

**Государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение
Департамента здравоохранения города Москвы
«Медицинский колледж № 6»**

Тестовые задания для среза знаний

**ПМ.04 Медицинская помощь женщине, новорожденному, семье при патологическом
течении беременности, родов, послеродового периода.**

МДК 04.01 Патологическое акушерство
Специальность 31.02.02 Акушерское дело

Москва, 2018 г

ОДОБРЕНО ПЦК Акушерское дело Протокол № 7 от «30» марта 2018 г.	Разработана на основе Федерального государственного образовательного стандарта по специальности среднего профессионального образования 31.02.02 Акушерское дело
Председатель ПЦК по специальности Акушерское дело _____/ Тихонова Т.А.	

Автор – преподаватель профессиональных модулей высшей квалификационной категории
ГБПОУ ДЗМ «МК № 6» Бандас О.Ф.

- ДЛЯ ТОКСИКОЗА ХАРАКТЕРНО
 - Отеки
 - + Потеря веса
 - Гипертензия
 - Брадикардия
- ПРИ НЕУКРОТИМОЙ РВОТЕ ОБЫЧНО ПОЯВЛЯЕТСЯ
 - Брадикардия
 - + Тахикардия
 - Гипертензия
 - Гипотермия
- ПРИ РВОТЕ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ
 - Лечение может быть амбулаторным
 - Всегда требуется срочное прерывание беременности
 - + Показано лечение в стационаре
 - Из-за риска эмбриопатии лекарственные средства не назначают.
- ПРИ ТОКСИКОЗЕ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНА
 - Пиурия
 - Лейкоцитурия
 - Бактериурия
 - + Ацетонурия
- К РЕДКИМ ФОРМАМ ТОКСИКОЗА ОТНОСИТСЯ
 - Птиализм
 - Слюнотечение
 - + Острая желтая атрофия печени
 - Рвота беременных.
- ДЛЯ ЛЕГКОЙ ФОРМЫ РВОТЫ БЕРЕМЕННЫХ ХАРАКТЕРНО
 - Потеря массы тела 8-10 кг
 - Рвота до 10 раз в сутки
 - Температура 37,5 градусов
 - + Отсутствие ацетона в моче
- ДЛЯ БОРЬБЫ С ОБЕЗВОЖИВАНИЕМ ПРИМЕНЯЮТ
 - Сульфат магния

- Эуфиллин
 - Гипотиазид
 - + Хлосоль.
- ПРОТИВОРВОТНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ
 - Цепорин
 - + Церукал
 - Цифран
 - Цитрамон
 - К РЕДКИМ ФОРМАМ ТОКСИКОЗОВ ОТНОСЯТСЯ
 - Отеки беременных
 - Рвота беременной
 - + Остеомаляция
 - Нефропатия.
- # Наиболее частые формы раннего токсикоза:
- дерматоз;
 - острая желтая атрофия печени;
 - + рвота;
 - остеомаляция.
- # Наиболее информативный метод исследования при раннем токсикозе:
- УЗИ;
 - + анализ мочи на кетоновые тела;
 - биохимический анализ крови;
 - офтальмоскопия.
- # Показание к прерыванию беременности при рвоте беременных:
- рвота более 10 раз в сутки;
 - показатель гемоглобина менее 110 г/л;
 - + гипербилирубинемия;
 - потеря массы тела более 5 кг в неделю.
- # Тактика ведения беременных с легкой степенью рвоты включает:
- госпитализацию;
 - + изменение режима питания;
 - консультацию терапевта;
 - консультацию гастроэнтеролога.
- # Необходимый объем инфузионной терапии при тяжелой рвоте:
- не менее 0,5 л;
 - не менее 1,0 л;
 - не менее 1,5 л;
 - + не менее 2,0 л.
- # При острой желтой атрофии печени обязательно:
- биопсия печени;
 - радиоизотопное исследование печени;
 - + прерывание беременности;
 - назначение гепатопротекторов
- К ПРИЗНАКАМ ГЕСТОЗА ОТНОСЯТСЯ
 - Гипотония

