|  |  |
| --- | --- |
|  | Вступительные тесты по акушерству для клинических ординаторов  по специальности «Врач детский гинеколог» |
|  | Туберкулез, выявленный во время беременности отличается:   1. медленным благоприятным течением 2. острым началом, тяжелым течением 3. стертой клиникой 4. благоприятный исход беременности 5. часто сочетается с анемией |
|  | Следует ли проводить контакт «кожа к коже» ВИЧ - позитивной матери и новорожденного?   1. да 2. нет 3. по усмотрению акушера 4. по решению неонатолога 5. по решению родильницы |
|  | Какие специальные защитные средства необходимо применять при ежедневном послеродовом уходе за ВИЧ позитивной женщиной?   1. два медицинских халата и защитные очки 2. два халата, бахилы и лицевую маску 3. халат, две пары смотровых перчаток и лицевую маску 4. ничего специального, если верно выполняются универсальные меры предосторожности, включая мытье рук. 5. специальные смотровые перчатки |
|  | Какой характер имеет коагулопатичесское кровотечение?   1. из половых путей, разрезов мест уколов вытекает жидкая кровь, не образуя сгусков. 2. обильное артериальное кровотечение алой струей. 3. из половых путей при каждой схватке выделяется порция крови со сгустками. 4. изливаются околоплодные воды окрашенные кровью. 5. внезапное начало |
|  | Шоковый индекс - это   1. частное от деления частоты пульса на показатель систолического АД 2. частное от деления частоты пульса на показатель диастолического АД 3. частное от деления суммы показателей систолического и диастолического АД на частоту пульса 4. частное от деления суммы показателей диастолического АД на частоту пульса 5. разница между систолическим и диастолическим давлением. |
|  | В патогенезе геморрагического шока большое значение имеет :   1. влияние боли в родах 2. утомление роженицы 3. кровопотеря 4. срок беременности 5. возраст беременной |
|  | При геморрагическом шоке основные мероприятия направлены на:   1. снижение АД 2. восполнение объема циркулирующей крови 3. определение уровня гемоглобина 4. исследование функции почек 5. определение показателей свертывающей системы крови |
|  | Какую акушерскую патологию, которая не является непосредственной причиной ДВС-синдрома Вы знаете?   1. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. 2. предлежание плаценты. 3. эмболия околоплодных вод. 4. синдром длительной задержки мертвого плода. 5. септический шок. |
|  | Началу ДВС-синдрома способствует:   1. многоводие. 2. преждевременные роды . 3. массивное поступление в кровь тканевого тромбобластина. 4. расстройство микроциркуляции. 5. преждевременный разрыв плодных оболочек |
|  | У беременной с чрезмерно активной родовой деятельностью произведена амниотомия. Вскоре у нее возникло резкое нарушение дыхания, удушье, общий цианоз и падение АД. Что произошло?   1. разрыв матки 2. эмболия околоплодными водами 3. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты 4. преждевременная отслойка низко расположенной плаценты 5. попадание в кровоток активных тромбопластинов |
|  | Экстренное хирургическое лечение при кистоме яичника и беременности показаны при:   1. увеличении опухоли 2. полном перекруте ножки кистомы 3. выраженная клиника угрозы преждевременных родов 4. начало родовой деятельности 5. преждевременном излитии околоплодных вод |
|  | Противопоказание для родоразрешения через естественные родовые пути при наличии рубца на матке:   1. толщина рубца на УЗИ 3-4см 2. прошло 3 года после кесарево сечения 3. рубец на матке после ушивания разрыва матке 4. возраст беременной 30 лет 5. рубец на матке после 2 –х операций кесарево сечения |
|  | Родоразрешение при наличии болезненного рубца на матке:   1. родостимуляция 2. выжидательная тактика 3. повторное кесарево сечение 4. применение обезболивающих средств 5. провести подготовку к родам |
|  | Анатомически узкий таз определяют по:   1. форме таза 2. толщине костей таза 3. степени сужения таза 4. состоянию крестца 5. по индексу Соловьева |
|  | Для общеравномерносуженного таза характерно:   1. тупой верхний угол ромба Михаэлиса 2. наличие деформаций таза 3. тонкость костей таза 4. уменьшение всех размеров таза 5. развернутые крылья подвздошных костей |
|  | Диагностика клинически узкого таза возможна:   1. при начале регулярной родовой деятельности 2. в конце беременности 3. в первом периоде родов 4. при полном открытии шейки матки и отхождении околоплодных вод 5. при изменении сердцебиения плода |
|  | Степень сужения таза определяется по:   1. наружной коньюгате 2. анатомической коньюгате 3. диагональной коньюгате 4. истинной коньюгате 5. размерам ромба Михаэлиса |
|  | Классификация клинически узкого таза с зависимости от степени несоответствия между тазом  роженицы и головкой плода по Калганову Р.И. состоит из:   1. 2-х степеней несоответствия 2. 3-х степеней несоответствия 3. 4-х степеней несоответствия 4. 5-и степеней несоответствия 5. 6-ти степеней несоответствия |
|  | Характерным для биомеханизма родов при общеравномерносуженном тазе является:   1. асинклитическое вставление 2. расположение стреловидного шва в поперечном размере 3. разгибание головки во входе в малый таз 4. максимальное сгибание головки 5. высокое прямое стояние стреловидного шва |
|  | Плоскорахитическим называется таз, у которого уменьшены:   1. все поперечные размеры 2. все прямые размеры 3. прямой размер плоскости входа 4. все размеры всех плоскостей малого таза 5. прямой размер плоскости выхода |
|  | Какие особенности характерны для биомеханизма родов при плоскорахитическом тазе, кроме:   1. Продолжительное стояние головки во входе в малый таз 2. Небольшое разгибание головки, 3. Асинклитическое вставление головки, 4. Максимальное сгибание головки 5. Резкая конфигурация головки |
|  | Чем опасно длительное стояние головки в одной плоскости в период изгнания?   1. развитием слабости родовой деятельности 2. угроза разрыва нижнего маточного сегмента 3. угрозой образования мочеполового свища 4. угрозой инфицирования влагалища 5. угрозой разрыва матки |
|  | Каково положение головки при выраженном симптоме Вастена?   1. подвижное, над входом малый таз 2. фиксирована во входе малый таз 3. в полости малого таза 4. в выходе из малого таза 5. в 3 плоскости малого таза |
|  | При какой форме сужения таза в родах часто возникает высокое прямое стояние стреловидного шва?   1. общеровномерносуженный таз 2. простой плоский таз 3. плоско - рахитический таз 4. поперечно-суженный таз 5. косо - смещенный таз |
|  | При какой форме сужения таза часто возникает низкое поперечное стояние стреловидного шва?   1. общеровномерносуженный таз 2. простой плоский таз 3. плоско - рахитический таз 4. поперечно-суженный таз 5. косо - смещенный таз |
|  | Укорочение всех наружных размеров таза характерно для:   1. простого плоского таза 2. поперечносуженного таза 3. плоскорахитического таза 4. общеравномерносуженного таза 5. Все ответы правильные |
|  | Синклитическое вставление головки — это расположение   * 1. малого родничка на одинаковом расстоянии от лона до мыса   2. стреловидного шва на одинаковом расстоянии от лона до мыса   3. большого родничка по оси таза   4. стреловидного шва в прямом размере таза   5. над входом в малый таз   ВЫРАЖЕННАЯ КОНФИГУРАЦИЯ ГОЛОВКИ |
|  | Передний асинклитизм — это   1. расположение стреловидного шва ближе к мысу, первой вставляется передняя теменная кость 2. расположение стреловидного шва ближе к симфизу 3. первой вставляется задняя теменная кость 4. первыми опускаются ягодицы 5. выраженная конфигурация головки плода |
|  | Передний асинклитизм:   1. называется литцмановским 2. называется негелевским и встречается в родах при плоских тазах 3. встречается при поперечно суженных тазах 4. диагностируется по отклонению стреловидного шва кпереди 5. диагностируется при врезывании головки |
