Министерство науки и высшего образования Российской Федерации Министерство образования и науки Кыргызской Республики

Межгосударственная образовательная организация высшего образования Кыргызско-Российский Славянский университет имени первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина.

Фонд оценочных средств

по дисциплине «Акушерство»

Уровень высшего образования

СПЕЦИАЛИТЕТ

Направление подготовки

31.05.02 – РФ, 560002 – КР Педиатрия

(код и наименование направления подготовки)

Квалификация Врач-педиатр

1. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Формируемые компетенции	**Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций**	**Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе**
ПК-6: способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра	**Знать**: методики проведения исследований для выявления основных патологических состояний, симптомов синдромов заболеваний, нозологических форм	**Блок А** Вопросы для рубежного контроля. Вопросы для промежуточной аттестации Тестовые задания Устный опрос
	Уметь: осмыслить полученные результаты исследования основных нозологических форм заболеваний	**Блок С** Практические навыки (у постели больного / симуляция) Клинический разбор случая (Физикальное обследование, интерпретация анализов)
	Владеть: навыками выявления основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний.	**Блок D** Аналитическая работа / письменный разбор (Клинический разбор диагностического случая) Подготовка и защита Презентации клинического случая
ПК-11: готовностью к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	**Знать**: методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля, современные методы клинического, лабораторного инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы ультразвуковую диагностику);	**Блок А** Практические навыки (у постели больного / симуляция) Клинический разбор случая (Физикальное обследование, интерпретация анализов) **Блок D** Аналитическая работа / письменный разбор (Клинический разбор диагностического случая) Подготовка и защита презентации клинического случая
	Уметь: подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, госпитализация;	**Блок В** Ситуационные задачи (кейсы) Письменный разбор клинической ситуации (Оформление карт, историй болезни, назначений)
	Владеть: навыками сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного при основных патологических синдромах и	**Блок D** Аналитическая работа / письменный разбор (Клинический разбор диагностического случая) Подготовка и защита презентации клинического случая

	неотложных состояниях, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения;	

2. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ДИСЦИПЛИНЫ/ПРАКТИКИ

Технологическая карта дисциплины «акушерство»

Курс/семестр: 4/7(8) Количество кредитов (ЗЕ): 5 Отчетность: экзамен

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля
Модуль 1					
	Текущий	Теоретический опрос; Курация больного (сбор анамнеза, гинекологический осмотр, анализ лабораторных исследований) Проверка СРС.	17	30	20/43 недели
	Рубежный	Устный опрос Решение ситуационных задач	3	5	
Модуль 2					
	Текущий	Теоретический опрос; Курация больного (сбор анамнеза, гинекологический осмотр, анализ лабораторных исследований) Проверка СРС.	17	30	21/44
	Рубежный	Устный опрос Решение ситуационных задач	3	5	
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (Зачет с оценкой)	Устный опрос Решение ситуационных задач		20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

Рубежный контроль проверка полноты знаний и умений (достижения образовательных результатов) по материалу модуля в целом.

Промежуточный контроль завершенная задокументированная часть учебной дисциплины – совокупность тесно связанных между собой модулей дисциплины**.**

3. ТИПОВЫЕ КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ / ПРАКТИКЕ (ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА)

Блок А

А.0 Фонд тестовых заданий по дисциплине.

А.1 Вопросы для опроса:

1) 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

2) 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

3) Для бессимптомной бактериурии характерно наличие в 1 мл средней порции мочи:
1. более 105 колониеобразующих единиц бактерий
2. более 102 колониеобразующих единиц бактерий
3. более 106 колониеобразующих единиц бактерий
4. более 1010 колониеобразующих единиц бактерий
5. более 103 колониеобразующих единиц бактерий

4) Роды срочное, полностью самопроизвольные-это роды одним плодом в сроке
1. 37-42 нед
2. 36-37 нед
3. 39-40 нед
4. 38-40 нед
5. 40-41 нед

5) 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

6) Частота выслушивания с/б плода в первом периоде физиологических родов (по партограмме):
1. каждые 15 мин
2. каждые 30 мин
3. каждые 20 мин
4. каждые 40 мин
5. каждые 60 мин

7) Переношенной называется беременность продолжительностью:
1. более 42 нед
2. 40-41 нед
3. 41-42 нед
4. 39-40 нед
5. 40-42 нед

8) 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

9) Какая шкала используется для оценки степени зрелости шейки матки перед индукцией родов:
1. Глазго
2. Бишоп
3. Зорро
4. Джеймса
5. Апгар

10) 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

11) Преждевременные роды – это преждевременный процесс изгнания содержимого полости матки через естественные родовые пути в сроке гестации:
1. 24-37 недель
2. 22-36 недель
3. 21-36 недель
4. 22-37 недель
5. 23-36 недель

12) Третий период родов:
1. начинается с момента рождения ребенка и заканчивается рождением последа
2. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается рождением последа
3. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается рождением ребенка
4. начинается с началом потуг и заканчивается рождением ребенка
5. начинается с началом потуг и заканчивается рождением последа

13) Первый период родов:
1. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается полным открытием
2. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается рождением ребенка
3. начинается с началом потуг и заканчивается рождением ребенка
4. начинается с началом потуг и заканчивается рождением последа
5. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается потугами

14) Второй период родов:

1. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается полным открытием
2. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается рождением ребенка
3. начинается с началом потуг и заканчивается рождением ребенка
4. начинается с началом потуг и заканчивается рождением последа
5. начинается с полного открытия и заканчивается рождением ребенка

15) Каким препаратом проводится профилактика респираторного дистресс плода
1. преднизолон
2. гидрокортизон
3. дексаметазон
4. ампициллин
5. гентамицин

16) Профилактика респираторного дистресс плода проводится в сроке беременности менее:
1. 34 нед
2. 37 нед
3. 36 нед
4. 35 нед
5. 38 нед

17) 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

18) При преждевременной отслойке плаценты, расположенной на передней стенке матки, характерно:
1. локальная болезненность
2. схваткообразные боли в крестце и пояснице
3. отеки нижних конечностей
4. отеки передней брюшной стенки
5. отеки верхних конечностей

19) Назовите стадию выкидыша , если женщина жалуется на схваткообразные боли ,сильное кровотечение. Объективно - шейка укорочена, цервикальный канал пропускает 1п/п , матка по величине намного меньше срока беременности.
1. угрожающий выкидыш
2. аборт в ходу
3. неполный выкидыш
4. полный выкидыш
5. начинающийся выкидыш

20) Предлежание плаценты - это такая патология, при которой плацента располагается
1. в теле матки
2. в нижнем сегменте матки
3. в области внутреннего зева
4. по задней стенке матки
5. в дне матки

21) 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..

22) У беременной с длительно текущей гипертензией в сроке 32 недели беременности появились признаки прогрессирующей преждевременной отслойки плаценты произведена срочная госпитализация в роддом. акушерская тактика :
1. интенсивная терапия и сохранение беременности
2. родовозбуждение и родостимуляция
3. кесарево сечение
4. применение токолитиков
5. наложение акушерских щипцов

23) Для кровотечения, в основе которого лежат разрывы родовых путей, характерно :
1. тонус матки снижен
2. характер кровотечения непрерывный
3. сгустки рыхлые, легко растворимые
4. кровь не свертывается
5. кровь вытекает пульсирующей струей

24) 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

25) 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. над пупком в центре

26) Признаками эклампсии являются:
1. гипертензия
2. альбуминурия и отеки
3. диарея
4. судороги и кома
5. головная боль

27) Для предупреждения припадка эклампсии применяют:
1. нейровегетативную блокаду

2. эуфиллин внутривенно
3. нифедипин под язык
4. сульфат магния внутривенно
5. фраксипарин подкожно

28) Наиболее эффективное гипотензивное средство, применяемое при преэклампсии тяжелой степени:
1. сульфат магния
2. клофелин
3. дибазол и папаверин
4. пентамин
5. но – шпа

29) Антигипертензивные препараты должны быть введены для снижения артериального давления при тяжѐлой 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

30) Целью гипотензивной терапии при тяжѐлой преэклампсии или эклампсии является поддержка диастолического А/Д:
1. на нормальных цифрах
2. ниже 80 мм рт ст
3. между 80мм рт ст и 90 мм рт ст
4. между 90 мм рт ст и 100 мм рт ст
5. всегда при гипертензии

31) Какой характер имеет коагулопатичесское кровотечение?
1. вытекает жидкая кровь, не образуя сгустков.
2. обильное артериальное кровотечение алой струей.
3. при каждой схватке выделяется порция крови со сгустками.
4. изливаются околоплодные воды окрашенные кровью.
5. обильное артериальное кровотечение со сгустками.