- Тахикардия
 - Обезвоживание
 - + Отеки.
- ДЛЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ ХАРАКТЕРНА
 - Пиурия
 - Лейкоцитурия
 - Бактериурия
 - + Протеинурия.
- В ТРИАДУ ПРИЗНАКОВ ЦАНГЕНМЕЙСТЕРА ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ НЕ ВХОДИТ
 - Гипертензия
 - Отеки
 - + Кетонурия
 - Протеинурия.
- ДЛЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА
 - Макросомия плода
 - + Гипотрофия плода
 - Крупный плод
 - Перенашивание.
- НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БЕРЕМЕННОЙ, У КОТОРОЙ ИМЕЕТСЯ ТРИАДА ПРИЗНАКОВ ЦАНГЕНМЕЙСТЕРА И БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, ПРОВОДИТСЯ
 - Амбулаторно
 - В дневном стационаре
 - +В палате интенсивной терапии родильного отделения.
 - В обычной палате обсервационного отделения.
- ЛЕЧЕБНО-ОХРАНИТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ВВЕДЕНИЕМ
 - Эуфиллина
 - +Дроперидола и седуксена
 - Синестрола и сигетина
 - Анальгина
- ТИПИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРЕЭКЛАМПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ
 - Гипогликемия
 - Гипотония
 - +Гипертензия
 - Анемия
- В ТРИАДУ СИМПТОМОВ ПРЕЭКЛАМПСИИ ВХОДИТ
 - +Протеинурия
 - Бактериурия
 - Лейкоцитурия
 - Пиурия
- # Наиболее опасный симптом ПЭ:
- отеки ног;
 - отеки передней брюшной стенки;
 - + АГ;
 - гипопроteinемия.

- # Наиболее информативное при ПЭ дополнительное исследование:
 - УЗИ;
 - анализ мочи по Нечипоренко;
 - общий анализ крови;
 - + офтальмоскопия.

- # Минимальные клинические критерии ПЭ:
 - отеки в конце дня;
 - АГ после 16 нед беременности;
 - ацетонурия;
 - + АГ после 20 нед беременности.

- # Клинические критерии тяжелой ПЭ:
 - САД >160 мм рт.ст.;
 - протеинурия >1 г/л в суточной моче;
 - отеки на ногах
 - + тошнота/рвота, головная боль

- # Основной принцип терапии ПЭ:
 - гипотензивные ЛС;
 - мочегонные ЛС;
 - витаминотерапия;
 - + осмотерапия.

- # Во время приступа эклампсии акушерка должна:
 - выполнить влагалищное исследование;
 - вскрыть плодный пузырь;
 - + предупредить аспирацию и асфиксию;
 - удерживать руки беременной.

- # После приступа эклампсии необходимо:
 - сразу же произвести кесарево сечение;
 - + начать терапию сульфатом магния;
 - провести профилактику РДС плода;
 - ввести СЗП.

- # Послеродовой период при ПЭ может осложниться:
 - + кровотечением;
 - отслойкой плаценты;
 - гипогалактией;
 - эклампсией.

- # Анемии у беременных часто обусловлены:
 - недостатком витаминов;
 - + дефицитом железа;
 - избытком микроэлементов;
 - проживанием в городской местности.

- # Часто встречающаяся форма анемии беременных:
 - а) мегалобластная;
 - б) гипопластическая;
 - + железо-белководефицитная;

г) иммунодефицитные состояния.

Непосредственные причины железодефицитной анемий:

- + дефицит железа;
- б) частые простудные заболевания;
- в) частые кровопотери;
- г) иммунодефицитные состояния.

Клинические признаки анемии у беременных:

- + бледность кожного покрова;
- б) АГ;
- в) одутловатость лица;
- г) проксимальная миопатия.

Характерные осложнения беременности при анемии:

- + ЗРП;
- б) многоводие;
- в) гестационный СД;
- г) ПЭ.

Типичные осложнения родов при анемии:

- + слабость родовой деятельности;
- б) АГ;
- в) артериальная гипотензия;
- г) острая гипоксия плода.

Способы лечения анемий:

- + железосодержащие препараты;
- б) оперативное;
- г) инфузионная терапия;
- д) плазмаферез.

Прерывание беременности показано:

- + при остром гломерулонефрите;
- б) остром цистите;
- в) бессимптомной бактериурии;
- г) мочекаменной болезни.

Диета при заболевании почек во время беременности:

- а) не соллюдается;
- + обязательна;
- в) белковосодержащая;
- г) бессолевая.

Обследование больных пиелонефритом при беременности включает:

- + посев мочи и определение антибиотикочувствительности;

- б) Еженедельный анализ мочи на белок;
- в) измерение АД;
- г) измерение внутриглазного давления.

Какой вариант гестационного пиелонефрита развивается чаще?

- + правосторонний;
- б) левосторонний;;
- в) двусторонний.