|  | Задний асинклитизм:   * 1. называется литцмановским и встречается в родах пи плоскорахитическом тазе   2. называется негелевским и встречается в родах при плоских тазах   3. встречается при поперечно суженных тазах   4. диагностируется по отклонению стреловидного шва кзади   5. диагностируется при врезывании головки |
|  | При тазовых предлежаниях сердцебиение выслушивается:   * 1. ниже пупка   2. выше лона   3. выше пупка   4. на уровне пупка   5. справа от пупка |
|  | При тазовых предлежаниях головка прорезывается размером:   1. средним косым 2. вертикальным 3. прямым 4. малым косым 5. малым поперечным |
|  | При тазовых предлежаниях плод испытывает гипоксию с момента:   * + 1. рождения туловища     2. рождения до пупочного кольца     3. при врезывании ягодиц     4. при рождении до углов лопаток     5. появления регулярной деятельности |
|  | Пособие по Цовьянову способствует:  освобождению плечевого пояса  переводу ножного предлежания в смешанное ягодичное  освобождению головки  сохранению нормального членорасположения плода  быстрейшему завершению родов |
|  | Частое осложнение при поперечном положении плода:   1. многоводие 2. преждевременное отхождение околоплодных вод 3. гипоксия плода 4. слабость родовой деятельности 5. переношенная беременность |
|  | Позицию плода при поперечном положении определяют по:   * 1. спинке плода   2. головке   3. расположению мелких частей   4. расположению ягодиц   5. по локализации сердцебиения плода |
|  | При поперечном положении плода и доношенной беременности показано:   1. ведение родов через естественные родовые пути 2. плановое кесарево сечение 3. кесарево сечение с началом родовой деятельности 4. кесарево сечение после отхождения околоплодных вод 5. роды через естественные родовые пути с последующим извлечением плода за тазовый конец |
|  | При переднеголовном предлежании проводной точкой является:   * 1. малый родничок   2. лоб   3. большой родничок   4. подбородок   5. надбровья |
|  | Диагностирован передний вид лицевого вставления, головка в широкий части полости малого таза. Как поступить?   1. произвести операцию кесарева сечения. 2. сделать перфорацию головки 3. наложить акушерские щипцы 4. начать родостимуляцию 5. ждать самостоятельных родов |
|  | Диагностирован задний вид лицевого вставления, головка в широкой части полости малого таза. Как поступить?   1. произвести операцию кесарева сечения 2. сделать перфорацию головки 3. наложить акушерские щипцы 4. начать стимуляцию родовой деятельности 5. ждать самостоятельных родов |
|  | При каком вставлении головка плода рождается вертикальным размером?   1. при переднем виде затылочного вставления 2. при заднем виде затылочного вставления 3. при лобном вставлении 4. при передне - головном вставлении 5. при лицевом вставлении |
|  | Назовите первый момент биомеханизм родов при лицевом предложении:   1. максимальное разгибание головки 2. внутренний поворот головки 3. вставление головы плода во входе в малый таз 4. незначительное разгибание головки 5. сгибание головки |
|  | Роды через естественные родовые пути при нормальных размерах таза и средней величине плода не возможны:   * + - 1. при лицевом предлежании       2. при тазовом предлежании       3. при лобном предлежании       4. при затылочном предлежании       5. при переднеголовном предлежании |
|  | 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 |
|  | Какова наиболее частая причина осложнения 2 периода родов у рожениц, больных сахарным диабетом при хорошей родовой деятельности?   * 1. седловидная матка   2. гидроцефалия   3. двойня   4. пупочная грыжа   5. дистоция (затруднение рождения) плечиков |
|  | Наиболее частое заболевание почек у беременных:   * 1. гломерулонефрит   2. мочекаменная болезнь   3. гидронефроз   4. опухоли почек   5. пиелонефрит |
|  | Основной метод родоразрешения при декомпенсированных пороках сердца:   1. родоразрешение через естественные родовые пути 2. роды через естественные родовые пути укорочением периода изгнания перинео- или эпизиотомией 3. роды через естественные родовые пути с укорочением периода изгнания с помощью акушерских щипцов 4. кесарево сечение 5. вакуум-экстракция плода |
|  | Первая плановая госпитализация беременной с заболеваниями сердечно-сосудистой системы показана:   * 1. при сроке беременности до 12 недель   2. при ухудшении состояния   3. при присоединении акушерской патологии   4. при сроке беременности 28-32 недели   5. при появлении признаков недостаточности кровообращения |
|  | Наиболее частой формой патологии ССС у беременных является:   1. аортальные пороки 2. врожденные пороки «синего» типа 3. оперированное сердце 4. митральные пороки 5. трикуспидальные пороки |
|  | 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 |
|  | При наличии бронхиальной астмы у беременной, наиболее эффективно и безопасно использование:   1. адреналина 2. аэрозольных форм селективных β-2 адреномиметиков (сальбутамола, беротека) 3. препаратов йода, как отхаркивающих 4. системных стероидов 5. комбинированных препаратов с красавкой |
|  | Варикозное расширение вен во время беременности:   1. постоянно прогрессирует, а риск его осложнений увеличивается со сроком беременности. 2. исчезает 3. не влияет на самочувствие беременной 4. вызывает угрозу прерывания беременности 5. вызывает гипотрофию внутриутробного плода |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Под акушерской промежностью подразумевается участок тканей:  1. между задней спайкой и копчиком;  2. между задней спайкой и анусом;  3. между анусом и копчиком;  4. от нижнего края лона до ануса;  5. от нижнего края копчика до ануса |
|  | Физиологические изменения, происходящие в лонном сочленении во время  беременности, приводят к расхождению лонных костей в стороны не более:  1. 0,1 – 0,3 см;  2. 0,4 – 0,6 см;  3. 0,7 – 0,9 см;  4.1,0 – 1,2 см;  5.1,3 –1,5 см. |
|  | Какой из перечисленных ниже гормонов используется в качестве маркера  нормально развивающейся беременности?  1. эстрадиол;  2. гипофизарный гонадотропин;  3. прогестерон;  4. пролактин;  5. хорионический гонадотропин. |
|  | Дайте название процессу, при помощи которого зародыш устанавливает  связь с телом матери (матки):  1. гаструляция;  2. имплантация;  3. гистогенез;  4.оплодотворение;  5. плацентация. |
|  | Какие структуры (органы) зародыша обеспечивают внешнюю среду при  внутриутробном развитии человека?  1. хорион;  2. тело матери;  3. желточный мешок;  4. аллантоис;  5. амнион. |
|  | Когда заканчивается зародышевый и начинается плодовый период  внутриутробного развития человека?  1. в конце первого месяца;  2. в середине второго месяца;  3. в начале третьего месяца;  4. в конце третьего месяца;  5. в начале четвертого месяца. |
|  | Какой из указанных гормонов во время беременности секретируется  передней долей гипофиза матери и плода?  1. прогестерон;  2. пролактин;  3. эстриол;  4. человеческий хорионический гонадотропин;  5. человеческий плацентарный лактоген. |
|  | Взаимоотношение отдельных частей плода – это:  1. положение;  2. позиция;  3. вид;  4. членорасположение;  5. вставление. |
|  | К достоверным признакам беременности относится:  1. шевеление плода;  2. увеличение матки;  3. цианоз влагалища;  4. пальпация частей плода;  5. повышение ректальной температуры. |
