) [-]поражение слухового нерва

5) [+]парез лицевого нерва

Послеродовые гнойно-септические заболевания

1. К первому этапу послеродового септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартеля относятся

- 1) [+]эндометрит
 - 2) [+]пуэрперальная язва
 - 3) [-]тазовый тромбофлебит
 - 4) [-]параметрит
 - 5) [-]тромбофлебит вен нижних конечностей
-

2. Ко второму этапу послеродового септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартеля относятся

- 1) [-]пуэрперальная язва
 - 2) [+]параметрит
 - 3) [+]тазовый тромбофлебит
 - 4) [+]аднексит
 - 5) [+]пельвиоперитонит
-

3. К третьему этапу послеродового септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартеля относятся

- 1) [-]тазовый тромбофлебит
- 2) [-]тромбофлебит вен нижних конечностей
- 3) [-]пельвиоперитонит
- 4) [+]разлитой перитонит

5) [+]септический шок

4. К четвертому этапу послеродового септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартеляса относятся

- 1) [-]разлитой перитонит
 - 2) [-]септический шок
 - 3) [+]септицемия
 - 4) [+]септикопиемия
 - 5) [-]прогрессирующий тромбоз
-

5. К факторам, повышающим риск развития послеродовых инфекционных заболеваний, относятся

- 1) [+]лечение кортикостероидными препаратами в анамнезе
 - 2) [-]использование пероральных контрацептивов в анамнезе
 - 3) [-]отягощенный аллергологический анамнез
 - 4) [+]наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы
 - 5) [+]наличие трех и более влагалищных исследований в родах
-

6. Риск гнойно-септических послеродовых осложнений повышается

- 1) [+]при позднем токсикозе
- 2) [+]при сахарном диабете
- 3) [+]при патологической кровопотере в родах
- 4) [-]при использовании наружной кардиотокографии в родах
- 5) [-]при продолжительности безводного периода свыше 6 часов

7. Родильницам группы высокого риска по развитию послеродовых инфекций в первые 24 часа профилактически назначается

- 1) [+]однократное внутримышечное введение 400 мкг витамина B12
- 2) [+]внутри по 0.1 г хинина гидрохлорида три раза в день
- 3) [+]внутри 0.3 г аскорбиновой кислоты три раза в день
- 4) [-]внутримышечное введение 2 мл 10% раствора сульфокамфокаина
- 5) [-]антистафилококковый гамма-глобулин внутримышечно 5 мл

8. Послеродовый эндометрит

- 1) [-]относится ко второму этапу послеродового септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса
- 2) [-]всегда сопровождается лихорадкой
- 3) [+]проявляется субинволюцией матки
- 4) [-]является показанием к назначению внутримышечных инъекций 0.02% раствора метилэргометрина
- 5) [-]диагностируется на основании положительных симптомов раздражения брюшины

9. Послеродовый тромбоз тазовых вен

- 1) [-]относится к третьему этапу септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса
- 2) [+]проявляется длительным субфебрилитетом
- 3) [+]сопровождается стойким учащением пульса, не соответствующим температуре
- 4) [-]обычно начинается с появления острой боли в ноге

5) [-] диагностируется с помощью клинического анализа крови

10. По классификации Б.А.Гуртового, послеродовые маститы разделяются

- 1) [+] на серозный мастит
 - 2) [+] на инфильтративный мастит
 - 3) [+] на гнойный мастит
 - 4) [-] на акушерский мастит
 - 5) [-] на хирургический мастит
-

11. Послеродовый мастит

- 1) [+] развивается при инфицировании сосков во время кормления ребенка
 - 2) [+] рассматривается как заболевание, обусловленное госпитальной инфекцией
 - 3) [-] чаще встречается у повторнородящих
 - 4) [+] может быть диагностирован подсчетом количества лейкоцитов в молоке
 - 5) [-] развивается чаще всего вследствие гематогенного распространения инфекции
-

12. Послеродовый мастит

- 1) [+] обычно вызывается золотистым стафилококком
- 2) [-] чаще является вторичным процессом
- 3) [-] чаще всего характеризуется подострым "вялым" началом
- 4) [-] в начальной стадии развития проявляется только местными симптомами
- 5) [-] в большинстве случаев бывает двухсторонним

13. Профилактика послеродового мастита

- 1) [-]должна начинаться в раннем послеродовом периоде
 - 2) [+]включает обработку сосков 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого
 - 3) [-]включает прививки стафилококкового анатоксина в первые 24 часа после родов
 - 4) [-]должна включать назначение сразу после родов внутримышечных инъекций полиглобулина 3 мл
 - 5) [+]включает УФО сосков и ареол
-