32) 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
5. при изменении сердцебиения плода

33) Простым плоским называется таз, у которого уменьшены:
1. все поперечные размеры
2. все прямые размеры всех плоскостей
3. прямой размер плоскости входа
4. все размеры таза
5. размеры и выхода малого таза

34) 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

35) 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

36) 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

37) О чем свидетельствует положительный признак Вастена?
1. о начале периода изгнания
2. о полном раскрытии маточного зева
3. о несоответствии между головкой и тазом
4. об угрозе разрыва матки
5. о риске отхождения околоплодных вод

38) Укорочение всех наружных размеров таза характерно для:
1. простого плоского таза
2. поперечносуженного таза
3. плоскорахитического таза
4. общеравномерносуженного таза
5. косо - смещенного таз

39) 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

40) При тазовых предлежаниях сердцебиение выслушивается:
1. ниже пупка
2. выше лона
3. выше пупка
4. на уровне пупка
5. справа от пупка

41) При чисто ягодичном предлежании применяют:

1. метод Цовьянова
2. классическое ручное пособие
3. извлечение за тазовый конец
4. поворот плода
5. акушерские щипцы

42) Пособие по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании способствует:
1. освобождению плечевого пояса
2. переводу ножного предлежания в смешанное ягодичное
3. освобождению головки плода
4. сохранению нормального членорасположения плода
5. быстрейшему завершению родов

43) Первый момент биомеханизма родов при тазовом предлежаниии - это:
1. внутренний поворот ягодиц
2. опускание ягодиц
3. сгибание головки
4. внутренний поворот плечиков
5. поясничное сгибание

44) 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

45) Позицию плода при поперечном положении определяют по:
1. спинке плода
2. головке плода
3. расположению мелких частей
4. расположению ягодиц
5. по локализации сердцебиения плода

46) При поперечном положении плода и доношенной беременности показано:
1. ведение родов через естественные родовые пути
2. кесарево сечение в плановом порядке
3. кесарево сечение с началом родовой деятельности
4. кесарево сечение после отхождения околоплодных вод
5. роды извлечением плода за тазовый конец

47) При запущенном поперечном положении и мертвом плоде показано:
1. кесарево сечение
2. классический поворот плода на ножку
3. извлечение плода за тазовый конец
4. плодоразрушающая операция
5. наружный поворот плода

48) Какое положение плода считается поперечным?
1. ось плода совпадает с осью (длинником) матки, головка плода в дне
2. ось плода совпадает с осью матки, головка над входом в малый таз

3. длинник плода пересекает ось матки под прямым углом
4. длинник плода совпадает с осью матки, но имеется задний вид
5. длинник плода пересекает ось матки под острым углом

49) Позиция плода при поперечном положении определяется по расположению:
1. спинки плода
2. головки плода
3. мелких частей
4. тазового конца
5. ножек плода

50) 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

51) 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

52) Профилактику резус-изоиммунизации после родоразрешения проводят в течении:
1. 72 часов после родов
2. 6 дней после родов
3. 10 дней после родов
4. 20 дней после родов
5. 42 дня после родов

53) В родах при головном предлежании плода следующая базальная
частота сердечных сокращений считается нормальной:

100-160 в минуту;
120–160 в минуту;
110–150 в минуту;
100–180 в минуту;
более 200 в минуту.

54) В биомеханизме родов при переднеголовном предлежании ведущей точкой является:

малый родничок;
между большим и малым родничками;
большой родничок;
теменная кость;
середина лобного шва.

55) В биомеханизме родов при переднеголовном предлежании плода точками фиксации являются:

надпереносица;
затылочный бугор;
верхняя челюсть;
малый родничок;
лобный шов.

56) Головка плода в родах при переднеголовном предлежании прорезывается окружностью, соответствующей:

малому косому размеру;
среднему косому размеру;
большому косому размеру;
вертикальному размеру;
прямому размеру.

57) В биомеханизме родов при лобном предлежании ведущей точкой является:

середина лобного шва;
надбровье;
корень носа;
большой родничок;
малый родничок.

58) При лобном предлежании доношенного плода родоразрешение проводят:

путем наложения вакуум-экстрактора на головку плода;
с помощью атипичных акушерских щипцов;
путем кесарева сечения;
вакуумэкстракции плода;
с применением родостимуляции.

59) При каком биомеханизме родов головка проходит полость малого таза своим большим косым размером?

при переднем виде затылочного предлежания;
при заднем виде затылочного предлежания;
при переднеголовном вставлении;
при лобном предлежании;
при лицевом предлежании.

60) При каком биомеханизме родов головка проходит полость малого таза своим вертикальным размером?

задний вид затылочного предлежания;
переднеголовное предлежание;
лобное предлежание;
при переднеголовном вставлении;
лицевое предлежание.

61) В биомеханизме родов при лицевом предлежании плода ведущей точкой является:

подъязычная кость;
подбородок;
переносица;
нижняя челюсть;
верхняя челюсть.

62) В биомеханизме родов при лицевом предлежании плода точкой фиксации является:

подъязычная кость;
верхняя челюсть;
подзатылочная ямка;
лобная кость;
надбровные дуги.

63) К основным факторам рождения крупного плода следует отнести:

сахарный диабет;
поздний гестоз;
артериальную гипотонию;
резус-сенсибилизацию;
поздний возраст беременной.

64) Если прогрессирующая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты развилась во время беременности, следует произвести:

родовозбуждение;
сохраняющую терапию
раннюю амниотомию;
токолиз;
кесарево сечение.

65) При плотном прикреплении плаценты ворсины хориона проникают вглубь стенки матки:

в спонгиозный слой слизистой оболочки;
в компактный слой слизистой оболочки;
в базальный слой слизистой оболочки;
в слизистый и мышечный слой матки;
в мышечный слой матки.

66) Для истинного приращения плаценты характерно врастание ворсин хориона:

в базальный слой слизистой оболочки;
в слизистый и мышечный слой матки;
в мышечный слой матки.
в компактный слой слизистой оболочки;
в спонтозный слой слизистой оболочки.

68) При истинном приращении нормально расположенной плаценты показано:

ручное отделение плаценты;

выскабливание послеродовой матки;
тампонада матки тампоном с фибриногеном;
тампонада матки катетером Фоллея;
надвлагалищная ампутация матки.

69) При частичном плотном прикреплении плаценты показано:

выскабливание послеродовой матки;
одномоментное внутривенное введение окситоцина;
внутривенное введение метилэргометрина;
ручное отделение плаценты;
операция кесарева сечения.

70) Преобладание в анализе мочи по Нечипоренко лейкоцитов наиболее характерно:

для эклампсии;
для гепатоза;
для пиелонефрита;
для гломерулонефрита;
для почечно-каменной болезни.

71) Проводной точкой на головке плода при заднем виде затылочного предлежания является в полости таза:

переносица;
большой родничок;
малый родничок;
расстояние между родничками;
надбровные дуги.

72) Вторым моментом биомеханизма родов при заднем виде затылочного предлежания является:

умеренное сгибание головки;
умеренное разгибание головки;
максимальное сгибание головки;
внутренний поворот головки затылком кзади;
внутренний поворот головки затылком кпереди.