|  | Наиболее выраженный фактор риска невынашивания беременности среди  перечисленных:  1. возраст;  2. наличие в анамнезе 3 самопроизвольных выкидышей в сроке 8-14 недель;  3. курение;  4. тазовое предлежание плода;  5. рост женщины. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | В каком сроке прерывается беременность при хромосомных аномалиях  плода?  1. 16 – 18 недель;  2. 5 – 6 недель;  3. 8 – 10 недель;  4. 28 – 30 недель;  5. 36 – 38 недель. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 64 Найдите гистологический признак, не характерный для пузырного заноса:  1. наличие кровеносных сосудов в ворсинах;  2. отсутствие тканей плода;  3. пролиферация трофобласта;  4. увеличение ворсин;  5. отек ворсин. | | |
|  | 65 Истинная коньюгата равна:  1) 15 см;  2) 11 см;  3) 10 см;  4) 20 см;  5) 9 см. | | |
|  | 66 Расстояние между передним углом большого родничка головки плода и  подзатылочной ямкой – это:  1) прямой размер;  2) вертикальный размер;  3) малый косой размер;  4) средний косой размер;  5) большой поперечный размер. | | |
|  | 67 Наибольшее значение в выборе тактики родоразрешения при неполном  предлежании плаценты имеет:  1. предлежание плода (головное, тазовое);  2. состояние шейки матки;  3. состояние плода (живой, мертвый);  4. выраженность кровотечения;  5. возраст роженицы. | | |
|  | 68 При предлежании плаценты кровотечение впервые возникает, как правило, при сроке беременности:  1. 8 – 12 нед;  2. 16 – 20 нед;  3. 22 – 24 нед;  4. 28 – 32 нед;  5. 36 – 40 нед. | | |
|  | 69Наиболее характерным клиническим симптомом предлежания плаценты является:  1. хроническая внутриутробная гипоксия плода;  2. снижение уровня гемоглобина и уменьшение количества эритроцитов в крови;  3. повторные кровянистые выделения из половых путей;  4. артериальная гипотензия;  5. угроза прерывания беременности | | |
|  | 70 При каком сроке беременности в основном заканчивается миграция плаценты:  1. 16 – 18 недель;  2. 20 – 25 недель;  3. 32 – 35 недель;  4. 38 недель;  5. 40 недель. | | |
|  | 71 При подозрении на предлежание плаценты влагалищное исследование можно проводить:  1. в женской консультации;  2. в приемном покое родильного дома;  3. в родильном отделении и только при развернутой операционной;  4. в любых условиях;  5. не производят из-за опасности возникновения профузного кровотечения. | | |
|  | 72 Предлежание плаценты - это такая патология, при которой плацента, как правило, располагается  1. в теле матки  2. в нижнем сегменте матки  3. в нижнем сегменте матки, частично или полностью перекрывая внутренний зев  4. по задней стенке матки  5. в дне матки | | |
|  | 73 Расположение плаценты следует считать низким, если при УЗИ матки в III триместре беременности ее нижний край не доходит до внутреннего зева:  1. на 11-12 см  2. на 9-10 см  3. на 7-8 см  4. на 5-6 см  5. на 8-9 см | | |
|  | 74 Для низкой плацентации наиболее характерен следующий симптом:  1. артериальная гипотония  2. артериальная гипертензия  3. анемия  4. кровянистые выделения из половых путей  5. бессимптомное течение | | |
|  | 75 Основным фактором в выборе тактики родоразрешения при предлежании плаценты является:  1. разновидность предлежания (полное, неполное)  2. состояние родовых путей (шейка матки сглажена, укорочена, полностью открыта)  3. предлежание плода (головное, тазовое)  4. сопутствующая экстрагенитальная патология  5. возраст роженицы | | |
|  | | | 76 ПОНРП наиболее часто происходит при:  1. гипертензивных нарушениях у беременных женщин  2. воспалительных изменениях эндометрия  3.инфекционно-аллергическом васкулите  4.иммунологическом конфликте между матерью и плодом  5. многоплодной беременности |
|  | | 77 Признаком клинического несоответствия между головкой плода и тазом  матери является:  1. положительный симптом Цангемейстера;  2. признак Горвица-Гегара;  3. отрицательный симптом Вастена;  4. признак Шредера;  5. признак Пискачека | |
|  | | 78 Размеры таза 24 – 26 – 29 – 18 см. Какой это таз?  1) нормальные размеры таза;  2) общеравномерносуженный таз;  3) простой плоский таз;  4) общесуженный плоский таз;  5) плоскорахитический таз. | |
|  | | 79 При размерах таза 25 – 27 – 32 – 18 см таз следует отнести к:  1) простому плоскому;  2) плоскорахитическому;  3) косому;  4) общеравномерносуженному;  5) поперечносуженному. | |
|  | | 80 Наиболее частой методикой операции кесарева сечения является:  1. корпоральное кесарево сечение;  2. экстраперитонеальное кесарево сечение;  3. истмико-корпоральное кесарево сечение;  4. кесарево сечение в нижнем сегменте (поперечным разрезом);  5. влагалищное кесарево сечение. | |
|  | | 81 Физиологическая кровопотеря в родах не превышает:  1. 1,5 % массы роженицы  2. 1,0 % массы роженицы  3. 300мл  4) 0,5 % массы роженицы  5) 150 мл | |
|  | | 82 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 | |
|  | | 83 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 | |
|  | | 84 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 | |
|  | | 85 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 | |
|  | | 86 При преждевременом 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 | |
|  | | 87 К признакам переношенности плода относится:  1. масса плода более 4500г  2. симптом "прачки"  3. повышенная мягкость костей черепа  4. окружность головки плода более 35 см  5. отсутствие первородной смазки | |
|  | | |  | | --- | | 88 Сколько посещений рекомендовано при физиологической беременности   1. 8 2. 12 3. 6 4. 4 5. 5 | | 89 Когда рекомендовано первое посещение   1. в 25 недель гестации 2. до 8 недель гестации 3. до 13 недель гестации 4. до 12 недель гестации 5. в 10 недель гестации | | 90 До какого срока назначается фолиевая кислота, с целью профилактики развития пороков развития плода   1. до 15 недель беременности 2. до 13 недель беременности 3. до 8 недель беременности 4. до 14 недель беременности 5. до 16 недель беременности | | 91 В какой суточной дозировке назначается фолиевая кислота по клиническому протоколу   1. 440 мкг 2. 400 мкг 3. 1000 мкг 4. 1500 мкг 5. 800 мкг | | 92 В каком сроке рекомендуется начинать заполнение гравидограммы при физиологической беременности   1. В 24-25 недель беременности 2. В 19-20 недель беременности 3. В 20-21 недель беременности 4. В 12 недель беременности 5. 28-29 недель беременности | | 93 Гравидограмма - это ….   1. графическое изображение родов 2. графическое изображение беременности 3. графическое изображение динамики роста, высоты стояния дна матки 4. графическое изображение динамики сокращения матки 5. графическое изображение динамика роста нижнего сегмента матки | | 94 Динамическое заполнение гравидограммы позволяет заподозрить   1. в/у гипоксию плода 2. задержку внутриутробного развития плода 3. замедленное сокращение матки 4. переношенность плода 5. угрозу преждевременных родов | | 95 Нормальные роды-это роды, которые начались   1. спонтанно 2. после амниотомии 3. после в/в введения окситоцина 4. после введения в цервикальный канал prepidil-геля 5. после интравагинального введения мизопростола | | 96 При нормальном течении родов влагалищные исследования в латентной фазе проводят каждые:   1. 6 часов 2. 4 часа 3. 2 часа 4. 3 часа 5. 8 часов | | 97 При нормальном течении родов влагалищные исследования в активной фазе проводят каждые:   1. 4 часа 2. 6 часов 3. 2 часа 4. 3 часа 5. 5 часов | | 98 Частота выслушивания с/б плода во втором периоде:   1. после каждой потуги 2. ч/з 5 мин 3. ч/з 4 мин 4. ч/з 3 мин 5. ч/з 6 мин | | 99 Интенсивность схватки, продолжительностью 20 сек отмечается на партограмме:   1. точками 2. штрихами 3. сплошное закрашивание 4. не закрашивается 5. не отмечается | | 100 Интенсивность схватки, продолжительностью 20-40 сек отмечается на партограмме:   1. точками 2. штрихами 3. сплошное закрашивание 4. не закрашивается 5. не отмечается | | 101 Интенсивность схватки, продолжительностью более 40 сек отмечается на партограмме:   1. точками 2. штрихами 3. сплошное закрашивание 4. не закрашивается 5. не отмечается | | 102 А/Д при физиологических родах фиксируется на партограмме каждые:   1. 