14. Типичная клиническая картина серозного мастита характеризуется

- 1) [+]острым началом
 - 2) [-]развитием заболевания на 6-8 неделе послеродового периода
 - 3) [+]общей слабостью, недомоганием, головной болью
 - 4) [+]увеличением и поражением молочной железы
 - 5) [+]болью в молочной железе
-

15. Лактационный мастит

- 1) [+]обычно развивается на 2-3 неделе послеродового периода
- 2) [-]не входит в статистический отчет роддома, если заболевание началось после выписки из стационара
- 3) [-]на первой стадии развития требует только симптоматической терапии
- 4) [-]в серозной стадии диагностируется редко
- 5) [-]обычно является следствием генерализованной послеродовой инфекции

16. Инфильтративная форма лактационного мастита

- 1) [-]формируется из серозной в течение 2-3 недель
 - 2) [-]диагностируется при обнаружении увеличения железы в объеме
 - 3) [-]характеризуется только местными проявлениями
 - 4) [-]является показанием к хирургическому лечению
 - 5) [+]часто развивается в результате неадекватной терапии серозного мастита
-

17. Показанием для подавления лактации является

- 1) [+]гангренозная форма мастита
 - 2) [+]любая форма мастита с рецидивирующим течением
 - 3) [-]инфильтративная форма мастита
 - 4) [+]абсцедирующая форма мастита
 - 5) [+]стремительное прогрессирование мастита
-

18. Оптимальным средством для подавления лактации при абсцедирующем мастите является

- 1) [-]верошпирон
 - 2) [-]бромкамфора
 - 3) [+]парлодел
 - 4) [-]синестрол
 - 5) [-]прогестерон
-

19. С целью уменьшения секреции молока при лактационном мастите можно использовать

- 1) [+]апликации пузыря со льдом

2) [+]фуросемид по 40 мг внутрь ежедневно в течении 2-3 дней

3) [+]эндоназальный электрофорез пиридоксина

4) [+]парлодел по 2.5 мг внутрь два раза в день в течении 3 суток

5) [-]солевые слабительные

20. С целью повышения неспецифических защитных механизмов больной маститом рекомендуется применение

1) [+]антистафилококкового гамма-глобулина

2) [+]пентоксила

3) [+]калия оротата

4) [-]парлодела

5) [+]продигиозана

21. Для лечения трещин сосков применяется

1) [+]мазь календулы

2) [+]1% спиртовой раствор бриллиантового зеленого

3) [+]ультрафиолетовое облучение сосков и ареол по две биодозы ежедневно в течение 2-3 дней

4) [+]временный отказ от кормления больной грудью

5) [-]масляный раствор экстрадиола дипропионата

22. Септический шок

1) [-]относится к четвертому этапу послеродового септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса

2) [+]вызывается преимущественно при массовом лизисе грам-отрицательных бактерий

3) [+]осложняется ОПН

4) [+]приводит к острой дыхательной недостаточности

5) [+]может сопровождаться развитием ДВС-синдрома

23. Септический шок

1) [+]может развиваться у беременных и родильниц, страдающих пиелонефритом

2) [+]проявляется падением артериального давления

3) [-]сопровождается резким повышением температуры тела

4) [-]проявляется полиурией

5) [+]сопровождается нарушением свертывания крови

24. При лечении лактационных маститов рекомендуется использовать

1) [-]бензилпенициллин

2) [-]стрептомицин

3) [+]цепорин

4) [+]метициллин

5) [+]кефзол

25. Септикопиемия

1) [+]относится к четвертому этапу развития послеродовой инфекции по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса

2) [+]имеет эндокардиальную форму

3) [+]проявляется формированием абсцессов в скелетной мускулатуре

4) [-]является противопоказанием к удалению матки

5) [-]легко диагностируется при бактериологическом исследовании крови

26. Послеродовая язва

- 1) [+]относится к первому этапу септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса
- 2) [+]проявляется нагноением швов
- 3) [-]обычно не требует антибактериальной терапии
- 4) [+]лечится с применением УФО
- 5) [+]является показанием для перевода в наблюдательное отделение

27. Разлитой послеродовый перитонит

- 1) [-]относится к четвертому этапу септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса
- 2) [-]имеет типичную классическую клиническую симптоматику
- 3) [+]является показанием к удалению матки
- 4) [-]осложняется эмболией легких
- 5) [+]в большинстве случаев возникает после кесарева сечения