73) Высокий риск развития инфекционных осложнений возможен при безводном периоде:

4 ч;
10 ч;
6 ч;
2 ч;
12 ч.

74) При плоском плодном пузыре с целью профилактики слабости родовых сил в первом периоде родов производят:

наложение акушерских щипцов;
введение утеротоников;

введение спазмолитиков;
амниотомию;
эпизиотомию.

75) При отсутствии признаков отделения плаценты через 30 минут после рождения плода выполняют:

наложение швов по Линчу;
приемы выделения последа;
кюретаж послеродовой матки;
ручное отделение последа;
ампутацию матки.

76) С помощью третьего приема Леопольда-Левицкого определяется:

членорасположение плода;
позиция плода;
положение плода;
предлежащая часть плода;
высота стояния дна матки.

77) При несоответствии размеров таза матери и головки живого плода показано:

применение родостимулирующей терапии;
применение вакуумэкстракции плода;
применение акушерских щипцов;
родоразрешение операцией кесарева сечения;
родоразрешение плодоразрушающей операцией.

78) К вероятному признаку при диагностике беременности относят

изменение настроения
изменение обоняния
выслушивание сердцебиения плода
признак Горвиц- Гегара
признак Креде-Лазаревича

79) Эффективность родовой деятельности оценивается

по частоте и продолжительности схваток
по длительности родов
по темпу сглаживания и раскрытия шейки матки
по состоянию плода
по времени излития околоплодных вод

80) Во время потуг характерно

уменьшение внутрибрюшного давления
расслабление мышц брюшного пресса
повышение внутрибрюшного давления
расслабление мышц тазового дна
напряжение мышц тазового дна

81) После операции ручного обследования полости матки рекомендуется назначать

антибиотики и сокращающие средства
ненаркотические анальгетики
гипотензивные и мочегонные средства
токолитические и спазмолитические средства
наркотические анальгетики

82) Совместное пребывание матери и ребенка в послеродовой палате способствует

кормлению ребенка по требованию
кормление ребенка по графику
ухудшению процесса адаптации новорожденного
осложнению работы медицинского персонала
возникновению гнойно-септической инфекции

83) Для профилактики эндемического зоба целесообразно йодировать

сахар, конфеты
крупы, макароны
творог, молоко
хлеб, поваренную соль
растительное масло, маргарин

84) Профилактикой гестационного пиелонефрита является раннее выявление

лейкоцитоза
явных отеков
анемии
бактериурии
скрытых отеков

85) Антидотом при передозировке магния сульфата является

натрия тиосульфат
кальция глюконат
препараты железа
антигистаминные препараты
увлажненный кислород

86) Осложнения преэклампсии , при которой наблюдается гемолиз эритроцитов, повышение активности ферментов печени, снижение количества тромбоцитов является

жировой гепатоз
Hellp-синдром
преэклампсия
ДВС-синдром
эклампсия

87) Резус-конфликт между матерью и плодом возникает, если кровь

матери — резус-отрицательная, а плода — резус-положительная
матери — резус-положительная, а плода — резус-отрицательная
матери и плода — резус-отрицательная
матери и плода — резус-положительная
матери и отца — резус-отрицательная

88) Большое количество лейкоцитов в моче следует определить как

протеинурию
глюкозурию
полиурию
гематурию
пиурию

89) Настораживающим симптомом у беременной с преэклампсией является

сонливость
усталость
чувство голода
походка беременной
шум в ушах

90) Беременным женщинам проводится иммунопрофилактика при наличии

гепатита
столбняка
Rh-конфликта
дифтерии
полиомиелита

91. В какое время после физиологических родов наиболее целесообразно приложить ребенка к груди?

непосредственно после родов;
в первые 2 ч после родов;
через 12 ч после родов;
через 30 минут после родов;
5.сразу после начала лактации.

92. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты возможна:

в прелиминарном периоде;
в первом периоде родов;
во втором периоде родов;
в третьем периоде родов;
не зависимо от стадии родов

93. Состояние внутриутробной гипоксии плода при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты зависит от:

площади отслоившейся части плаценты;
скорости отслойки плаценты;

морфофункционального состояния плаценты;
сроков гестации, «доношенности» плода;
общего объёма кровопотери.

94. Индекс Соловьёва составляет:

10-14см.
12-16см.
14-17см.
15-17см.
16-18см.

95. Припадок эклампсии может развиться:

только во время родов;
только во время беременности;
только в раннем послеродовом периоде;
только в позднем послеродовом периоде;
не зависит от срока беременности и родов.

96. При какой степени тяжести раннего токсикоза беременных возможно амбулаторное лечение:

при легкой;
при средней;
при тяжелой;
в любом случае;
при угрозе выкидыша.

97. Для диагностики многоплодной беременности наиболее часто используют

ультразвуковое исследование:
рентгенологическое исследование;
радиоизотопную сцинтиграфию;
компьютерную томографию;
магниторезонансную томографию.

98. Причины разрыва матки во время беременности:

несостоятельный рубец на матке
клинически узкий таз
анатомически узкий таз
крупный плод
аномалия строения матки

99. Для общеравномерносуженного таза характерно:

одинаковое уменьшение всех размеров малого таза
уменьшение только прямого размера входа в малый таз
уменьшение всех прямых размеров малого таза
уменьшение только поперечного размера входа в малый таз
уменьшение всех поперечных размеров малого таза

100) Фактором риска развития острого послеродового мастита является

крупный плод
низкий вес плода
лактостаз и трещины сосков
асимметрия молочных желез
разрыв промежности

101) Сильные и длительные с короткими интервалами схватки характерны для

дистоции шейки матки
чрезмерной родовой деятельности
дискоординированной родовой деятельности
патологического прелиминарного периода
слабости родовой деятельности

102) Биомеханизмом родов называется

метод извлечения плода
врезывание головки плода
поворот плода «на ножку»
совокупность движений плода
внутренний поворот головки

103) При первичном выявлении повышения уровня глюкозы в крови беременной показано

определение креатинина
определение АЛТ и АСТ
тест на толерантность к глюкозе
определение глюкозы в моче
определение общего белка в моче

104) Наиболее серьезным осложнением в родах при тазовом предлежании плода является

предлежание ножек плода
выпадение ножки плода
выпадение петель пуповины
несвоевременное излитие околоплодных вод
слабость родовой деятельности

105) Пиурия и бактериурия является у беременной признаком

сахарного диабета
раннего гестоза
позднего гестоза
пиелонефрита
преэклампсии

106) Назначение приема фолиевой кислоты при нормальной беременности

400-800 мкг в день перорально;

100-200 мкг в день перорально;
800-1000 мкг в день перорально;
200-400 мкг в день перорально.

107) Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности с учетом состояния беременной женщины и плода делается

до 35 недель беременности;
до 11-12 недель беременности;
до 5-7 недель беременности;
до 16 недель беременности;
до 20 недель беременности.

108) Что является причиной материнской смерти при эклампсии:

остановка сердца во время судорог
кровоизлияния в печень
отек легких
кровоизлияния в мозг и кома
острая почечная недостаточность

109) Укажите, с чем необходимо дифференцировать гестоз беременных?

с крупозной пневмонией.
инфарктом миокарда.
с гипертонической болезнью.
с пиелонефритом.
сердечной недостаточностью.

110) Какой период родов тяжелее переносится женщинами с сердечно-сосудистой патологией?

I период родов.
II период родов.
III период родов.
ранний послеродовый период.
послеродовый период в первые две недели.

111) К развитию фетоплацентарной недостаточности чаще всего приводит:

гестоз.
заболевания почек.
гипертоническая болезнь.
анемия беременных.
ожирение.

112) Анемия беременных обусловлена:

дефицитом железа.
резус-отрицательной кровью.
кровопотерей.
спленомегалией.

недостатком белка.

113) В каком сроке беременности развивается истинная анемия беременных?

до 12 нед.
в 12-16 нед.
в 16-20 нед.
после 20 нед.
после 35 нед.