4 часа 2. 6 часов 3. 2 часа 4. 3 часа 5. 5 часов | | 103 Температура тела при физиологических родах фиксируется на партограмме каждые:   1. 4 часа 2. 6 часов 3. 2 часа 4. 3 часа 5. 5 часов | | 104 Оптимальная температура тела ребенка после родов должна поддерживаться на уровне:   1. не менее 36,6ос 2. не менее 37,0ос 3. не менее 37,2ос 4. не менее 36,8ос 5. не менее 36,4ос | | 105 Активное ведение IIIп/да родов включает (исключить неверное):   1. окситоцин 10 ед. в/м 2. пережатие пуповины после рождения плода 3. контролируемая тракция за пуповину 4. массаж матки 5. окситоцин 5 ед в/м | | 106 Знак “0” при оценке конфигурации головки означает:   1. конфигурации нет 2. швы находят друг на друга, но разъединяются при надавливании 3. швы легко разъединяются 4. швы находят друг на друга, не разъединяются при надавливании 5. ситуация не ясна | | 107 Знак “+” при оценке конфигурации головки означает:   1. конфигурации нет 2. швы находят друг на друга, но разъединяются при надавливании 3. швы легко разъединяются 4. швы находят друг на друга, не разъединяются при надавливании 5. ситуация не ясна | | 108 Знак “++” при оценке конфигурации головки означает:   1. конфигурации нет 2. швы находят друг на друга, но разъединяются при надавливании 3. швы легко разъединяются 4. швы находят друг на друга, не разъединяются при надавливании 5. ситуация не ясна | | 109 Знак “+++” при оценке конфигурации головки означает:   1. конфигурации нет 2. швы находят друг на друга, но разъединяются при надавливании 3. швы легко разъединяются 4. швы находят друг на друга, не разъединяются при надавливании 5. ситуация не ясна | | 110 Партограмма-это графическое отображение   1. течения родов 2. течения беременности 3. раскрытия шейки матки 4. частоты маточных сокращений 5. сердцебиение в/у плода | | 111 Многоплодная беременность – это….   1. беременность в результате оплодотворения двух и более одновременно созревших яйцеклеток у двух женщин. 2. беременность в результате оплодотворения двух и более одновременно созревших яйцеклеток или при развитии двух и более эмбрионов из одной оплодотворенной яйцеклетки у практически здоровой женщины 3. беременность в результате оплодотворения двух и более одновременно созревших яйцеклеток у женщины с отягощенным акушерским анамнезом 4. беременность в результате оплодотворения двух и более одновременно созревших яйцеклеток или при развитии двух и более эмбрионов у двух женщин 5. беременность в результате оплодотворения двух и более одновременно созревших яйцеклеток у женщины в течении 3-х месяцев | | 112 С/б плода считается патологическим при частоте:   1. менее 100 или более 180 ударов в мин 2. менее 120 или более 160 ударов в мин 3. менее 130 или более 170 ударов в мин 4. менее 140 или более 190 ударов в мин 5. менее 110 или более 170 ударов в мин | | 113 Переношенной называется беременность продолжительностью:   1. более 42 нед 2. 40-41 нед 3. 41-42 нед 4. 39-40 нед 5. 40-42 нед | | 114 Индукция родов – это…..   1. искусственное инициирование схваток раньше их спонтанного установления 2. самостоятельное инициирование схваток раньше их спонтанного установления 3. искусственный разрыв плодных оболочек раньше их излития 4. самостоятельный разрыв плодных оболочек 5. преждевременные роды с разрывом плодных оболочек | | 115 Показания для индукции родов:   1. физиологическая беременность 2. преждевременные роды 3. крупный плод 4. преэклампсия тяжелой степени 5. Rh-отрицательная кровь, без изосенсибилизации | | 116 Противопоказания к индукции родов:   1. гематоиммунологический конфликт и изосенсибилизация по Rh-фактору и АВО – системе 2. антифосфолипидный синдром 3. преждевременный разрыв плодных оболочек 4. хориоамнионит 5. наличие рубцовых изменений в шейке матке, кесарево сечение, гистеротомия или разрыв матки в анамнезе, полное предлежание плаценты | | 117 Условия проведения индукции:   1. развернутая операционная 2. подготовленный персонал 3. информированное согласие роженицы 4. информированное согласие партнера 5. информированное согласие персонала отделения | | 118 Основная цель внутривенного введения окситоцина:   1. добиться физиологического темпа родов 2. добиться быстрых родов 3. добиться медленного течения родов 4. приостановить родовую деятельность 5. лечение дискоординированной родовой деятельности | | 119 Основная цель внутривенного введения окситоцина:   1. добиться максимум 3 схваток за 10 мин длительностью около 40 сек 2. добиться быстрых родов 3. добиться медленного течения родов 4. приостановить родовую деятельность 5. лечение дискоординированной родовой деятельности | | 120 Критерии остановки инфузии окситоцина:   1. более 5 сокращений за 10 мин 2. не более 3сокращений за 10 мин 3. не более 2 сокращений за 10 мин 4. не более 4 сокращений за 10 мин 5. не более 1 сокращения за 10 мин | | 121 Ранние роды – это преждевременный процесс изгнания содержимого полости матки через естественные родовые пути в сроке гестации   1. 22-37 недель 2. 26-32 недель 3. 28-32 недель 4. 28-33 недель 5. 28-31недель | | 122 Очень ранние роды – это преждевременный процесс изгнания содержимого полости матки через естественные родовые пути в сроке гестации:   1. 22-27 недель 2. 26-32 недель 3. 28-32 недель 4. 28-33 недель 5. 28-31недель | | 123 Преждевременные роды – это преждевременный процесс изгнания содержимого полости матки через естественные родовые пути в сроке гестации:   1. 22-27 недель 2. 26-32 недель 3. 28-32 недель 4. 28-33 недель 5. 34-36 недель | | 124 Третий период родов:   1. начинается с момента рождения ребенка и заканчивается рождением последа 2. начинается с началом родовой деятельности изаканчивается рождением последа 3. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается рождением ребенка 4. начинается с началом потуги заканчивается рождением ребенка 5. начинается с началом потуг и заканчивается рождением последа | | 125 Первый период родов:   1. начинается с началом родовой деятельности изаканчивается полным открытием 2. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается рождением ребенка 3. начинается с началом потуги заканчивается рождением ребенка 4. начинается с началом потуг и заканчивается рождением последа 5. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается потугами | | 126 Второй период родов:   1. начинается с началом родовой деятельности изаканчивается полным открытием 2. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается рождением ребенка 3. начинается с началом потуги заканчивается рождением ребенка 4. начинается с началом потуг и заканчивается рождением последа 5. начинается с полного открытия и заканчивается рождением ребенка | | 127 Каким препаратом проводится профилактика респираторного дистресс плода   1. преднизолон 2. гидрокартизон 3. дексаметазон 4. ампициллин 5. гентамицин | | 128 Профилактика респираторного дистресс плода проводится в сроке беременности менее:   1. 34 нед 2. 37 нед 3. 36 нед 4. 35 нед 5. 38 нед | | 129 Курс профилактики респираторного дистресс плода проводят:   1. 1 раз 2. 5 раз 3. 2 раза 4. 3 раза 5. 