Гестационный пиелонефрит возникает в следующие критические сроки:

- а) 14-22 нед;
- б) I триместр беременности ;
- в) срок не имеет значение;
- + III триместр беременности.

Противопоказание к вынашиванию беременности при пиелонефрите:

- + пиелонефрит единственной почки;
- б) двусторонний пиелонефрит;
- в) пиелонефрит в сочетании с СД;
- г) пиелонефрит в сочетании с тяжелой анемией.

В норме количество эритроцитов у женщины составляет:

- + $4,0-5,5 \times 10^{12}/л$
- б) $1,5-2,5 \times 10^{12}/л$
- в) $5,5-6,0 \times 10^{12}/л$
- г) $3,2-3,7 \times 10^{12}/л$

Факторы риска развития анемии у беременных:

- + короткий интергенетический интервал;
- б) проживание в городской местности;
- в) большие физические нагрузки;
- г) курение, неумеренный прием алкоголя во время беременности.

Что входит в план ведения беременности в I триместре при сердечнососудистых заболеваниях:

- а) полное клиническое исследование для уточнения диагноза;
- + вопрос о прерывании беременности до 12 нед зависит от выраженности порока и состояния сердечно-сосудистой системы;
- в) прогноз беременности оценивают в зависимости от вида порока;
- г) в случае пролонгирования беременности осуществляют лечебные мероприятия, направленные на лечение акушерских осложнений

В каких случаях возможно ведение родов через естественные родовые пути при сердечно-сосудистых заболеваниях:

- а) при декомпенсации кровообращения у больных с пролапсом МК, недостаточностью МК;
- б) септический эндокардит;
- + при адекватном обезболивании на всех этапах родов для профилактики возникновения или усугубления сердечной недостаточности;

- г) ревмокардит II и III степени активности;
- д) при компенсации кровообращения у больных с аортальными пороками сердца, врожденными пороками сердца «бледного типа»

Сколько раз и в какие сроки во время беременности госпитализируют в стационар женщин с ГБ:

- + трижды за время беременности
- б) госпитализацию проводят в 12 нед, 24 нед и 35 нед;
- в) дважды за время беременности
- г) первая госпитализация - до 12 нед; вторая - 28-32 нед

В чем заключаются мероприятия для профилактики и лечения плацентарной недостаточности при анемии у беременных:

- + диетотерапия, включающая применение пищевых белковых продуктов;
- б) коррекция микроэкологии родовых путей путем применения ацидофильных лактобацилл;
- в) лечение всех сопутствующих заболеваний;
- г) лечение основного заболевания препаратами железа

В чем заключаются основные принципы лечения пиелонефрита:

- а) беременные, больные пиелонефритом, должны быть госпитализированы при выявлении в анамнезе данного заболевания;
- + принципы лечения заключаются в улучшении пассажа мочи, ликвидации ее застоя, интенсивном выведении микроорганизмов и их токсинов и санации мочевыводящих путей;
- в) беременные, больные пиелонефритом, должны быть госпитализированы при появлении признаков ПЭ, невынашивании и ухудшении состояния плода (гипоксия и гипотрофия);
- г) основной принцип лечения пиелонефрита - витаминотерапия?

Каковы показания для досрочного родоразрешения при гломерулонефрите:

- а) тазовое предлежание плода;
- + отсутствие эффекта от проводимого лечения;
- в) обострение хронического гломерулонефрита, несопровождающееся нарушением функции почек;
- г) желание пациентки?

Каковы основные рекомендации по ведению беременных с СД:

- + планирование беременности; предгравидарная подготовка;
- б) госпитализации беременных в 12, 28, 36 нед;
- в) дальнейшее наблюдение за потомством больных СД матерей не обязательно
- г) госпитализации беременных в 12

Каковы основные принципы лечения гипотиреоза у беременных:

- + назначение заместительной терапии, которую проводят всю беременность;
- б) назначение заместительной терапии, которую проводят в I триместре;
- в) в 3 триместре дозу гормонов следует увеличить;
- г) лечение гипотиреоза двухэтапное: 1) ликвидация дефицита тиреоидных гормонов; 2) поддержание состояния компенсации

Каковы показания для прерывания беременности при туберкулезе:

- + активная форма туберкулеза позвоночника, таза, особенно с образованием абсцесса или фистулы;

- б) туберкулез тазобедренного, коленного, голеностопного суставов;
- в) компенсированная форма туберкулеза;
- г) вираж туберкулиновых проб