28. Открытие этиологии родильной горячки связано с именем

- 1) [-]Н.М.Максимовича-Амбодика
- 2) [+]И.Ф.Земмельвейса
- 3) [-]Д.О.Отта
- 4) [-]Н.Н.Феноменова
- 5) [+]Луи Пастера

29. Сохранение относительно высокого уровня гнойно-септической заболеваемости связано

- 1) [+]с созданием крупных стационаров
 - 2) [+]с созданием специализированных стационаров
 - 3) [+]с расширением показаний к кесареву сечению
 - 4) [+]с широким внедрением амниоскопии в акушерскую практику
 - 5) [+]с распространением методов хирургического лечения невынашиваемости
-

30. Состав микробной флоры при гнойно-септических послеродовых заболеваниях

- 1) [-]остается неизменным с начала 50-х годов нашего столетия
 - 2) [-]одинаков в роддомах одного региона
 - 3) [+]может включать ассоциации аэробных и анаэробных микробов
 - 4) [+]зависит от продолжительности работы послеродовой койки в году
 - 5) [-]не имеет характерных особенностей
-

31. Гнойно-септические послеродовые заболевания

- 1) [+]склонны к генерализации
 - 2) [+]могут сопровождаться психозами
 - 3) [+]могут протекать с развитием геморрагического синдрома
 - 4) [-]встречаются с частотой, не превышающей 1%
 - 5) [-]не имеют связи с продолжительностью родов
-

32. Риск гнойно-септических послеродовых осложнений значительно повышается

- 1) [+]после продолжительных родов
 - 2) [-]после стремительных родов
 - 3) [+]после кровопотери свыше 0.5% массы женщины
 - 4) [+]после перинеографии
 - 5) [-]после запоздалых родов
-

33. Название послеродовая язва применяется к унифицированным

- 1) [+]ранам промежности
 - 2) [+]ранам шейки матки
 - 3) [+]ранам стенки влагалища
 - 4) [-]ранам передней брюшной стенки после чревосечения
 - 5) [-]трещинам соска молочной железы
-

34. Рациональная профилактика гнойно-септических осложнений после кесарева сечения

- 1) [+]может заключаться в однократном капельном внутривенном введении 2.0 г клафорана сразу после пережатия пуповины
- 2) [+]может заключаться в однократном введении антибиотика широкого спектра действия в течение первых 3 часов послеоперационного периода
- 3) [+]должна всегда начинаться введением антибиотика перед началом операции
- 4) [+]может заключаться в парентеральном применении 2-х антибиотиков в течении 5-ти дней послеоперационного периода
- 5) [-]начинается с разреза кожи и внутривенного введения 1.0 г ампиокса

35. Генерализация инфекционных послеродовых процессов

- 1) [+]чаще наблюдается у больных сахарным диабетом
 - 2) [+]обусловлена физиологическими изменениями иммунологической системы организма роженицы
 - 3) [+]чаще встречается после акушерских операций в родах
 - 4) [-]происходит только при высоко вирулентной микробной флоре
 - 5) [-]не зависит от характера инволюции матки
-

36. К диагностическим критериям сепсиса относятся

- 1) [-]самочувствие больной
- 2) [+]нейтрофильный сдвиг влево
- 3) [+]учащенный лабильный пульс
- 4) [+]несоответствие между температурой и пульсом
- 5) [-]выраженность местных проявлений

Искусственный аборт

1. Аборт

- 1) [-]это прерывание беременности в сроке до 29 недель
 - 2) [-]называется поздним, начиная с 18 недель
 - 3) [-]в поздних сроках может быть осуществлен путем экстраамниального введения гипертонического раствора
 - 4) [+]может быть причиной невынашивания, бесплодия
 - 5) [-]абсолютно противопоказан при высоком риске сенсбилизации по резус-фактору
-

2. Мини-аборт

- 1) [+]может быть выполнен в амбулаторных условиях
 - 2) [-]производится при задержке менструации до 30 дней
 - 3) [-]выполняется после расширения цервикального канала до 8 номера расширителей Гегара
 - 4) [-]производится с помощью кюретки N2
 - 5) [-]не имеет осложнений
-

3. Поздний аборт может быть выполнен

- 1) [-]по желанию женщины старше 30 лет
- 2) [+]по социальным показаниям
- 3) [-]без согласия женщины при хромосомной патологии у плода
- 4) [+]женщине, имевшей контакт по краснухе в I триместре беременности
- 5) [-]по поводу полного предлежания плаценты, обнаруженного при УЗИ

