

Green Test



Тест по
акушерству

Тест по акушерству

Тест по акушерству достаточно сложный, поэтому лучше использовать следующий механизм подготовки:

1. Для начала прочитать все вопросы из одной темы, затем прорешать эту тему в режиме тренировки.
2. После этого просмотреть свои ошибки и учесть их.
3. Потом перейти к следующей теме и работать с ней точно также.

На подготовку может уйти от трех до пяти часов.

Тема 1. 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 мыс

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 малого таза

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 удаленными 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 остистого 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, - Distancia 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 предлежащей 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

Тема 2. 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 ягодич
- 3)+ рождения туловища до нижнего угла передней лопатки
- 4) внутреннего поворота головки
- 5) врезывания ягодич

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 ягодичы 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

Тема 3. 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 включительно

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, венерологом

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 повторнобеременные 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 прекращение 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 Пискачака 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)+ Пискачака, 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 предлежащей части
- 3) позицию плода
- 4) вид позиции плода
- 5)+ баллотирование головки

51. Четвертым приемом Леопольда-Левицкого определяют

- 1) положение плода
- 2)+ характер предлежащей части плода
- 3) позицию плода
- 4) вид позиции плода
- 5)+ отношение предлежащей 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
- 5) 74 дня

Тема 4. 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 фиксации 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 альбуцида
- 2)+** всем новорожденным введением на конъюнктивы 1-2 капель свежего 30% раствора альбуцида
- 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, рефлексы, 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

Тема 5. Токсикозы.

1. Ежедневная 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)+ птоялизм, 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. Непропатии 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. Непропатии 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. Непропатии 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 гипопроотеинемии 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, гиргроний, имехин, пентамин
- 3) эуфиллин, галидор, ганглерон, но-шпа
- 4) магнезия сульфат, глюкозо-новокаиновая смесь
- 5) диголин, 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 магнезиальной 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 магнезиальной 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 сибутин 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, гипопроteinемия, 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 эпигастриальной 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 сетчатку 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 pH 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
- 5) 2500 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. Первородящая 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
- 5) рвота беременных

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. Первородящая 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 записью 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 магнезиальную 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

Тема 6. 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 родильниц 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 формирование 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 родильнице 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) $5 \cdot \text{число дней жизни}$ (мл)
- 4)+** $10 \cdot \text{число дней жизни}$ (мл)
- 5) 50 (мл)

35. Транзиторное повышение температуры тела роженицы 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, эуфиллин
- 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) метрорэндометритом

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 тромбозом 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 наблюдение 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

Тема 7. 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) пузырьный 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 тонусе
- 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 гипоксии 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) мониторинг 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 нескрытом 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)+** мониторинговое наблюдение за состоянием плода
- 5) вакуум-экстракцию плода

Тема 8. 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)+ прорастание ворсин хориона в базальный слой эндометрия
- 4) прорастание ворсин хориона до серозной оболочки
- 5) глубокое врастание ворсин хориона в миометрий

2. Плотное приращение плаценты (Placenta Adhaerens)

- 1) чаще встречается при переносимой 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 приращения плаценты относят

- 1) переносимую беременность
- 2) поздний токсикоз беременных
- 3)+ структурно-морфологические изменения эндометрия
- 4) гипертоническую болезнь, заболевания почек
- 5)+ повышенную протеолитическую активность хориона

7. Дифференциальная диагностика плотного 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 прокоагулянтов
- 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 кровоток 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

Тема 9. 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 бывает 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 клиническим узком тазе входит

- 1)+ болезненность схваток
- 2) внезапное прекращение схваток
- 3)+ отек передней губы шейки матки
- 4)+ затрудненное мочеиспускание
- 5)+ расположение контракционного 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 защищены 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 послеродовый 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 паракольный

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

Тема 10. 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 переносимости 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)+ требует 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 сечения
- 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) декапитации

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

Тема 11. 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 магнезиальную 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 родильниц 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)+ тромбоэмболия
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 послеродовой 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

Тема 12. 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 ягодич
- 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 УЗИ-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

Тема 13. 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 сводится 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 Е
- 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 проведено 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)+ требует мониторингового контроля 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

Тема 14. 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)+ плоскорахитический 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. Плоскорахитический 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 щипцам
- 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 плода

18. Родоразрешение операцией кесарева сечения проводится в плановом порядке при сочетании первой степени сужения таза

- 1)+ с перенесенной 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) плоскорахитического 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)+ плоскорахитический
- 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

Тема 15. 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 мониторинг 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 аборт 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 сибигетина
- 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)+ сенсибилизации резус-антигенами
- 2) внутриматочной инфекции
- 3)+ сенсибилизации антигенами системы АВО
- 4) хронической гипоксии плода при позднем токсикозе беременных
- 5) сенсибилизации 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

Тема 16. Послеродовые гнойно-септические заболевания.

1. К первому этапу послеродового септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса 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.Бартельса 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.Бартельса 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.Бартельса относятся
 - 1) разлитой перитонит
 - 2) септический шок
 - 3)+ септицемия
 - 4)+ септикопиемия
 - 5) прогрессирующий тромбофлебит
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)+ внутрь по 0.1 г хинина гидрохлорида три раза в день
 - 3)+ внутрь 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 тромбофлебит 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)+ аппликации 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)+ продигоизана

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 послеродовой 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 инфицированным

- 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

Тема 17. 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 экстрааминимального введения гипертонического раствора
- 4)+ может быть причиной невынашивания, бесплодия
- 5) абсолютно противопоказан при высоком риске сенсibilизации 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

Тема 18. 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

Тема 19. 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 эритропоэз
- 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

Тема 20. 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

Тема 21. 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) дистония шейки матки
- 5)+ многоводие

Тема 22. 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)+ гипокальцемия

4. При беременности больные сахарным диабетом могут получать

- 1)+ диетотерапию с ограничением углеводов и жиров
- 2)+ инсулинотерапию
- 3) сахаропонижающие препараты группы сульфанилмочевины
- 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

generated at geetest.ru

Table of Contents

Тема 1. Родовые пути. Плод как объект родов.	2
Тема 2. Биомеханизм родов.	11
Тема 3. Диспансеризация беременных и их обследование в ЖК.	18
Тема 4. Клиническое течение родов.	26
Тема 5. Токсикозы.	36
Тема 6. Нормальный послеродовый период.	43
Тема 7. Кровотечения во время беременности.	50
Тема 8. Кровотечения в III и раннем послеродовом периодах.	55
Тема 9. Акушерский травматизм.	60
Тема 10. Акушерские операции.	65
Тема 11. Беременность и роды при С/С заболеваниях.	71
Тема 12. Неправильные положения и предлежания плода.	74
Тема 13. Аномалии родовой деятельности.	79
Тема 14. Узкий таз.	84
Тема 15. Патология новорожденных.	88
Тема 16. Послеродовые гнойно-септические заболевания.	93
Тема 17. Искусственный аборт.	99
Тема 18. Переношенная беременность.	100
Тема 19. Заболевания почек и беременность.	101
Тема 20. Невынашивание беременности.	102
Тема 21. Эмболия околоплодными водами.	103
Тема 22. Сахарный диабет и беременность.	104