114) При какой патологии в родах чаще всего развивается острая гипоксия плода?

тазовое предлежание.
преждевременное излитие вод.
слабость родовой деятельности.
преждевременная отслойка плаценты.
плацентарная недостаточность.

115) Укажите признаки угрожающего прерывания беременности, определяемые при УЗИ?

изменение двигательной активности плода.
изменение сердечной деятельности.
повышение тонуса миометрия.
изменения в хорионе или плаценте.
изменение количества ококплодных вод.

116) Что из гемодинамических нарушений является главным фактором, ведущим к септическому шоку?

потеря интерстициальной жидкости
высокая фибринолитическая активность
внутрисосудистое свертывание крови
генерализованная вазоконстрикция
расширение капилляров

117) Основные причины развития недостаточности кровообращения у беременных женщин:

приобретенные пороки сердца
хронические заболевания печени
хронические заболевания легких
анемия беременной
хронические заболевания почек

118) Менструальная функция при лактации после родов характеризуется:

Гиперполименореей
Гиперпролактинемией
Гиперэстрогенемией
Гиперпрогестеронемией
Гиперандрогенемией

119) К какому из способов родовозбуждения целесообразно прибегнуть при доношенной беременности и зрелой шейке матки?

Амниотомия
Внутривенное введение окситоцина
Введение простагландинов в шейку матки
Стимуляция сосков
Раскрытие шейки расширителями Гегара

120) Методы подготовки к родам при незрелой шейке матки?

Амниотомия
Введение простагландинов
Раскрытие шейки расширителями Гегара
Введение окситоцина внутривенно
Введение окситоцина в шейку матки

121) Ранний послеродовый период продолжается

До 6 часов
До 12 часов
До 24 часов
До 36 часов
До 48 часов

122) Основное показание к наложению акушерских щипцов со стороны плода:

Острая гипоксия плода
Уродства плода
Мертвый плод
Тазовое предлежание плода
Тазовое предлежание плода

123) Какие сроки беременности являются оптимальными для планового наложения кругового шва на шейку матки при ИЦН?

7-10 недю
11-16 нед.
14-20 нед.
17-23 нед.
24-27 нед.

124) Преждевременное излитие околоплодных вод - это:

излитие околоплодных вод до начала родовой деятельности
излитие околоплодных вод с началом родовой деятельности
излитие околоплодных вод при раскрытии шейки матки на 4 см.
излитие околоплодных вод при раскрытии шейки матки на 6 см.
излитие околоплодных вод при полном раскрытии шейки матки.

125) Что из нижеперечисленного не увеличивает риск Rh-сенсибилизации при беременности?

способ родоразрешения.
увеличение проницаемости плаценты
ручное отделение последа
преэклампсия, эклампсия
переливание крови

126) Назовите основную причину, приводящую к органической истмико-цервикальной недостаточности:

Искусственный аборт
Изосерологическая несовместимость матери и плода
Токсикозы 1 половины беременности
Эрозия шейки матки
Полип цервикального канала

127) Лечебная тактика при угрозе разрыва матки:

Дальнейшая стимуляция родовой деятельности.
Лечебный акушерский наркоз.
Срочное чревосечение.
Наблюдение, сердечные средства, оксигенотерапия.
Наложение акушерских щипцов.

128) Резервные возможности сердца беременных лучше оценивать:

По способности переносить нагрузки.
По ЭКГ.
По ФКГ.
Эхокардиографии.
Электрокардиографии.

129) Плановая госпитализация беременной с пороком сердца в 28-30 нед показана:

Только при появлении признаков недостаточности кровообращения.
Только при митральном стенозе.
Только при комбинированном пороке сердца.
Только при изолированном пороке сердца.
Всем беременным с пороком сердца.

130) Нормализации заживления раны в послеоперационном периоде при сахарном диабете способствуют:

Антибиотики
Протеолитические ферменты
Сосудорасширяющие препараты
Иммунокорригирующие препараты
Рациональная инсулинотерапия

А.2 Вопросы для рубежного контроля (коллоквиума)
Сколько посещений рекомендовано при физиологической беременности
1. 8

2. 12
3. 6
4. 4
5. 5

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

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

В какой суточной дозировке назначается фолиевая кислота по клиническому про
1. 440 мкг
2. 400 мкг
3. 1000 мкг
4. 1500 мкг
5. 800 мкг

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

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

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

Для бессимптомной бактериурии характерно наличие в 1 мл средней порции мочи:
1. более 105 колониеобразующих единиц бактерий
2. более 102 колониеобразующих единиц бактерий

3. более 106 колониеобразующих единиц бактерий
4. более 1010 колониеобразующих единиц бактерий
5. более 103 колониеобразующих единиц бактерий

Роды срочное, полностью самопроизвольные-это роды одним плодом в сроке
1. 37-42 нед
2. 36-37 нед
3. 39-40 нед
4. 38-40 нед
5. 40-41 нед

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

Латентная фаза родов характеризуется раскрытием шейки матки
1. от 0 до 3 см
2. от 0 до 4 см
3. от 0 до 5 см
4. от 2 до 4 см
5. от 3 до 5 см

Продолжительность латентной фазы:
1. 6-8 часов
2. менее 6 часов
3. 8-10 часов
4. более 12 часов
5. более 14 часов

Активная фаза родов характеризуется раскрытием шейки матки
1. от 0 до 10 см
2. от 2 до 8 см
3. от 8 до 10 см
4. от 4 до 10 см
5. от 3 до 10 см

Нормальным раскрытием шейки матки в активной фазе считается:
1. 0,5 - 1 см/ч
2. 1,5 - 2 см/ч
3. 2 -3 см/ч
4. 2 -4 см/ч
5. 2 см/ч

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

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

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

Частота выслушивания с/б плода в первом периоде физиологических родов (по партограмме):
1. каждые 15 мин
2. каждые 30 мин
3. каждые 20 мин
4. каждые 40 мин
5. каждые 60 мин

Частота сердечных сокращений плода при физиологических родах фиксируется на партограмме каждые:
1. 15 мин
2. 30 мин
3. 45 мин
4. 10 мин
5. 20 мин

Интенсивность схватки, продолжительностью 20 сек отмечается на партограмме:
1. точками
2. штрихами
3. сплошное закрашивание
4. не закрашивается
5. не отмечается

Интенсивность схватки, продолжительностью 20-40 сек отмечается на партограмме:
1. точками
2. штрихами
3. сплошное закрашивание
4. не закрашивается
5. не отмечается

Интенсивность схватки, продолжительностью более 40 сек отмечается на партограмме:
1. точками
2. штрихами
3. сплошное закрашивание
4. не закрашивается

5. не отмечается

А/Д при физиологических родах фиксируется на партограмме каждые:
1. 4 часа
2. 6 часов
3. 2 часа
4. 3 часа
5. 5 часов

Температура тела при физиологических родах фиксируется на партограмме каждые:
1. 4 часа
2. 6 часов
3. 2 часа
4. 3 часа
5. 5 часов

Оптимальная температура воздуха в родильной комнате должна быть:
1. не менее 25ос
2. не менее 20ос
3. не менее 30ос
4. не менее 22ос
5. не менее 28ос

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

Активное ведение III п/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

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

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

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

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

Партограмма-это графическое отображение
1. течения родов
2. течения беременности
3. раскрытия шейки матки
4. частоты маточных сокращений
5. сердцебиение в/у плода

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

После рождения через естественные родовые пути первого плода при двойне, роды следует завершить операцией кесарево сечения если:
1. предлежащая часть не опустилась
2. плодный пузырь цел
3. схватки не адекватные
4. на фоне хороших схваток, самостоятельные роды не происходят в течении 2-х часов после рождения первого плода
5. на фоне хороших схваток, самостоятельные роды не происходят в течении 1-ого часа после рождения первого плода