4. Врач может отказать в производстве искусственного аборта при выявлении

- 1) [-]эрозии шейки матки
 - 2) [-]миомы матки
 - 3) [-]носительства вируса иммунодефицита
 - 4) [+]гонококков в мазках из цервикального канала
 - 5) [-]хронической инфекции любой локализации
-

5. Выскабливание полости матки

- 1) [-]является единственным способом искусственного аборта
- 2) [-]не требует общего обезболивания
- 3) [+]может быть начато только после влагалищного исследования, выполненного оператором
- 4) [+]может быть выполнено без использования абортцанга
- 5) [-]должно заканчиваться обработкой полости матки антисептиком

Переношенная беременность

1. Пролонгированная беременность характеризуется

- 1) [+]продолжительностью более 294 дня
- 2) [-]развитием фетоплацентарной недостаточности
- 3) [-]рождением ребенка с признаками незрелости
- 4) [-]многоводием
- 5) [-]маловодием

2. Для диагностики переношенной беременности используют

- 1) [+]определение срока беременности по данным анамнеза
- 2) [+]амниоскопию
- 3) [-]окситоциновый тест Смита
- 4) [+]УЗИ
- 5) [+]кольпоцитоскопию

3. Для переношенной беременности не характерно

- 1) [-]высокое стояние дна матки
- 2) [+]нарастание массы тела беременной
- 3) [-]уменьшение окружности живота
- 4) [-]ограничение подвижности плода, маловодие
- 5) [-]усиление или ослабление движений плода

4. Классический синдром переношенности новорожденного не включает

- 1) [-]мацерацию кожи в области стоп и ладоней
 - 2) [-]отсутствие казеозной смазки
 - 3) [-]удлинение ногтей
 - 4) [+]отек подкожной клетчатки
 - 5) [-]узость швов и родничков
-

5. Для запоздалых родов не характерна высокая частота

- 1) [-]несвоевременного излития околоплодных вод
- 2) [-]клинически узкого таза
- 3) [+]бурной родовой деятельности
- 4) [-]гипоксии плода
- 5) [-]травматизма матери

Заболевания почек и беременность

1. Гломерулонефрит у беременных

- 1) [-]чаще встречается в острой стадии
 - 2) [-]считается одной из причин предлежания плаценты
 - 3) [+]рано осложняется развитием гестоза
 - 4) [+]при благоприятном течении является показанием к госпитализации за 3 недели до родов
 - 5) [-]обычно не сопровождается гипотрофией плода
-

2. Изменения уродинамики у беременных не имеют зависимости

- 1) [-]от гормонального фона
 - 2) [-]от размеров матки
 - 3) [-]от положения на спине или на боку
 - 4) [-]от состояние вен яичникового сплетения
 - 5) [+]от увеличения минутного объема сердца
-

3. Пиелонефрит у беременных

- 1) [+]чаще встречается во второй половине беременности
 - 2) [-]чаще левосторонний
 - 3) [-]обычно стрептококковой этиологии
 - 4) [-]не оказывает влияния на эритропоз
 - 5) [+]может сопровождаться артериальной гипертензией
-

4. Острый пиелонефрит беременных

- 1) [-]обычно не сопровождается выраженной интоксикацией
- 2) [-]не представляет сложностей в дифференциальной

диагностике

3) [-]является противопоказанием к катетеризации мочеточников

4) [+]может осложняться развитием бактериально-токсического шока

5) [-]при безуспешной терапии является показанием к прерыванию беременности и последующей операции на почках

5. Пиелонефрит

1) [-]при наличии частых обострений является показанием к прерыванию беременности

2) [+]повышает риск послеродовых гнойно-септических осложнений

3) [-]в I триместре беременности лучше лечить антибиотиками группы аминогликозидов

4) [-]характеризуется быстрым регрессом после прерывания беременности

5) [+]обычно обостряется на 4-6 и 12-14 день послеродового периода

6. При лечении гломерулонефрита у беременных противопоказано назначение

1) [-]ограничений жидкости

2) [-]салуретических мочегонных препаратов

3) [-]кардиотонических средств

4) [+]кортикостероидов

5) [+]иммунодепрессантов

Невынашивание беременности

1. Невынашивание

- 1) [+]это прерывание беременности в сроки от зачатия до 37 недель
 - 2) [-]включает все случаи антенатальной и интранатальной гибели плода
 - 3) [-]чаще наблюдается во II триместре беременности
 - 4) [+]может быть показанием для пересадки аллогенной кожи
 - 5) [-]не требует лечения вне беременности
-