4 раза | | 130 Для профилактики раннего неонатального сепсиса применяют:   1. метронидазол 2. клиндамицин 3. ампициллин /гентамицин 4. ампициллин/эритромицин 5. пенициллин | | 131 Острый токолиз – это…   1. временное медикаментозное расслабление мускулатуры матки с целью увеличения частоты и силы родовой деятельности 2. постоянное медикаментозное расслабление мускулатуры матки с целью увеличения частоты и силы родовой деятельности 3. временное медикаментозное расслабление мускулатуры матки с целью уменьшения частоты и силы родовой деятельности 4. постоянное медикаментозное расслабление мускулатуры матки с целью уменьшения частоты и силы родовой деятельности 5. временное немедикаментозное расслабление мускулатуры матки с целью уменьшения частоты и силы родовой деятельности | | 132 Следует использовать токолиз если:   1. срок беременности больше 35 недель, латентная фаза родов, 2. у беременной амнионит 3. срок беременности меньше 35 недель и имеется дистресс плода 4. срок беременности меньше 35 недель, раскрытие шейки матки меньше 5 см 5. срок меньше 35 недель и имеется активное кровотечение | | 133 При назначении токолитических средств необходимо наблюдать за:   1. количеством кровопотери 2. только за состоянием плода 3. только за состоянием роженицы 4. количеством выпитой жидкости 5. за состоянием плода и роженицы | | 134 С какого срока гестации нельзя применять индометацин в качестве токолитического препарата   1. с 35 недель беременности 2. с 30 недель беременности 3. с 32 недель беременности 4. с 28 недель беременности 5. с 37 недель беременности | | 135 Для чего назначают острый токолиз   1. для снятия родовой деятельности 2. для возможности проведения профилактики дистресс плода 3. для предотвращения кровопотери у роженицы 4. для профилактики хориоамнионита 5. для проведения самостоятельных родов | | 136 Физиологической кровопотерей в родах считается кровопотеря:   * 1. до 400 мл   2. до 500 мл   3. до 600 мл   4. до 800 мл   5. до 1000мл | | 137 Для полного типичного разрыва матки не характерно:   1. прекращение родовой деятельности 2. преждевременное излитие околоплодных вод 3. гибель плода 4. развитие болевого и геморрагического шока 5. отсутствие контуров матки | | 138 При неполном предлежании плаценты, значительном кровотечении из родовых путей и открытии маточного зева на 5-6 см показано родоразрешение:   1. путем кесарева сечения 2. через естественные родовые пути с гемотрансфузией и родостимуляцией 3. через естественные родовые пути с ранней амниотомией и без родостимуляции 4. произвести поворот на ножку плода 5. через естественные пути без родостимуляции | | 139 Для полного истинного приращения плаценты характерно:   1. отсутствие каких-либо кровянистых выделений из половых путей в последовом периоде 2. обильное кровотечение из половых путей через 1-2 мин. после родов 3. небольшие кровянистые выделения из половых путей сразу после рождения плода 4. несворачиваемость крови, вытекающей из половых путей 5. положительные признаки отделения плаценты | | 140 Осложнение преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты:   * 1. разрыв матки   2. матка Кувелера   3. болевой шок   4. разрыв шейки матки   5. дистресс плода | | 141 Причиной наличии приращения плаценты имеет место:   1. пиелонефрит 2. наличие перенесенных абортов 3. отсутствие абортов в анамнезе 4. анемия 5. заболевание сердечно-сосудистой системы | | 142 Когда следует родоразрешить беременную при центральном предлежании и отсутствии кровотечения ?   1. в 32 нед 2. в 36 нед 3. в39 нед 4. в 40 нед 5. в 38 нед | | 143 Основной клинический симптом при предлежании плаценты:   1. периодические схваткообразные боли 2. изменение сердцебиения плода 3. повторное маточное кровотечение 4. бурное шевеление плода 5. дистресс плода | | 144 Предлежание плаценты - это такая патология, при которой плацента располагается   1. в теле матки 2. в нижнем сегменте матки 3. в нижнем сегменте матки, частично или полностью перекрывая внутренний зев 4. по задней стенке матки 5. в дне матки | | 145 Расположение плаценты следует считать физиологичным, если при УЗИ матки в III триместре беременности ее нижний край не доходит до внутреннего зева:   1. на 11-12 см 2. на 9-10 см 3. на 6-7 см 4. на 5-6 см 5. на 4 – 5 см.. | | 146 Кровотечение из половых путей при низкой плацентации обусловлено   1. отслойкой плаценты 2. склерозированием ворсин низко расположенной плаценты 3. дистрофическими изменениями ворсин хориона 4. повышенным отложением фибриноидного вещества на поверхности плаценты 5. повышенным тонусом матки | | 147 Наиболее частой причиной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты является:   1. отеки беременных 2. гипертензивные нарушения при беременности 3. диабет 4. пороки развития матки 5. многоплодная беременность | | 148 Если прогрессирующая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты развилась во время беременности, следует произвести:   1. родовозбуждение 2. раннюю амниотомию 3. токолиз 4. кесарево сечение 5. выжидательная тактика | | 149 Если преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты произошла в первом периоде родов, следует   1. произвести кесарево сечение 2. наложить акушерские щипцы 3. применить вакуум-экстракцию плода 4. верно все перечисленное 5. начать родостимуляцию | | 150 Клиническая картина при шеечно-перешеечной беременности в основном характеризуется:   1. обильным кровотечением 2. сильными болями внизу живота 3. длительной гипотонией 4. гибелью плода 5. всем перечисленным | | 151 При шеечной беременности следует произвести:   1. выскабливание шейки и матки 2. тампонаду шейки матки 3. надвлагалищную ампутацию матки 4. экстирпацию матки 5. низкое кесарево сечение | | 152 Основная причина предлежания плаценты:   1. дистрофические изменения слизистой оболочки матки 2. многоплодие 3. многоводие 4. двурогая матка 5. маловодие | | 153 Для предлежания плаценты характерны следующие клинические признаки:   1. матка в тонусе, болезненная, асимметричная 2. массивное длительное кровотечение 3. сердцебиение плода отсутствует 4. матка мягкая, симметричная, кровь алая 5. дистресс плода | | 154 При истинном приращении нормально расположенной плаценты показано:   1. ручное отделение плаценты 2. выскабливание послеродовой матки 3. тампонада матки тампоном с фибриногеном 4. надвлагалищная ампутация матки 5. кесарево сечение | | 155 В случае приращения плаценты ворсины хориона прикрепляются в пределах:   1. функционального слоя эндометрия 2. миометрия и далее 3. базального слоя эндометрия 4. периметрия 5. параметрия | | 156 Показанием к ручному обследованию послеродовой матки являются все перечисленные ниже клинические ситуации, кроме:   1. разрыва шейки матки 1 и 2 степени 2. продолжающейся кровопотери, превышающей физиологическую 3. наличия рубца на матке и кровотечении 4. сомнения в целостности плаценты 5. подозрения на разрыв матки | | 157 В период физиологически развивающейся беременности происходят следующие изменения в системе гемостаза:   1. гиперкоагуляция 2. гипокоагуляция 3. коагулопатия потребления 4. активизация только сосудисто-тромбоцитарного звена 5. активизация только плазменного звена | | 158 При обнаружении дефекта плацентарной ткани обязательно следует выполнить:   1. наружный массаж матки 2. удаление матки 3. опорожнение мочевого пузыря 4. ручное обследование полости матки 5. введение утеротоников | | 159 При вывороте матки необходимо:   1. вывести родильницу из шока 2. осторожно вправить матку на фоне глубокого наркоза, провести противошоковые мероприятия 3. выполнить надвлагалищную ампутацию матки и гемотрансфузию 4. провести экстирпацию матки и гемотрансфузию 5. верно 1 и 3 | | 160 Если Вы выбрали ручную компрессию брюшной аорты для остановки послеродового кровотечения, точка сдавления находится:   1. под пупком и слегка вправо 2. под пупком и слегка влево 3. над пупком и слегка вправо 4. над пупком и слегка влево 5. все ответы неверны | | 161 Для быстрого восполнения ОЦК при акушерских кровотечениях надо срочно начинать трансфузию:   1. декстранов ( полиглюкин, реополиглюкин ) 2. кристаллоидов (физраствор, раствор Рингера ) 3. одногруппной крови (или препаратов крови) 4. только нативной плазмы 5. все ответы верны | | 162 Наиболее характерным признаком для преэклампсии является:   1. отеки голеней 2. альбуминурия 3. жалобы на головную боль, головокружение, нарушения зрения 4. развитие во второй половине беременности 5. протеинурия | | 163 Признаками эклампсии являются:   1. гипертензия 2. альбуминурия и отеки 3. диарея 4. судороги и кома 5. головная боль | | 164 Для предупреждения припадка эклампсии применяют:   1. нейровегетативную блокаду 2. эуфиллин внутривенно 3. инфузионную терапию 4. сульфат магния внутривенно 5. седативную терапию | | 165 У беременной с повышенным артериальным давлением, протеинурией и сильной головной болью является симптомом:   1. лёгкой преэклампсии 2. преэклампсии средней тяжести 3. тяжёлой преэклампсии 4. гипертонического криза 5. гестационной гипертензии | | 166 Нагрузочная доза сульфата магнезии 25%:   1. внутривенно 20 мл -25% в течении 5 минут 2. внутривенно 5,0 мл – 25% после в/м 20,0 мл 3. 