После рождения через естественные родовые пути первого плода при двойне, роды следует завершить операцией кесарево сечения если:
1. Предлежащая часть не опустилась
2. Плодный пузырь цел
3. Схватки не адекватные
4. С/б второго плода менее 100 или более 180 ударов в мин
5. На фоне хороших схваток, самостоятельные роды не происходят в течении 1-ого часа после рождения первого плода

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

Противопоказанием для внутреннего поворота второго плода на ножку после рождения первого при двойне является:
1. наличие рубца на матке
2. полное открытие маточного зева
3. плодный пузырь цел
4. некрупный плод
5. с/б плода ясное и ритмичное

Показанием для операции кесарева сечения во время беременности при многоплодии является:
1. сросшаяся двойня, три и более плодов
2. двойня, головное предлежание обеих плодов
3. поперечное положение второго плода
4. обвитие пуповины вокруг шеи одного плода
5. обвитие пуповины вокруг туловища одного плода

Переношенной называется беременность продолжительностью:
1. более 42 нед
2. 40-41 нед
3. 41-42 нед
4. 39-40 нед
5. 40-42 нед

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

Показания для индукции родов:
1. физиологическая беременность
2. преждевременные роды
3. крупный плод
4. преэклампсия тяжелой степени
5. Rh-отрицательная кровь, без изосенсибилизации

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

Противопоказания к индукции родов:
1. ранее выявленная гиперчувствительность к простагландинам
2. аномалии развития плода
3. антенатальная гибель плода
4. преэклампсия тяжелой степени
5. перенашивание беременности

Противопоказания к индукции родов :
1. злокачественная опухоль шейки матки
2. аномалии развития плода
3. антенатальная гибель плода
4. преэклампсия тяжелой степени
5. перенашивание беременности

Условия проведения индукции:
1. развернутая операционная
2. подготовленный персонал
3. информированное согласие роженицы
4. информированное согласие партнера
5. информированное согласие персонала отделения

Главным показателем в прогнозе успешности индукции родов является:
1. состояние роженицы
2. состояние плода
3. целостность плодных оболочек
4. размеры таза
5. состояние шейки матки

Какая шкала используется для оценки степени зрелости шейки матки перед индукцией родов:
1. Глазго
2. Бишоп
3. Зорро
4. Джеймса
5. Апгар

Что из ниже перечисленного не является методом индукции родов:
1. пальцевая отслойка нижнего плюса плодного пузыря
2. инструментальное вскрытие плодного пузыря
3. внутривенное дозированное введение окситоцина
4. интрацервикальное введение геля при разрыве плодного пузыря
5. интравагинальное введение простогландина при целом плодном пузыре

Неблагоприятное состояние ш/матки соответствует оценке по шкале Бишопа:
1. ≤ 5
2. ≤ 6
3. ≤ 7
4. ≤ 8
5. ≤ 9

Максимальная дозировка окситоцина при индукции родов:

1. 30 мЕД/в мин
2. 40 мЕД/в мин
3. 20 мЕД/в мин
4. 50 мЕД/в мин
5. 10 мЕД/в мин

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

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

Показание для проведения индукции родов мизопростолом:
1. переношенная беременность
2. преждевременные роды
3. дистресс плода
4. антенатальная гибель плода
5. непереносимость окситоцина

Критерии остановки инфузии окситоцина:
1. более 5 сокращений за 10 мин
2. не более 3 сокращений 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

Какой препарат категорически не следует применять в/в для дозревания шейки матки:
1. окситоцин
2. гинопрост
3. энзапрост
4. мизопростол
5. препидил гель

Преждевременные роды – это преждевременный процесс изгнания содержимого полости матки через естественные родовые пути в сроке гестации:
1. 24-37 недель
2. 22-36 недель
3. 21-36 недель
4. 22-37 недель
5. 23-36 недель

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

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

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

Вероятность преждевременных родов возрастает при (исключить лишнее):
1. регулярных сокращениях матки с интервалом менее 10 мин
2. болезненных сокращених матки
3. зрелой шейке матки и ее открытии по меньшей мере на 1-2 см
4. наливающемся плодном пузыре
5. у первородящих

Клинические критерии преждевременных родов в I периоде
1. схватки с интервалом более чем 20 минут, шейка матки пропускает кончик пальца
2. схватки с интервалом более чем 10 минут, шейка матки пропускает кончик пальца
3. схватки с интервалом менее чем 10 минут, открытие шейки матки на 0,5 см
4. схватки с интервалом менее чем 10 минут, открытие шейки матки на 2 см
5. схватки с интервалом менее чем 20 минут, открытие шейки матки на 0,5 см

Третий период родов:
1. начинается с момента рождения ребенка и заканчивается рождением последа
2. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается рождением последа
3. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается рождением ребенка
4. начинается с началом потуг и заканчивается рождением ребенка
5. начинается с началом потуг и заканчивается рождением последа

Первый период родов:
1. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается полным открытием
2. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается рождением ребенка
3. начинается с началом потуг и заканчивается рождением ребенка
4. начинается с началом потуг и заканчивается рождением последа
5. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается потугами

Второй период родов:
1. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается полным открытием
2. начинается с началом родовой деятельности и заканчивается рождением ребенка

3. начинается с началом потуг и заканчивается рождением ребенка
4. начинается с началом потуг и заканчивается рождением последа
5. начинается с полного открытия и заканчивается рождением ребенка

Акушерская тактика при ведении преждевременных родов (34-37 нед), если открытие маточного зева менее 3 см:
1. перевод на 2 (3) уровень, токолиз на время транспортировки
2. вызов неонатолога, роды на месте
3. профилактика РДС, перевод на 3 уровень, токолиз
4. вызов неонатологической реанимационной бригады, роды на месте
5. кесарево сечение

Акушерская тактика при ведении преждевременных родов (34-37 нед), если открытие маточного зева более 3 см:
1. перевод на 2 (3) уровень, токолиз на время транспортировки
2. вызов неонатолога, роды на месте
3. профилактика РДС, перевод на 3 уровень, токолиз
4. вызов неонатологической реанимационной бригады, роды на месте
5. кесарево сечение

Акушерская тактика при ведении ранних родов, если открытие маточного зева менее 3 см:
1. перевод на 2 (3) уровень, токолиз на время транспортировки
2. вызов неонатолога, роды на месте
3. профилактика РДС, перевод на 3 уровень, токолиз
4. вызов неонатологической реанимационной бригады, роды на месте
5. кесарево сечение

Акушерская тактика при ведении ранних родов, если открытие маточного зева более 3 см:
1. перевод на 2 (3) уровень, токолиз на время транспортировки
2. вызов неонатолога, роды на месте
3. профилактика РДС, перевод на 3 уровень, токолиз
4. вызов неонатологической реанимационной бригады (для 1 и 2 уровней), роды на месте
5. кесарево сечение

Каким препаратом проводится профилактика респираторного дистресс плода
1. преднизолон
2. гидрокартизон
3. дексаметазон
4. ампициллин
5. гентамицин

Как и в какой дозировке проводится профилактика респираторного дистресс плода:
1. в/в введение дексаметазона по 5 мг через каждые 12 часов №5
2. в/м введение дексаметазона по 6 мг через каждые 12 часов №4
3. в/м введение дексаметазона по 5 мг через каждые 12 часов №5
4. в/в введение дексаметазона по 6 мг через каждые 12 часов №4
5. в/в введение дексаметазона по 4 мг через каждые 12 часов №5

Профилактика респираторного дистресс плода проводится в сроке беременности менее:
1. 34 нед
2. 37 нед

3. 36 нед
4. 35 нед
5. 38 нед

Курс профилактики респираторного дистресс плода проводят:
1. 1 раз
2. 5 раз
3. 2 раза
4. 3 раза
5. 4 раза

Для профилактики раннего неонатального сепсиса применяют:
1. метронидазол
2. клиндамицин
3. ампициллин /гентамицин
4. ампициллин/эритромицин
5. пенициллин