Термин «изоиммунизация» означает:

- а) стимуляцию иммунитета;
- б) подавление иммунитета;
- + образование антител;
- г) снижение реактивности организма;

Изоиммунизация может быть вызвана несовместимостью:

- а) групп крови матери и плода;
- б) крови матери и плода по резус-фактору;
- в) по другим дополнительным антигенам (М, Келл, Даффи и др.)
- + всего перечисленного;

Условия возникновения аллоиммунизации:

- + наличие Rh(+)-плода у Rh(-)-матери;
- б) десенсибилизация матери к Rh-фактору;
- в) переливание совместимой крови в анамнезе;
- г) аборт в анамнезе у Rh(+)-матери

После первой беременности частота иммунизации без профилактики у Rh(-)-женщин в среднем составляет:

- + 16%
- б) 20%
- в) 30%
- г) 40%

Сочетание групповой и Rh-сенсibilизации в материнском организме для ее ребенка:

- а) не имеет значение;
- б) более опасно;
- в) менее опасно;
- г) благоприятно.

Наиболее неблагоприятный признак ГБП:

- а) нарастание титра антител;
- б) «скачущий титр антител»;
- в) наличие «неполных» антител;
- + признаки асцита у плода;
- д) все перечисленное.

Вес плаценты при ГБП составляет;

- а) 300г;
- б) 500г;
- в) 700 г;
- + более 1000 г;

Если через 6 месяцев после родов в крови нет противорезусных антител, можно считать, что специфическая профилактика была эффективна:

- а) нет;
- + да;
- в) в зависимости от осложнений;
- г) в зависимости от паритета родов.

Резус-иммунизация у беременной развивается при следующих обстоятельствах:

а) Rh(+)-матери проникает в плодовый кровоток и стимулирует образование плодовых антител;
+ Rh(+)-кровь плода проникает в кровоток матери и стимулирует образование материнских антител; в)
Rh(-)-кровь плода проникает в кровоток матери и стимулирует образование материнских антител; г)
Rh(-)-матери проникает в плодовый кровоток и стимулирует образование плодовых антител

Какую дозу RhoGAM рекомендовано применять при антенатальной профилактике в 28 нед гестации?

а) 50 мкг у sensibilized беременной;
б) 50 мкг у non-sensitized беременной;
в) 300 мкг у sensibilized беременной;
+ 300 мкг у non-sensitized беременной.

На каком этапе беременности обычно происходит смешивание материнской и плодовой крови?

а) при зачатии;
б) в 9 нед беременности при достаточном развитии сердца плода;
в) в 3 триместре в 32-34 нед гестации;
+ материнская и плодовая кровь никогда не смешиваются.

- РИСК РЕЗУС-КОНФЛИКТА

а) Уменьшается с каждой беременностью
б) Отсутствует при первой и второй беременности
в) Отсутствует при резус-положительной крови матери и отрицательной у отца
+ Высок при резус-положительной крови отца и отрицательной у матери.

- КОНТРОЛЬ КРОВИ НА АНТИТЕЛА ПРИ ВЕРОЯТНОСТИ КОНФЛИКТА ПРОВОДИТСЯ

а) 1 раз за беременность
б) 1 раз в триместр
+ 1 раз в месяц
г) Ежедневно.

- С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЗУС-КОНФЛИКТА ПРИ ВТОРОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В ТЕЧЕНИЕ 24 ЧАСОВ ПОСЛЕ ПЕРВЫХ РОДОВ ИЛИ АБОРТА ВВОДЯТ

а) Антибиотики
+ Специальный гамма-глобулин
в) Гемостатические средства
г) Глюкокортикоиды.

- ПРОФИЛАКТИКЕ НЕЗАРАЩЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА И ВЕРХНЕГО НЕБА У ПЛОДА СПОСОБСТВУЕТ ПРИЕМ

а) Антибиотиков
б) Прогестерона
+ Фолиевой кислоты
г) Аскорбиновой кислоты.

Симптомы угрожающего аборта:

а) кровастые выделения;

- б) низкое прикрепление хориона;
- + ощущение тяжести внизу живота;
- г) раскрытие шейки матки.

Симптомы начавшегося аборта:

- + кровянистые выделения;
- б) низкое прикрепление хориона;
- в) ощущение тяжести внизу живота;
- г) брадикардия у плода.

Замершая беременность - это:

- а) отсутствие эмбриона в плодном яйце;
- + отсутствие сердцебиения у эмбриона;
- в) тахикардия у плода;
- г) отставание в росте плода.