20,0 мл -25% - развести в 20 мл изотонического раствора в двух шприцах по 10мл. в/в струйно очень медленно 4. система для внутривенного введения 100,0 мл - 25%, установленная через 5 минут после введения 20,0 мл в/м 5. внутривенно 10,0 мл – 25% после в/м 20,0 мл | | 167 Антигипертензивные препараты должны быть введены для снижения артериального давления при тяжёлой преэклампсии, если диагностируется диастолическое артериальное давление:   1. 90 мм рт ст и выше 2. между 100 и 110 мм рт ст 3. 100 мм рт ст и выше 4. 110 мм рт ст и выше 5. 80 мм рт ст и выше | | 168 Укажите какие изменения в моче характерны для чистой формы преэклампсии?   1. изостенурия 2. цилиндрурия 3. гематурия 4. протеинурия 5. без изменений | | 169 С каких мероприятий следует начать терапию у беременной с преэклампсии, чтобы предупредить приступ эклампсии?   1. с введения гипотензивных средств 2. с введения раствора сульфата магния 3. с введения жидкости и белковых препаратов 4. с воздействия на ЦНС, создание лечебно-охранительного режима. 5. с немедленного родоразрешения | | 170 Акушерская тактика, если в конце 1 - го периода родов появилась сильная головная боль, боли в эпигастральной области?   1. ввести спазмолитики. 2. произвести операцию кесарево сечение. 3. дать наркоз и наложить акушерские щипцы 4. применить вакуум экстракцию плода 5. ждать самостоятельных родов | | 171 Абсолютным показанием к кесареву сечению у беременных с гипертензивными нарушениями является:   1. гипоксия плода 2. гипотрофия плода 3. внутриутробная гибель плода 4. полная преждевременная отслойка плаценты 5. субъективная симптоматика | | 172 Для гипертензивных нарушений при беременности характерно:   1. повышение массы тела 2. гипергликемия 3. нарушение микроциркуляции в жизненно-важных органах 4. гипотония 5. хроническая гипертензия | | 173 Гестационная гипертензия это:   1. повышение уровня диастолического артериального давления > 100 мм.рт.ст. при двухкратном измерении с интервалом 2 часа 2. повышение уровня ДАД> 110 мм.рт.ст. при двухкратном измерении с интервалом 4 часа 3. повышение уровня ДАД> 90 мм.рт.ст при двухкратном измерении с интервалом 4 часа 4. повышение уровня ДАД> 120 мм.рт.ст при двухкратном измерении с интервалом 3 часа 5. незначительная протеинурия | | 174 Для эклампсии характерно:   1. наличие тонических и клонических судорог 2. отсутствие судорожного синдрома 3. высокая температура 4. запах ацетона изо рта 5. головная боль | | 175 Назовите основной клинический симптом бактериального вагиноза у беременных:   1. зуд наружных половых органов и промежности; 2. диспареуния; 3. обильные бели с неприятным запахом; 4. дизурия; 5. тазовая боль. | | |
|  | | 176 Наиболее благоприятным для родов через естественные родовые пути является:  1. Чисто-ягодичное предлежание  2. Ножное предлежание  3. Смешанное ягодичное предлежание  4. Коленное предлежание  5.Неполное ножное предлежание | |
|  | | 177 Для сохранения членорасположения плода при чисто-ягодичном предлежании применяют:  1. пособие по Цовьянову  2. заслонку по Цовьянову  3. классическое ручное пособие  4.экстракцию плода за тазовый конец  5. прием по Морисо – Левре | |
|  | | 178 Частота тазовых предлежаний при срочных родах:  1. 0,5–1%  2. 2–3,5%  3. 4–5%  4. более 5%  5. более 7% | |
|  | | 179 Шестой момент биомеханизма родов при тазовом предлежании плода:  1. внутренний поворот ягодиц  2. внутренний поворот плечиков  3. внутренний поворот головки  4. сгибание в поясничном отделе позвоночника  5. сгибание головки | |
|  | | 180 Проводная точка в биомеханизме родов при чисто ягодичном предлежании плода:  1. задняя ягодица  2. передняя ягодица  3. копчик  4. крестец  5. колено | |
|  | | 181 Третья точка фиксации в биомеханизме родов при тазовом предлежании плода:  1.подзатылочная ямка и крестцово-копчиковое сочленение   1. подзатылочная ямка и лонная дуга 2. акромиальный отросток передней лопатки и лонная дуга 3. область подвздошной ямки и лонная дуга 4. верхняя треть плеча и лонная дуга | |
|  | | 182 Наиболее частое осложнение беременности при тазовом предлежании плода:  1.гестоз  2.предлежание плаценты  3.многоводие  4.преждевременное отхождение околоплодных вод  5.преждевременные роды | |
|  | | 183 Наиболее грозное осложнение в периоде изгнания при тазовом предлежании плода:  1. вторичная слабость родовой деятельности  2. спазм внутреннего зева  3.запрокидывание ручек и разгибание головки  4.внутриутробная гипоксия плода  5. разрыв промежности | |
|  | | 184 Наиболее частое осложнение беременности при поперечном положении плода:  1. преждевременные роды  2. внутриутробная гипоксия плода  3. преждевременное отхождение вод  4. многоводие или маловодие  5. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты | |
|  | | 185 При поперечном положении плода и доношенной беременности показано:  1. ведение родов через естественные родовые пути  2. плановое кесарево сечение  3. кесарево сечение с началом родовой деятельности  4. кесарево сечение после отхождения околоплодных вод  5. роды через естественные родовые пути с последующим извлечением плода за тазовый конец | |
|  | | 186 Наиболее частое осложнение в первом периоде родов при поперечном положении плода:  1.преждевременное отхождение вод  2. выпадение петель пуповины  3. бурная родовая деятельность  4.слабость родовой деятельности  5. угрожающий разрыв матки | |
|  | | 186 Обязательным условием для развития запущенного поперечного положения плода является:  1. отхождение околоплодных вод  2. слабость родовой деятельности  3. бурная родовая деятельность  4. крупный плод  5. недоношенный плод | |
|  | | 187 Госпитализация при поперечном положении плода показана при сроке беременности:  1. 28–30 недель  2.31–32 недель  3. 33–35 недель  4. 36–37 недель  5. 39–40 недель | |
|  | | 188 При переднеголовном предлежании плода проводной точкой является:  1.малый родничок  2. большой родничок  3.лоб  4.подбородок  5. затылок | |
|  | | 189 При лобном предлежании проводной точкой служит:  1. малый родничок  2. большой родничок  3. лоб  4. подбородок  5. затылок | |
|  | | 190 При лицевом предлежании проводной точкой является:  1. малый родничок  2. большой родничок  3.лоб  4.подбородок  5. затылок | |
|  | | 191 Область надпереносья и затылочный бугор являются точками фиксации для предлежания:  1. переднего вида затылочного  2.переднетеменного  3.лобного  4.лицевого  5.переднего вида лобного | |
|  | | 192 Головка прорезывается средним косым размером при предлежании:  1.переднем виде затылочного  2. заднем виде затылочного  3. переднетеменном  4. лобном  5. лицевом | |
|  | | 193 Головка прорезывается прямым размером при предлежании:  1. заднем виде затылочного  2. лобном  3. лицевом  4. переднетеменном  5.переднеголовном | |
|  | | 194 Наиболее важный признак поперечносуженного таза:  1. крутое стояние крыльев подвздошных костей  2. узкая лонная дуга  3. уменьшение поперечных размеров таза  4. уменьшение горизонтальной диагонали ромба Михаэлиса  5. мыс крестца вдается в полость таза | |