Как и в какой дозировке проводиться профилактика раннего неонатального сепсиса:
1. ампициллин по 1 г через каждые 8 часов в/м или эритромицин по 500 мг 4 раза в сутки
2. ампициллин по 1г через каждые 6 часов в/м или эритромицин по 600 мг 4 раза в сутки
3. цефазолин по 1 г каждые 8 часов в/в
4. цефазолин по 4 г каждые 8 часов в/в
5. эритромицин по 1000 мг 4 раза в сутки

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

Цель острого токолиза при преждевременных родах – это…
1. отсрочить роды до наступления действия антибиотиков и перевода роженицы на более высокий уровень
2. отсрочить роды до наступления действия кортикостероидов и перевода роженицы на более высокий уровень
3. отсрочить роды до 40 недель беременности
4. отсрочить роды до приезда ургентной бригады
5. отсрочить роды до наступления действия антибиотиков и перевода новорожденного на более высокий уровень

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

Следует использовать токолиз если:
1. срок беременности больше 35 недель, латентная фаза родов,
2. у беременной амнионит в сроке меньше 35 нед
3. срок беременности меньше 35 недель и имеется дистресс плода
4. срок беременности меньше 35 недель, раскрытие шейки матки меньше 5 см
5. срок беременности больше 35 недель, активная фаза родов

Следует использовать токолиз если:
1. срок беременности меньше 35 недель, раскрытие шейки матки более 5 см
2. у беременной амнионит в сроке меньше 35 нед
3. срок беременности меньше 35 недель и имеется дистресс плода
4. срок беременности меньше 35 недель, раскрытие шейки матки меньше 5 см
5. срок беременности больше 35 недель, активная фаза родов

Продолжительность токолитической терапии не более, чем
1. 48 часов
2. 24 часа
3. 36 часов
4. 72 часа
5. 12 часов

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

В каком режиме назначаются токолитические препараты:
1. в сочетании 2-х токолитиков
2. в сочетании 3-х токолитиков
3. в режиме монотерапии
4. в сочетании с антибиотиками
5. в сочетании с окситоцином

Схема назначения нифедипина:
1. начальная доза – 10 мг под язык, каждые 20 минут в течении 1-го часа, последующая доза-по 10 мг внутрь каждые 6-8 часов в течении не более 48 часов от начала терапии
2. начальная доза – 20 мг под язык, каждые 20 минут в течении 2-х часов, последующая доза-по 20 мг внутрь каждые 6-8 часов в течении не более 28 часов от начала терапии
3. начальная доза – 10 мг под язык, каждые 20 минут в течении 3-х часов, последующая доза-по 10 мг внутрь каждые 6-8 часов в течении не более 38 часов от начала терапии
4. начальная доза – 20 мг под язык, каждые 20 минут в течении 1-го часа, последующая доза-по 20 мг внутрь каждые 6-8 часов в течении не более 38 часов от начала терапии
5. начальная доза – 10 мг под язык, каждые 60 минут в течении 1-го часа, последующая доза-по 10 мг внутрь каждые 10 часов в течении не более 28 часов от начала терапии

Схема назначения индометацина:

1. начальная доза-50 мг нагрузочная доза перорально или ректально, затем по 25 мг каждые 6 часов в течение 28 часов
2. начальная доза-100 мг нагрузочная доза перорально или ректально, затем по 25 мг каждые 6 часов в течение 28 часов
3. начальная доза-50 мг нагрузочная доза перорально или ректально, затем по 50 мг каждые 6 часов в течение 48 часов
4. начальная доза-100 мг нагрузочная доза перорально или ректально, затем по 25 мг каждые 6 часов в течение 48 часов
5. начальная доза-100 мг нагрузочная доза перорально или ректально, затем по100 мг каждые 6 часов в течение 28 часов

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

Как часто при назначении острого токолиза проводят мониторинг АД и Ps:
1. каждые 30 минут, постоянно
2. каждые 30минут, а затем каждые 60 минут до 40 часов
3. каждые 30 минут в течении 5 часов, а затем каждые 2 часа в течении 20 часов
4. каждые15 минут в течении 5 часов, а затем каждые 60 минут в течении 20 часов
5. каждые 30 минут в течении первого часа, затем каждые 60 минут в течении 24 часов, затем каждые 4 часа

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

Как часто проводят влагалищные исследования при преждевременных родах
1. каждые 6 часов
2. каждые 8 часов
3. каждые 4 часа
4. каждые 2 часа
5. вообще не проводят

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

Для профилактики кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах применяют:
1. метилэргометрин
2. окситоцин

3. простагландины
4. дицинон
5. правильно 1, 2, 3

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты может привести к:
1. возникновению матки Кувелера
2. интранатальной и антенатальной гибели плода
3. развитию ДВС-синдрома
4. геморрагическому шоку
5. всем перечисленным осложнениям

Особенностью кровотечения при предлежании плаценты является:
1. болезненность матки при пальпации
2. наружного кровотечения может и не быть
3. имеются признаки внутрибрюшного кровотечения
4. все перечисленное
5. все ответы неверны

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

Для разрыва матки по старому рубцу не характерно:
1. выраженный болевой синдром
2. бессимптомное течение
3. кровянистые выделения
4. внутриутробная гипоксия плода
5. все ответы верны

Для диагностики предлежания плаценты наиболее целесообразно применить:
1. радиоизотопную сцинтиграфию
2. тепловидение
3. ультразвуковое сканирование
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

При влагалищном исследовании при неполном предлежании плаценты, как правило, определяется:
1. губчатая ткань плаценты над всем внутренним зевом
2. головка и ручка плода
3. ножка плода
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

При наружном акушерском исследовании для предлежания плаценты наиболее характерно:
1. высокое расположение предлежащей части плода
2. поперечное и косое положение плода
3. шум сосудов плаценты над лоном
4. все перечисленное

5. ничего из перечисленного

Особенностью кровотечения при предлежании плаценты является, кроме:
1. болезненность матки при кровотечении
2. наружное кровотечение может быть обильное
3. наружное кровотечение может быть незначительное
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

При преждевременной отслойке плаценты, расположенной на передней стенке матки, характерно:
1. локальная болезненность
2. схваткообразные боли в крестце и пояснице
3. отеки нижних конечностей
4. отеки передней брюшной стенки
5. ничего из перечисленного

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. все ответы верны.

У беременной с преэклампсией в сроке 32 недели беременности появились признаки прогрессирующей преждевременной отслойки плаценты.Произведена срочная госпитализация в роддом. Акушерская тактика:
1. интенсивная терапия и сохранение беременности
2. родовозбуждение и родостимуляция
3. кесарево сечение
4. применение токолитиков
5. правильно 1 и 4

У повторнобеременной первородящей с неполным предлежанием плаценты при открытии шейки матки на 4 см диагностировано тазовое предлежание плода. Предполагаемая масса плода - 3900 г. Тактика ведения:
1. ранняя амниотомия и родовозбуждение
2. ранняя амниотомия и внутривенное капельное введение спазмолитиков
3. кесарево сечение
4. применение токолитиков
5. экстракция плода за тазовый конец

Во время кесарева сечения, производимого по поводу полного предлежания плаценты, возникло кровотечение. Вы должны заподозрить:
1. истинное врастание ворсин хориона в миометрий
2. гипотонию матки
3. гипокоагуляцию
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

Для клинической симптоматики преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты характерно все перечисленное, кроме
1. болей в животе
2. анемии
3. асимметрии матки
4. гипоксии плода
5. полиурии

Предлежанию плаценты часто сопутствует:
1. плотное прикрепление плаценты
2. истинное приращение плаценты
3. анемизация женщины
4. правильно 1) и 2)
5. все перечисленное

Для преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты характерно :
1. боли в животе
2. высокое расположение предлежащей части плода
3. асимметрии матки
4. верно 1 и 2
5. верно 1 и 3

При предлежании плаценты кровотечение всегда:
1. наружное
2. внутренное
3. наружное и внутренное
4. все ответы верны
5. все ответы неверны