Наиболее частые причины потери беременности в ранние сроки:

- а) эндокринопатии;
- + генетические аномалии;
- в) воспалительные процессы половых органов;
- г) соматические заболевания.

Диагностика неразвивающейся беременности основана:

- а) на жалобах беременной;
- б) лабораторных данных;
- в) давления и пульса
- + отсутствие динамики роста матки.

Преждевременные - это роды:

- а) в сроке до 28 нед;
- + в сроке до 37 нед;
- в) в сроке до 23 нед;
- г) в сроке до 20 нед.

Препараты для токолиза:

- а) окситоцин;
- б) метилэргометрин;
- в) ГЭК
- + гинипрал

Недоношенный ребенок имеет массу тела менее:

- а) 500 г;
- б) 1000 г;
- в) 2000 г;

+ 2500 г.

• ДЕКСАМЕТАЗОН ПРИМЕНЯЕТСЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- а) для профилактики осложнений у всех беременных
- + для профилактики респираторных расстройств новорожденного в группе риска
- в) для профилактики кровотечения во втором периоде родов
- г) для лечения аномалий родовой сил.

• ВОЗНИКНОВЕНИЕ МНОГОВОДИЯ ИЛИ МАЛОВОДИЯ В ОКОЛОПЛОДНОМ ПУЗЫРЕ ОБЫЧНО СВЯЗАНО С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ

- а) желудка
 - б) мочевого пузыря
 - + амниотического эпителия
 - г) миометрия.
- SPINA BIFIDA - ЭТО
 - а) дефект верхней губы
 - б) расщепление верхнего неба
 - + незаращение позвоночника
 - г) врожденный вывих.
 - ДЛЯ УГРОЖАЮЩЕГО ВЫКИДЫША ХАРАКТЕРНО
 - а) кровотечение
 - б) схваткообразные боли внизу живота
 - + ноющие боли внизу живота
 - г) укорочение шейки матки.
 - КРОВЯНИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ НЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
 - а) начавшегося выкидыша
 - б) выкидыша в ходу
 - в) неполного выкидыша
 - + угрожающего выкидыша
 - СЛЕДУЮЩАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ СТАДИЯ ВЫКИДЫША ПОСЛЕ УГРОЖАЮЩЕГО
 - а) полный
 - б) неполный
 - в) в ходу
 - + начавшийся.
 - ПРИ НЕПОЛНОМ ВЫКИДЫШЕ
 - + показана вакуум-аспирация полости матки
 - б) возможно сохранение беременности
 - в) проводится выжидательная тактика
 - г) более рационально лечение в дневном стационаре.
 - ТИПИЧНЫЕ СРОКИ ВЫКИДЫША ПРИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
 - а) до 3-х недель
 - б) 4-6 недель
 - в) 7-11 недель
 - + 16-18 недель.
 - ТОКОЛИТИЧЕСКИМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЕТ
 - а) Простенон
 - + Партусистен
 - в) Прозерин
 - г) Пахикарпин.
 - ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ, ВЫЗВАННОМ ПРОГЕСТЕРОНОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НАЗНАЧАЮТ ГОРМОНАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ
 - + Дюфастон
 - б) Дибазол
 - в) Дроперидол
 - г) Димедрол

- БЕТА-АДРЕНОМИМЕТИКИ
 - + Применяются для лечения угрожающих преждевременных родов
 - б) Рекомендуются для лечения в ранние сроки беременности
 - в) Не имеют побочных действий
 - г) Вызывают брадикардию.
- К ГРУППЕ БЕТА-АДРЕНОМИМЕТИКОВ НЕ ОТНОСИТСЯ
 - а) Гинипрал
 - б) Сальбутамол
 - Партусистен
 - + Изоптин.
- НАИБОЛЕЕ ЯРКИМ ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЕМ БЕТА-АДРЕНОМИМЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
 - Брадикардия
 - + Тахикардия
 - Гипогликемия
 - Гипотония.
- СРЕДСТВОМ ПРОФИЛАКТИКИ ПОБОЧНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПАРТУСИСТЕНА ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕПАРАТ ИЗ ГРУППЫ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ
 - + Изоптин
 - Изадрин
 - Бриканил
 - Беротек.
- СОХРАНЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПАРТУСИСТЕНОМ ПОКАЗАНО ПРИ
 - Диабете
 - Сердечно-сосудистой патологии
 - Тиреотоксикозе
 - + Истмико-цервикальной недостаточности
- ПРИЗНАКОМ ПЕРЕНОШЕННОСТИ ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ
 - Масса 4000г
 - Гидроцефалия плода
 - Широкие швы и роднички
 - + Мацерация кожи стоп и ладоней.
- ЗАПОЗДАЛЫМИ СЧИТАЮТСЯ РОДЫ НАЧИНАЯ СО СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ
 - 250 дней
 - 270 дней
 - 280 дней
 - + 295 дней.
- ПРИ ПЕРЕНАШИВАНИИ
 - Роды проходят точно так же как и срочные
 - Количество вод как правило увеличивается
 - + Увеличивается процент оперативных вмешательств
 - Невозможны роды через естественные родовые пути.
- ДЛЯ СНЯТИЯ ГИПЕРТОНУСА МАТКИ ИСПОЛЬЗУЮТ
 - Метод Хмелевского
 - Триаду Николаева
 - Схему Штейна-Курдиновского
 - + Бета-адреномиметики.