|  | | 195 Особенностью биомеханизма родов при поперечносуженном тазе является:  1. сильное сгибание головки, наличие всех моментов правильного биомеханизма  2. сильное сгибание головки, высокое прямое стояние стреловидного шва, отсутствие внутреннего поворота головки  3. разгибание головки, стреловидный шов в поперечном размере таза, асинклитическое вставление, «штурмовые» роды  4. разгибание головки, стреловидный шов в поперечном размере таза, «низкое поперечное стояние головки»  5. сгибание головки, наличие всех моментов правильного биомеханизма | |
|  | | 196 Наиболее часто встречающееся осложнение беременности при узком тазе:  1.многоводие  2.поперечное положение плода  3.преждевременное излитие околоплодных вод  4.гестоз  5. переношенная беременность | |
|  | | 197 Раннее излитие околоплодных вод при анатомически узком тазе обусловлено:  1. слабой родовой деятельностью  2. чрезмерной родовой деятельностью  3. многоводием  4. отсутствием внутреннего пояса соприкосновения и разделения вод на передние и задние  5.дистоцией шейки матки | |
|  | | 198 При 3-ей степени анатомически узкого таза истинная конъюгата равна:  1. 11-12 см  2. 9-11 см  3. менее 6,5 см  4.6,5-7,5 см  5. 9-7,5 см | |
|  | | 199 При отсутствии усталости у роженицы с затянувшейся активной фазой первого периода родов и целым плодным пузырем необходимо:  1. ввести окситоцин  2. ввести мизапростон  3. выполнить амниотомию  4. выполнить амниотомию с последующим введением утеротоников  5. сделать операцию кесарева сечения | |
|  | | 200 При преждевременных родах для ускорения синтеза сурфактанта и профилактики дистресс-синдрома применяют:  1. токолитики  2. эстрогены  3. прогестерон  4.глюкокортикоиды (дексаметазон, бетаметазон)  5.простагландины | |
|  | | 201 Кровотечение алой кровью с началом родовой деятельности характерно для:  1. полного предлежания плаценты  2. неполного предлежания плаценты  3. преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты  4. разрыва шейки матки  5.разрыва влагалища | |
|  | | 202 При неполном предлежании плаценты в первом периоде родов и головном предлежании плода показано:  1. наблюдение  2.амниотомия и дальнейшее наблюдение  3.амниотомия и кесарево сечение  4. амниотомия с последующей родостимуляцией при слабых схватках  5. родостимуляция | |
|  | | 203 При неполном предлежании плаценты в первом периоде родов и тазовом предлежании плода показано:  1.наблюдение  2.амниотомия и дальнейшее наблюдение  3.амниотомия и кесарево сечение  4. амниотомия с последующей родостимуляцией при слабых схватках  5. кесарево сечение | |
|  | | 204 Тактика врача при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты и интранатальной гибели плода в первом периоде родов:  1. кесарево сечение  2.назначение утеротоников для ускорения окончания родов  3.амниотомия и дальнейшее наблюдение  4.гемотрансфузия и ведение родов через естественные родовые пути  5. кесарево сечение после гемотрансфузии | |
|  | | 205 Наиболее часто встречающееся осложнение во время операции кесарева сечения при полном предлежании плаценты:  1.разрыв матки  2. плотное прикрепление плаценты  3. истинное частичное приращение плаценты  4. истинное полное приращение плаценты  5. гипотоническое кровотечение | |
|  | | 206 Наиболее информативным в диагностике преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты является:  1. наружное акушерское исследование  2. влагалищное исследование  3. УЗИ  4.оценка гемодинамических показателей  5.данные коагулограммы | |
|  | | 207 Легкая степень преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты диагностируется на основании:  1.жалоб беременной  2.осмотра материнской поверхности плаценты после родов  3. выявления гемодинамических изменений  4.наличия гипертонуса матки  5.выявления симптомов внутриутробной гипоксии плода | |
|  | | 208 Крупным плодом принято называть плод, масса которого составляет:  1.4000—5000 г  2. 3500 – 4000 г  3. 3000-3800г.  4. 2500-3500 г.  5. свыше 3750 г. | |
|  | | 209 Гигантским плодом принято называть плод, масса которого:  1. 4000—5000 г.  2. свыше 5000 г  3. 3500 – 4000 г  4. свыше 4500 г  5. свыше 4000г. | |
|  | | Поздний перитонит-это:  1. поражение брюшины инфицированным содержимым полости матки при операции кесарева сечения на фоне хорионамнионита  2. проникновение микрофлоры кишечника в брюшную полость вследствие порозности кишечной стенки на фоне послеоперационного пареза  3. несостоятельность швов на матке  4. системный воспалительный ответ на инвазию микроорганизма  5. синдром системного воспалительного ответа | |
|  | | 210 Послеродовый/послеоперационный эндомиометрит-это  1.воспаление эндомиометрия, возникшее в течение 42 дней после родов/операции кесарево сечение  2. воспаление эндометрия, возникшее в течение 42 дней после родов/операции кесарево сечение  3. воспаление швов на матке  4. воспаление брюшины  5. инфицирование передней брюшной стенки | |
|  | | 211 Объем оперативного леченияпослеродового/послеоперационного эндомиометрита  1. тотальная экстирпация матки с трубами и широким дренированием брюшной полости  2. ампутация матки с трубамии широким дренированием брюшной полости  3. тотальная экстирпация матки с трубами  4. ампутация матки с трубами  5. тотальная экстирпация матки без придатков и широким дренированием брюшной полости | |
|  | | 212 Показание к оперативному лечениюпослеродового/послеоперационного эндомиометрита:  1. отсутствие положительного эффекта от проводимой а/б терапии в течении 6-7 суток и нарастание симтоматики  2. отсутствие положительного эффекта от проводимой эмпирической а/б терапии в течении 48-72 часа  3. отсутствие положительного эффекта от проводимой эмпирической а/б терапии в течении 48-72 часа и нарастание симптоматики  4. отсутствие положительного эффекта от проводимой эмпирической а/б терапии в течении 24 часов  5. отсутствие положительного эффекта от проводимой эмпирической а/б терапии в течении 24 часов и нарастание симтоматики | |
|  | | 213 Симтоматическая терапия гипертермии в лечении послеродового/послеоперационного эндомиометрита проводится при температуре тела:  1. выше 38,50 С  2. выше 37,50 С  3. выше 37,00 С  4. выше 38,00 С  5. выше 37,80 С | |
|  | | 214 Хориоамнионит-это  1. эндометрит во время родов  2. эндометрит после родов  3. эндометрит после аборта  4. эндометрит ч/з 12 дней после родов  5. эндометрит ч/з 42 дней после родов | |
|  | | 215 Количество о/п вод в норме при доношенном сроке гестации:  1. 0,5 – 1,5 л  2. более 1,5 л  3. более ¬2 л  4. не более 2 л  5. не более 2,5 л | |
|  | | 216 Многоводие – количества о/п вод при доношенном сроке гестации:  1. 0,5 – 1,5 л  2. более 1,5 л  3 .более 1 л  4. не более 2 л  5. не более 2,5 л | |
|  | | 217 Многоводие развивается вследствие:  1. нарушения функции амниона  2. обвития пуповины вокруг шеи  3. обвития пуповины вокруг туловища  4 .предлежания петель пуповины  5. выпадения петель пуповины | |
|  | | 218 Многоводие развивается вследствие:  1. избыточной продукции вод амниотическим эпителием  2. обвития пуповины вокруг шеи в/у плода  3. обвития пуповины вокруг туловища в/у плода  4. предлежания петель пуповины  5. выпадения петель пуповины | |
|  | | 219 Маловодием называется такое состояние, когда количество о/п вод при доношеном сроке гестации менее:  1. 0,5 л  2. 1,0 л  3. 1,5 л  4. 2,0 л  5. 2,5 л | |
|  | | 220 Причины маловодия:  1. несвоевременное излитие о/п вод  2. обвитие пуповины вокруг шеи  3. обвитие пуповины вокруг туловища  4. предлежание петель пуповины  5. низкое прикрепление плаценты. | |