Нарушение системы гемостаза чаще всего происходит:
1. при тяжелой преэклампсии
2. при преждевременной отслойке плаценты
3. при большой кровопотере любого происхождения
4. при шоке любого происхождения
5. при всем перечисленном

Основные принципы лечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты заключаются:
1. в быстром родоразрешении
2. в адекватном возмещении кровопотери
3. в профилактике осложнений
4. во всем перечисленном
5. ни в чем из перечисленного

Массивное кровотечение при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, как правило, обусловлено нарушением:
1. системы свертывания крови
2. сократительной способности матки
3. в системе микроциркуляции
4. всего перечисленного
5. ничего из перечисленного

При плотном прикреплении плаценты ворсины хориона, как правило, проникают:
1. в спонгиозный слой слизистой оболочки
2. в компактный слой слизистой оболочки
3. в базальный слой слизистой оболочки
4. в миометрий
5. правильно 1 и 2

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. правильно 2 и 3

Тактика акушера при ущемлении последа:
1. потягивание за пуповину
2. проведение наружного массажа матки
3. внутривенное введение окситоцина
4. проведение наружных приемов выжимания последа Абуладзе, Гентера, Креде-Лазаревича
5. введение спазмолитиков

При массивной кровопотере целесообразно переливать:
1. цельную свежецитратную кровь
2. эритроцитарную массу
3. свежезамороженную плазму
4. правильно 1 и 2
5. правильно 2 и 3

Кровотечение после рождения последа может быть из -за:
1. задержки частей плаценты в матке
2. гипотоническое состояние матки
3. нарушение свертываемости крови
4. трамвы родовых путей
5. все выше перечисленное

Все описанное ниже типично для отслойки нормально расположенной плаценты.кроме :
1. гипертонус матки
2. наличие ретроплацентарной гематомы
3. сильное наружное кровотечение
4. боли в животе
5. гибель плода

При предлежании плаценты в чем основная опасность маточного кровотечения?
1. быстрое наступление геморрагического шока
2. послеродовой анемии
3. изменение сердцебиения плода
4. все ответы верны
5. все ответы неверны

Беременная женщина с 30 по 32 неделю находилась в отделении патологии беременности по поводу мажущих кровянистых выделений .при обследовании диагностировано полное предлежание плаценты. Состояние удовлетворительное жалоб нет. Матка вне тонусе. Кровянистые выделения полностью прекратились. Как поступить дальше?

1. выписать беременную домой
2. сделать срочную операцию
3. держать в стоцианаре до конца беременности
4. начать родовозбуждение
5. назначить спазмолитики

При ПОНРП формируется ретроплацентарная гематома, при этом возможно:

1. инфильтрация мышечного слоя матки кровью.
2. нарушение сократительной функции матки .
3. формирование ДВС –синдрома.
4. образование матки Кувелера
5. все перечисленное выше

Осложнение преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты:

1. разрыв матки
2. матка Кувелера
3. болевой шок
4. разрыв шейки матки
5. верно 2и3

Причиной наличии приращения плаценты имеет место:

1. пиелонефрит
2. наличие перенесенных абортов
3. отсутствие абортов в анамнезе
4. анемия
5. заболевание сердечно-сосудистой системы

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

Основной клинический симптом при предлежании плаценты:

1. периодические схваткообразные боли
2. изменение сердцебиения плода
3. повторное маточное кровотечение
4. бурное шевеление плода
5. все ответы верны

Назовите стадию выкидыша , если женщина жалуется на схваткообразные боли ,сильное кровотечение. Объективно - шейка укорочена, цервикальный канал пропускает 1п/п , матка по величине намного меньше срока беременности.

1. угрожающий выкидыш
2. аборт в ходу
3. неполный выкидыш

4. полный выкидыш
5. начинающийся выкидыш

При начавшемся кровотечении в раннем послеродовом периоде необходимо:
1. введение утеротоников
2. осмотр мягких родовых путей
3. ручное обследование полости матки
4. все ответы верны
5. все ответы неверны

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

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..

"Миграция" плаценты происходит наиболее часто, если плацента располагается на стенке матки:
1. передней
2. задней
3. правой
4. левой
5. все ответы верны

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. всем перечисленным

Основным показателем коагулопатии потребления является :
1. снижение концентрации фибриногена
2. снижение концентрации протромбина
3. снижение количества тромбоцитов
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

Для низкой плацентации наиболее характерен следующий симптом
1. артериальная гипотония
2. артериальная гипертензия
3. анемия
4. кровянистые выделения из половых путей

5. все перечисленное

Наиболее часто применяемый метод диагностики предлежания плаценты:
1. радиоизотопную сцинтиграфию
2. тепловидение
3. ультразвуковое сканирование
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

При влагалищном исследовании при полном предлежании плаценты определяется:
1. шероховатые оболочки плодного пузыря
2. тазовый конец плода
3. ручка плода
4. край плаценты
5. ничего из перечисленного

При влагалищном исследовании при неполном предлежании плаценты определяется :
1. губчатая ткань плаценты над всем внутренним зевом
2. головка плода
3. ножка плода
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

Предлежание плаценты в первом периоде родов следует дифференцировать , кроме:
1. с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты
2. с разрывом матки
3. с разрывом варикозно расширенного узла влагалища
4. правильно 1 и 2
5. со всем перечисленным

Особенностью кровотечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты является :
1. всегда наружное
2. в покое, чаще ночью
3. всегда безболезненное
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

При наружном акушерском исследовании для предлежания плаценты наиболее характерно , кроме:
1. высокое расположение предлежащей части плода
2. поперечное и косое положение плода
3. шум сосудов плаценты над лоном
4. предлежащая часть в полости малого таза
5. все перечисленное

Особенностью кровотечения при предлежании плаценты является:
1. вытекающая кровь темная со сгустками
2. вытекающая кровь жидкая, алая
3. имеются признаки внутрибрюшного кровотечения
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

Кровотечение, сопровождающееся длительным гипертонусом матки характерно:
1. для предлежания плаценты
2. для преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты
3. для шеечно-перешеечной беременности
4. правильно 1 и 3
5. для всего перечисленного

При преждевременной отслойке плаценты, расположенной на передней стенке матки, характерно:
1. локальная болезненность
2. схваткообразные боли в крестце и пояснице
3. отеки нижних конечностей
4. отеки передней брюшной стенки
5. ничего из перечисленного

Наиболее частой причиной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты является :
1. отеки беременных
2. гипертензивные нарушения при беременности
3. диабет
4. пороки развития матки
5. все перечисленное

Для выявления нарушений сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза следует определять :
1. время свертывания крови по Ли - Уайту
2. время рекальцификации
3. протромбиновый индекс
4. концентрацию фибриногена
5. все ответы верные

При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты роженице показано:
1. родостимуляция окситоцином
2. родостимуляция простагландинами
3. введение метилэргометрина капельно внутривенно
4. введение питуитрина одномоментно внутримышечно
5. ничего из перечисленного

При неполном предлежании плаценты, значительном кровотечении из родовых путей и открытии маточного зева на 5-6 см родоразрешение показано :
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. выжидательная тактика

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты у роженицы часто происходит:
1. при дискоординации родовой деятельности
2. при абсолютной и относительной короткости пуповины
3. при непоказанной родостимуляции

4. при преэклампсии
5. при всем перечисленном

Наибольшее значение в выборе тактики родоразрешения при неполном предлежании плаценты имеет :
1. предлежание плода (головное, тазовое)
2. состояние шейки матки (сглажена, укорочена, полностью открыт1)
3. состояние плода (живой, мертвый)
4. выраженность кровотечения
5. возраст роженицыцы

У беременной с длительно текущей гипертензией в сроке 32 недели беременности появились признаки прогрессирующей преждевременной отслойки плаценты. произведена срочная госпитализация в роддом. акушерская тактика :
1. интенсивная терапия и сохранение беременности
2. родовозбуждение и родостимуляция
3. кесарево сечение
4. применение токолитиков
5. правильно 1 и 4