- ДЛЯ СНЯТИЯ ГИПЕРТОНУСА МАТКИ ПРИМЕНЯЮТ
 - + Гинипрал
 - Динопрост
 - Синестрол
 - Хлористый кальций.
- НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНАЯ ДИАГНОСТИКА ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ПОМОЩИ
 - Пункции плаценты
 - Кордоцентеза
 - Амниоцентеза
 - + УЗИ и КТГ
-
- ДИАГНОЗ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА
 - Можно поставить в конце беременности
 - + Можно установить только в родах
 - Совершенно идентичен диагнозу анатомического сужения таза
 - Не препятствует нормальному родоразрешению.
- К НАИБОЛЕЕ РЕДКИМ ФОРМАМ АНОМАЛИИ ТАЗА ОТНОСИТСЯ
 - Общеравномерносуженный таз
 - Поперечносуженный таз
 - Простой плоский таз
 - + Остеомалятический таз.
- ТАЗ С НАРУЖНЫМИ РАЗМЕРАМИ 23-25-28-18 НАЗЫВАЕТСЯ
 - Поперечносуженный
 - Плоскорихитический
 - + Общеравномерносуженный
 - Простой плоский.
- ПОПЕРЕЧНОСУЖЕННЫЙ ТАЗ ИМЕЕТ РАЗМЕРЫ
 - 25-28-31-21
 - + 22-24-26-21
 - 28-28-32-17
 - 25-28-31-18
- ДЛЯ ПЛОСКОРАХИТИЧЕСКОГО ТАЗА ХАРАКТЕРНЫ РАЗМЕРЫ
 - + 29-28-33-17
 - 25-28-31-21
 - 21-23-28-19
 - 23-25-28-22
- СТЕПЕНИ СУЖЕНИЯ ПЛОСКОГО ТАЗА ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ПО РАЗМЕРАМ
 - Индекса Соловьева
 - + Истинной конъюгаты
 - Поперечного размера плоскости широкой части
 - Поперечного размера плоскости выхода
- ПО ИСТИННОЙ КОНЬЮГАТЕ НЕЛЬЗЯ СУДИТЬ О СТЕПЕНИ СУЖЕНИЯ
 - Простого плоского таза
 - Плоскорихитического таза
 - + Поперечносуженного таза
 - Общеравномерносуженного таза