2. Наиболее частой причиной прерывания беременности является

- 1) [-]гипотиреоз
 - 2) [+]гормональная недостаточность яичников и плаценты
 - 3) [-]истмико-цервикальная недостаточность
 - 4) [-]генитальный инфантилизм
 - 5) [-]иммунологический конфликт
-

3. Патогенетически не обосновано и не может быть использовано для лечения угрозы прерывания беременности назначение

- 1) [-]дексаметазона
- 2) [-]сернокислой магнезии
- 3) [-]партусистена
- 4) [-]седуксена
- 5) [+]овидона

4. Противопоказанием к хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности не считается

- 1) [-]кровотечение
- 2) [-]аномалия развития плода
- 3) [-]повышенная возбудимость матки
- 4) [+]пролабирование плодного пузыря
- 5) [-]IV степень чистоты влагалища

5. Операции В.Широдкара, Б.Сценди, Л.И.Любимовой и Н.М.Мамедалиевой применяются для лечения невынашивания, связанного

- 1) [-]с пороком развития матки
- 2) [-]с функциональной истмико-цервикальной недостаточностью
- 3) [+]с органической истмико-цервикальной недостаточностью
- 4) [-]с внутриматочными синехиями
- 5) [-]с инфантилизмом

Эмболия околоплодными водами

1. В комплекс неотложных мероприятий при эмболии околоплодными водами не входит

- 1) [-]искусственная вентиляция легких
 - 2) [+]массивная антибактериальная терапия
 - 3) [-]предупреждение ДВС-синдрома
 - 4) [-]борьба с отеком легких
 - 5) [-]применение больших доз кортикостероидов
-

2. Эмболии околоплодными водами обычно предшествует

- 1) [+]бурная родовая деятельность
 - 2) [-]длительный подготовительный период
 - 3) [-]длительный безводный период
 - 4) [-]повышение артериального давления
 - 5) [-]пиелонефрит беременных
-

3. Основной причиной смерти при эмболии околоплодными водами является

- 1) [+]тяжелый анафилактический шок
 - 2) [-]бактериально-токсический шок
 - 3) [-]геморрагический шок
 - 4) [-]кардиогенный шок
 - 5) [-]тромбоз мозговых артерий
-

4. В симптомокомплекс эмболии околоплодными водами не входит

- 1) [-]озноб
 - 2) [-]повышение температуры тела
 - 3) [-]цианоз верхней половины туловища
 - 4) [-]одышка
 - 5) [+]повышение артериального давления
-

5. К факторам, способствующим развитию эмболии околоплодными водами, не относится

- 1) [-]преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- 2) [-]предлежание плаценты
- 3) [-]разрыв матки
- 4) [-]дистоция шейки матки
- 5) [+]многоводие

Сахарный диабет и беременность

1. При сроке беременности 36 недель у больной сахарным диабетом I типа отмечено ухудшение шевелений и на КТГ - признаки гипоксии плода. Показано

- 1) [-]расширение консервативной терапии, сохранение беременности до доношенного срока
- 2) [-]начать подготовку к родовозбуждению
- 3) [-]родовозбуждение, при отсутствии эффекта - кесарево сечение
- 4) [-]родовозбуждение, при ухудшении состояния плода или матери - кесарево сечение
- 5) [+]**кесарево сечение**

2. К характерным осложнениям во время беременности и родов у больных сахарным диабетом не относится

- 1) [-]преждевременное прерывание беременности
- 2) [-]раннее развитие позднего токсикоза
- 3) [+]**маловодие**
- 4) [-]ангиопатия сетчатки
- 5) [-]слабость родовой деятельности

3. Для новорожденных, родившихся от матерей с сахарным диабетом, характерна

- 1) [+]**большая масса тела**
- 2) [+]**гипогликемия**
- 3) [+]**высокая частота респираторных расстройств**

4) [+]высокая частота пороков развития

5) [+]гипокальцемиа

4. При беременности больные сахарным диабетом могут получать

1) [+]диетотерапию с ограничением углеводов и жиров

2) [+]инсулинотерапию

3) [-]сахаропонижающие препараты группы сульфаниламочевины

4) [-]бигуаниды

5) [-]диетотерапию с ограничением белков

5. Показаниями для проведения пробы на толерантность к глюкозе во время беременности являются

1) [+]рождение крупного ребенка в анамнезе

2) [+]мертворождение в анамнезе

3) [+]наличие диабета у родителей

4) [+]ожирение

5) [-]повышенный уровень глюкозы натощак