|  | | 221 Профилактика резус-изоиммунизации после родов состоит из:  1. рутинного назначения анти- D иммуноглобулина в первые 72 часа после родов Rh-отрицательной матери, родившей Rh-положительного ребенка  2. рутинного назначения анти- D иммуноглобулина в первые 72 часа после родов Rh-отрицательной матери, родившей Rh-отрицательного ребенка  3. прием викасола по 0,015 г 3 раза в день, 10 дней  4. прием витамина В12 по 200 мкг 1 раз в день 10 дней  5. преднизолон по 0,005 г 1 раз в день 21 день | |
|  | | 222 Профилактика резус-изоиммунизации во время беременности проводится в сроке гестации:  1. 20 нед  2. 22 нед  3. 24 нед  4. 26 нед  5.28 нед | |
|  | | 223 Профилактику резус-изоиммунизации после родоразрешения проводят в течении:  1.ч/з 72 часов после родов  2. ч/з 6 дней после родов  3. ч/з 10 дней после родов  4. ч/з 20 дней после родов  5. ч/з 42 дня после родов | |
|  | | 224 Для постановки диагноза резус-изоиммунизации во время беременности достаточно:  1. наличие у матери Rh-отрицательной крови  2. наличие у отца Rh-положительной крови  3. данная беременность вторая  4. наличие повышенного титра а/тел  5. наличие повышенного титра а/тел с дополнательными методами обследования (УЗС, амниоцентез, фетальный гематокрит) | |
|  | | 225 В течение какого времени при тяжелой преэклампсии должны произойти роды?  1. в течение 12 часов  2. в течение 6 часов  3. в течение 2 часов  4. в течение 24 часов  5. в течение 4 часов | |
|  | | 226 В каком сроке беременности определяют альфа-фетопротеин у матери:  1.5-6 недель  2.10-12 недель  3.16-18 недель  4.18-20 недель  5.15-20 недель | |
|  | | 227 В какие сроки беременности чаще всего используют допплеровское исследование:  1. 16-18 недель  2. 18-20 недель  3. 22-24 недели  4. 24-26 недель  5. 28-30 недель | |
|  | | 228 К TORCH-инфекции относится:  1.Стафиллококки  2.Токсоплазмы  3.Стрептококки  4.Кишечная палочка  5.Гарднерелла | |
|  | | 229 В каком сроке гестаци вирус краснухи опасен для плода:  1. 4-8 недель  2.20 недель  3.30 недель  4. Перед родами  5. Во время родов | |
|  | | 230 Чем объясняется частое развитие правостороннего пиелонефрита у беременных:  1.Сдавлением мочевого пузыря маткой  2.Нарушением уродинамики верхних мочевыводящих путей  3.Наличием инфекционных очагов в организме  4.Сдавлением мочеточника варикозно расширенными венами яичников  5.Увеличением половых и кортикостероидных гормонов | |
|  | | 231 При сахарном диабете в І-ой половине беременности улучшение состояния связано с:  1. Активизацией инсулярного аппарата поджелудочной железы  2. Повышением уровня эстерогенов и прогестерона  3.Повышением уровня хорионического гонадотропина  4.Повышением уровня плацентарного лактогена  5.Улучшением функции печени | |
|  | | 232 При гипертензии беременных увеличивается:  1. Тромбоксан  2. Простагландин Е  3. Окситоцин  4. Пролактин  5. Простациклин | |
|  | | 233 При гипертензии беременных уменьшается:  1.Простациклин  2. Простагландин Е  3. Окситоцин  4. Пролактин  5. Тромбоксан | |
|  | | 234 Действие тромбоксана:  1.Антиагрегантное  2.Усиление гиперкоагуляции  3.Вазоконстрикторное  4.Уменшение гиперкоагуляции  5.Увеличение уровеня натрия в плазме | |
|  | | 235 Действие тромбоксана на сосудистую стенку:  1.Сужение  2.Расширение  3.Утолщение  4.Уплотнение  5.Расслабление | |
|  | | 236 При гипертензии беременных количество тромбоцитов:  1.Увеличивается  2.Уменьшается  3. Не меняется  4. Значительно увеличивается  5.Значительно уменьшается | |
|  | | 237 Гормональная функция плаценты при переношенной беременности:  1.Снижается  2. Повышается  3. Не меняется  4. Повышается с последующим снижением  5. Снижается с последующим повышением | |
|  | | 238 Беременная К. поступила в роддом с диагнозом: Беременность 36-37 недель, преэклампсия тяжелой степени. Тактика акушера:  1.Ограничиться комплексным лечением в течение 24 часов  2.Комплексное лечение с одновременной подготовкой организма к родам, родоразрешить в течение 72 часов  3.Подготовка организма к родам пропедил-гелем в течение 72 часов  4.Комплексное лечение с одновременной подготовкой организма к родам, родоразрешить в течение 24 часов  5.Родоразрешить путем операции кесарево сечение в экстренном порядке | |
|  | | 239 Наибольшее повышение объема циркулируюшей крови набдюдается в сроки  беременности:  1.10-12 недель  2.16-18 недель  3.20-24 недели  4.26-32 недели  5.36-40 недель | |
|  | | 240 Объем плазмы при беременности повышается на:  1.10%  2. 20%  3.30%  4.40%  5.50% | |
|  | | 241 Наиболее частая причина развития матки Кювелера (маточной апоплексии):  1. Полное предлежание плаценты  2. Неполное предлежание плаценты  3. Разрыв шейки матки  4. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты  5. Аномалия плаценты | |
|  | | 242 Родовая опухоль – это:  1. Изменение формы головы  2. Уменьшение объема головки  3. Увеличение объема головки  4. Кровоизлияние под надкостницу костей черепа  5. Отек тканей в области ведущей точки | |
|  | | 243 Различают следующие степени «зрелости» шейки матки по Бишоп (..):  1. Незрелая, созревающая, зрелая  2. Плотная, мягкая, ригидная  3. Длинная, короткая, укорочена  4. Центральная, эксцентричная  5. Первая, вторая, третья | |
|  | | 244 Шейка матки расценивается как «зрелая», если шейка матки:  1. Отклонена к крестцу, длиной 3 см, плотная, наружный зев закрыт,  2. Сглажена, края средней толщины, мягкие, открытие маточного зева 2 см  3. Расположена центрально, укорочена, размягчена, цервикальный канал проходим для 1 пальца за внутренний зев, переходный валик отсутствует  4. Отклонена кзади, длиной 2 см, размягчена по периферии, цервикальный канал проходим для 1 пальца за внутренний зев, в области которого определяется переходный валик  5. Сглажена, края средней толщины, мягкие, открытие маточного зева 4 см | |
|  | | 245 Шейка матки расценивается как «созревающая», если шейка матки:  1. Отклонена к крестцу, длиной 3 см, плотная, наружный зев закрыт,  2. Сглажена, края средней толщины, мягкие, открытие маточного зева 2 см  3. Расположена центрально, укорочена, размягчена, цервикальный канал проходим для 1 пальца за внутренний зев, переходный валик отсутствует  4. +Отклонена кзади, длиной 2 см, размягчена по периферии, цервикальный канал проходим для 1 пальца за внутренний зев, в области которого определяется переходный валик  5. Сглажена, края средней толщины, мягкие, открытие маточного зева 4 см | |
|  | | 246 Шейка матки расценивается как «незрелая», если шейка матки:  1. Отклонена кзади, длиной 3 см, плотная, наружный зев закрыт,  2. Сглажена, края средней толщины, мягкие, открытие маточного зева 2 см  3. Расположена центрально, укорочена, размягчена, цервикальный канал проходим для 1 пальца за внутренний зев, переходный валик отсутствует  4. Отклонена кзади, длиной 2 см, размягчена по периферии, цервикальный канал проходим для 1 пальца за внутренний зев, в области которого определяется переходный валик  5. Сглажена, края средней толщины, мягкие, открытие маточного зева 4 см  247 Чем объясняется частое развитие правостороннего пиелонефрита у беременных:  1.Сдавлением мочевого пузыря маткой  2.Нарушением уродинамики верхних мочевыводящих путей  3.Наличием инфекционных очагов в организме  4.Сдавлением мочеточника варикозно расширенными венами яичников  5.Увеличением половых и кортикостероидных гормонов  248 Симтоматическая терапия гипертермии в лечении послеродового/послеоперационного эндомиометрита проводится при температуре тела:  1. выше 38,50 С  2. выше 37,50 С  3. выше 37,00 С  4. выше 38,00 С  5. выше 37,80 С  249 Интенсивность схватки, продолжительностью более 40 сек отмечается на партограмме:   1. точками 2. штрихами 3. сплошное закрашивание 4. не закрашивается 5. не отмечается   250 Курс профилактики респираторного дистресс плода проводят:   1. 1 раз 2. 5 раз 3. 2 раза 4. 3 раза 5. 4 раза | |