- ПРИ ИСТИННОЙ КОНЬЮГАТЕ, РАВНОЙ, 8,5 CM, СТЕПЕНЬ СУЖЕНИЯ ТАЗА
 - 1-я
 - + 2-я
 - 3-я
 - 4-я.
- ПРИ ЧЕТВЕРТОЙ СТЕПЕНИ СУЖЕНИЯ ТАЗА РОДЫ ЗАКАНЧИВАЮТ ПУТЕМ
 - Наложения акушерских щипцов
 - + Операции кесарева сечения
 - Родостимуляции
 - Вакуум-экстракции плода
- ДЛИТЕЛЬНОЕ НИЗКОЕ И ВЫСОКОЕ СТОЯНИЕ СТРЕЛОВИДНОГО ШВА В ПОПЕРЕЧНОМ РАЗМЕРЕ ТАЗА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
 - +Плоском тазе
 - Поперечносуженном тазе
 - Нормальном тазе
 - Тазе с размерами 25-28-31-21.
- ВЫСОКОЕ ПРЯМОЕ СТОЯНИЕ СТРЕЛОВИДНОГО ШВА НАБЛЮДАЕТСЯ
 - При нормальном тазе
 - + При поперечносуженном тазе
 - При простом плоском тазе
 - При общеравномерносуженном тазе.
- СГИБАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРВЫМ МОМЕНТОМ РОДОВ ПРИ
 - Плоском тазе
 - Плоскорахитическом тазе
 - При лобном предлежании
 - + Поперечносуженном тазе.
- УЗКИЙ ЛОННЫЙ УГОЛ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
 - + Общеравномерносуженном тазе
 - Нормальном тазе
 - Простом плоском тазе
 - Широком тазе.
- УПЛОЩЕННЫЙ РОМБ МИХАЭЛИСА НАБЛЮДАЕТСЯ
 - + При плоском тазе
 - При общеравномерносуженном тазе
 - При нормальном тазе
 - При поперечносуженном тазе.
- ГОЛОВКА ЧРЕЗМЕРНО СГИБАЕТСЯ И КОНФИГУРИРУЕТ
 - При плоском тазе
 - При тазе с размерами 25-28-32-22
 - При нормальном тазе
 - + При общеравномерносуженном тазе.
- КРАЙНЯЯ СТЕПЕНЬ РАЗГИБАНИЯ ГОЛОВКИ НАБЛЮДАЕТСЯ НА ВХОДЕ В МАЛЫЙ ТАЗ ПРИ
 - + Лицевом вставлении
 - Лобном вставлении
 - Переднеголовном вставлении
 - Заднем виде затылочного вставления.

- ОПТИМАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЯВЛЯЕТСЯ АМНИОТОМИЯ ПРИ ПОМОЩИ
 - Острого ногтя
 - + Бранши пулевых щипцов под контролем пальца
 - Неразъемных пулевых щипцов
 - Пинцета
- РАННЯЯ АМНИОТОМИЯ ПРОИЗВОДИТСЯ ПРИ
 - Ножном предлежании
 - Высоком подвижном стоянии головки
 - + Плоском плодном пузыре
 - Угрозе преждевременных родов
- МЕТОД ПИСКАЧЕКА В РОДАХ УКАЗЫВАЕТ НА
 - Клиническое несоответствие таза и головки
 - Угрозу разрыва матки
 - + Уровень расположения головки в малом тазу
 - Отделение последа
- О СТЕПЕНИ РАССКРЫТИЯ МАТОЧНОГО ЗЕВА ТОЧНЕЕ ВСЕГО МОЖНО СУДИТЬ ПО
 - Стоянию контракционного кольца
 - Методу Пискачека
 - + Влажлищному исследованию
 - Характеру схваток.

+ Что из перечисленного ниже относят к часто встречающимся формам узкого таза:

- а) кососмещенный
- б) воронкообразный
- + общеравномерносуженный
- г) остеопластический.

По какому показателю не вычисляют истинную конъюгату:

- а) по величине наружной конъюгаты: в зависимости от величины окружности лучезапястного сустава (менее 14см, 14см или более 14см) из величины наружной конъюгаты вычитают 8-9-10см, получая, таким образом, значение истинной конъюгаты
- б) по величине диагональной конъюгаты:
- в) по вертикальному размеру ромба Михаэлиса
- + по размеру Крассовского.

Какой из вариантов не относят к четырем основным формам женского таза по классификации Caldwell-Moloy:

- а) платипеллоидный
- + гуманоидный
- в) гинекоидный
- г) андроидный.

Что из перечисленного ниже не относят к признакам плоскостопного таза:

- + сужение только поперечного размера входа в таз
- б) сужение только прямого размера входа в таз
- в) изменение формы крестца-он укорочен, уплощен, утончен и как бы уширен (четыре "У")- мыс вдаётся в полость таза, а копчик крючкообразно загнут вперед
- г) крылья подвздошных костей плоские, слабо развитые; их гребни развернуты, вследствие чего размеры d.spinarum и d.cristarum равны.

Какое из утверждений неверно:

- а) при длительно стоящей головки в одной плоскости таза(до 1ч)следует тщательно оценить характер родовой деятельности и признаки клинически узкого таза
- + при длительно стоящей головки в одной плоскости таза при узком тазе показано применение акушерских щипцов или вакуум-экстрактора
- в)тактика ведения родов при узком тазе зависит от степени сужения,формы таза,предполагаемой массы плода,сопутствующих акушерских и экстрагенитальных заболеваний
- г)в настоящее время из-за высокой травматичности вакуум-экстракцию и акушерские щипцы при узком тазе не применяют.

Что не может быть причиной клинически узкого таза:

- а)анатомическое сужение таза
- + токолитическая терапия
- в)большие размеры головки плода
- г)разгибательные предлежания головки

+ Что из перечисленного не является симптомом клинически узкого таза:

- а)положительные признаки Вастена и Цангемейстера
- б) высокое косое расположение контракционного кольца
- +отсутствие сократительной деятельности матки
- г)симптом прижатия мочевого пузыря .

• **МАТКА ПРИОБРЕТАЕТ ФОРМУ «ПЕСОЧНЫХ ЧАСОВ» ПРИ**

- +Угрозе разрыва матки
- При совершившемся разрыве матки
- Во время нормальной схватки
- В промежутках между схватками.

• **АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- Возраст старше 30 лет
- Тазовое предлежание плода
- Безводный период 12 часов
- +3-я степень сужения таза

Согласно номенклатуре ВОЗ, самопроизвольным абортом считается прерывание беременности до срока:

- + 22 недель
- 26 недель
- 28 недель
- 37 недель

У беременной при сроке 8 недель имеются жалобы на боли внизу живота и слизистые выделения из влагалища. Предположительный диагноз.

- Аборт в ходу
- Начавшийся аборт
- +Угрожающий аборт
- Воспалительный процесс (кольпит, эндометрит)

У беременной с эндокринным бесплодием в анамнезе при сроке 7 недель отмечается снижение базальной температуры тела до 36,8. Ваш предположительный диагноз.

- Гипофункция яичников
- + Угрожающий аборт

- Неразвивающаяся беременность

- Внематочная беременность

Какова тактика при угрожающем аборте?

- Амбулаторное лечение

- + Госпитализация, лечение с целью пролонгирования беременности

- Госпитализация, выскабливание полости матки

- Все вышеперечисленное

Какова тактика при аборте в ходу?

- Лечение с целью пролонгирования беременности в условиях стационара

- Амбулаторное лечение

- + Вакуум-аспирация матки

- Все вышеперечисленное

При привычном невынашивании в I триместре беременности необходимо провести:

- Генетическое обследование супружеской пары

- Обследование женщины на вирусные инфекции

- Клиническое обследование

- + Все перечисленное выше

Какова основная причина перинатальной смертности среди недоношенных новорожденных?

- Гипоксия

- + Респираторный дистресс-синдром

- Генерализованная инфекция

- Уродства

Привычный аборт – это:

- Прерывание беременности более 5 раз

- Прерывание беременности 1 раз

- + Самопроизвольное прерывание беременности более 2 раз

- Искусственное прерывание беременности

Ведение преждевременных родов не предполагает:

- профилактику внутриутробной гипоксии плода

- проведение эпидуральной анестезии

- применение спазмолитиков

- + проведение родостимуляции

- ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ПРОВЕДЕНИЮ РОДОСТИМУЛЯЦИИ АКУШЕРКА ДОЛЖНА РАЗВЕСТИ В 500 МЛ ФИЗ. РАСТВОРА

- +1 мл (5 ЕД) окситоцина

- 5 мл (1 ЕД) окситоцина

- 10 мл окситоцина

- 1 мл метилэргометрина

- РОДОСТИМУЛЯЦИЮ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С ВВЕДЕНИЯ СТАНДАРТНО РАЗВЕДЕННОГО ОКСИТОЦИНА СО СКОРОСТЬЮ

- +5-6 капель в минуту

- 20-30 капель в минуту

- 40-60 капель в минуту

- Струйно.

- ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ КРОВОПОТЕРЯ В РОДАХ

- 100 мл

- 300 мл

- 0,3% от массы тела

- +1% от массы тела

- В СЛУЧАЕ ДИАГНОСТИКИ КЛИНИЧЕСКОГО НЕСООТВЕТСТВИЯ В РОДАХ НЕОБХОДИМО
 - Применить акушерские щипцы
 - +Выполнить операцию кесарева сечения
 - Назначить родостимуляцию
 - Применить бинт Вербова
- ПРИ РОЖДЕНИИ РЕБЕНКА В ТЯЖЕЛОЙ АСФИКСИИ ПЕРВЫМ ДЕЛОМ ПРОИЗВОДЯТ
 - Обработку пуповины
 - Профилактику гонобленореи
 - + Отсасывание слизи из дыхательных путей
 - Обработку кожи.