У повторнобеременной первородящей с неполным предлежанием плаценты при открытии шейки матки на 4 см диагносцировано тазовое предлежание плода. предполагаемая масса плода - 3900 г. тактика ведения:
1. ранняя амниотомия и родовозбуждение
2. ранняя амниотомия и внутривенное капельное введение спазмолитиков
3. кесарево сечение
4. применение токолитиков
5. экстракция плода за тазовый конец

Беременность 38 недель , истинное врастание ворсин хориона в миометрий. как следует родоразрешить?
1. самостоятельные роды
2. кесарево сечение
3. кесарево сечение с последующей ампутацией матки
4. кесарево сечение с последующей экстирпацией матки
5. все ответы неверны

При кровотечении во время операции кесарева сечения, производимой по поводу предлежания плаценты, наиболее правильной является следующая акушерская тактика:
1. повторное применение препаратов утеротонического действия
2. экстирпация матки
3. надвлагалищная ампутация матки
4. применение простенона в толщу миометрия
5. все вышепечисленное

При кесаревом сечении по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты после извлечения плода и плаценты следует :
1. вывести матку в рану и тщательно осмотреть ее поверхность (переднюю и заднюю)
2. ввести метилэргометрин (или окситоцин)
3. полностью восполнить кровопотерю
4. сделать все перечисленное
5. не делать ничего из перечисленного

Клиническая картина при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты обусловлена :
1. размером отслоившейся поверхности плаценты
2. состоянием системы гемостаза
3. тяжестью фоновой патологии
4. всем перечисленным
5. ничем из перечисленного

Клиническая картина при предлежании плаценты обычно зависит :
1. от степени предлежания
2. от величины кровотечения
3. от сопутствующей патологии
4. правильно 2 и 3
5. от всего перечисленного

Характерной особенностью кровотечений при предлежании плаценты является:
1. внезапность их появления
2. их повторяемость
3. анемизация беременной
4. правильно 2 и 3
5. все перечисленное

Нарушение системы гемостаза чаще всего происходит :
1. при тяжелой преэклампсии
2. при преждевременной отслойке плаценты
3. при большой кровопотере любого происхождения
4. при шоке любого происхождения
5. при всем перечисленном

Основные принципы лечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты заключаются:
1. в быстром родоразрешении
2. в адекватном возмещении кровопотери
3. в профилактике осложнений
4. во всем перечисленном
5. ни в чем из перечисленного

Если прогрессирующая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты развилась во время беременности, следует произвести :
1. родовозбуждение
2. раннюю амниотомию
3. токолиз
4. кесарево сечение
5. правильно 1 и 2

Если преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты произошла в родах, следует оценить :
1. состояние родовых путей
2. состояние плода
3. кровопотерю
4. состояние свертывающей системы
5. все вышеперечисленное

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

При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты контрольное ручное обследование послеродовой матки производить:
1. обязательно
2. не обязательно
3. в зависимости от величины кровопотери
4. в зависимости от уровня артериального давления
5. все ответы верны

При неполном предлежании плаценты контрольное ручное обследование послеродовой матки производить:
1. обязательно
2. не обязательно
3. в зависимости от кровопотери
4. в зависимости от состояния родильницы
5. верно 3и 4

Патология, при которой возможно развитие шеечно-перешеечной беременности:
1. воспалительные заболевания шейки матки и области перешейка
2. эндомиометрит
3. гипоплазия матки
4. правильно 1 и 2
5. верно все перечисленно

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

При осмотре шейки матки в зеркалах для шеечно-перешеечной беременности характерно:
1. эксцентричное расположение наружного зева
2. бочкообразная форма шейки матки
3. резкий цианоз влагалищной части шейки матки
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

Шеечную беременность следует дифференцировать (в первые месяцы беременности)
1. с миомой матки
2. с внематочной беременностью
3. с абортом в ходу
4. правильно 1 и 3
5. со всем перечисленным

Показанием для ручного обследования послеродовой матки является:
1. повышенная кровопотеря
2. сомнение в целости плаценты
3. сомнение в целости стенки матки
4. все перечисленное
5. верно 2 и 3

При шеечной беременности следует произвести:
1. выскабливание шейки и матки
2. тампонаду шейки матки
3. надвлагалищную ампутацию матки
4. экстирпацию матки
5. правильно 1 и 2

При полном предлежании плаценты операция кесарева сечения обычно производится в плановом порядке:
1. с началом родовой деятельности
2. при беременности 38 недель
3. при беременности 40 недель
4. ничего из перечисленного
5. все ответы верны

При ведении беременной с полным предлежанием плаценты нельзя:
1. выписывать ее из родильного дома вплоть до родоразрешения
2. производить влагалищное исследование вне операционной
3. назначать слабительные медикаментозные препараты
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

Показанием к ручному отделению плаценты является:
1. незначительные кровянистые выделения из половых путей при отсутствии признаков отделения плаценты
2. незначительные кровянистые выделения из половых путей при наличии признаков отделения плаценты
3. длительное (более 30 мин.) течение последового периода при незначительных кровянистых выделений из половых путей
4. правильно 1 и 3
5. все перечисленное

Нарушение процесса отделения плаценты обусловлено :
1. патологическим (частичным плотным) прикреплением плаценты к стенке матки
2. гипотонией матки
3. форсированным отделением плаценты
4. всем перечисленным
5. ничем из перечисленного

Задержка частей плаценты в матке могут быть обусловлены:
1. патологическим (плотным) прикреплением плаценты к стенке матки
2. нарушением сократительной способности матки
3. спазмом маточного зева
4. всем перечисленным

5. ничем из перечисленного

Появление небольших кровянистых выделений из половых путей в III периоде родов свидетельствует:
1. о возможности частичного плотного прикрепления плаценты
2. о разрывах мягких тканей родовых путей
3. о краевом отделении плаценты
4. правильно 1 и 2
5. обо всем перечисленном

Ручное отделение плаценты следует производить при кровопотере:
1. до 100 мл
2. до 200 мл
3. до 400 мл
4. до 600 мл
5. до 800 мл

Для полного истинного приращения плаценты характерно:
1. отсутствие каких-либо кровянистых выделений из половых путей в последовом периоде
2. сильное кровотечение из половых путей через 5-10 мин после рождения плода
3. небольшие кровянистые выделения из половых путей сразу после рождения плода
4. несворачиваемость крови, вытекающей из половых путей
5. правильно 2 и 4

Основная причина предлежания плаценты:
1. дистрофические изменения слизистой оболочки матки
2. многоплодие
3. многоводие
4. двурогая матка
5. все ответы верны

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. все ответы неверны

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. правильно 2 и 3

При частичном плотном прикреплении плаценты на фоне кровотечения показано:
1. одномоментное внутривенное введение окситоцина
2. капельное внутривенное введение метилэргометрина
3. внутримышечное введение питуитрина
4. ручное отделение плаценты
5. все ответы верны

К причинам патологии раннего послеродового периода относят:
1. задержку в матке дольки плаценты
2. гипотонию матки
3. кровотечение вследствие нарушения функции свертывающей системы крови
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

Вариантом гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде является:
1. массивная одномоментная кровопотеря с нормальной свертываемостью крови
2. повторная кровопотеря, растянутая во времени, небольшими порциями
3. кровопотеря с первоначальным снижением коагуляционных свойств крови
4. правильно 1 и 2
5. правильно 2 и 3

Нормальным показателем центрального венозного давления является:
1. 60-69 мм вод.ст.
2. 70-79 мм вод.ст.
3. 80-89 мм вод.ст.
4. 90-100 мм вод.ст.
5. все перечисленные

Уровень центрального венозного давления, равный 160 мм вод. ст., следует расценить как показатель:
1. гиперволемии
2. гиповолемии
3. нормоволемии
4. ничего из перечисленного
5. все перечисленное

Укажите показания для ручного обследования стенок полости матки в раннем послеродовом периоде, кроме:
1. подозрение на разрыв матки
2. задержка частей плаценты
3. гипотонические кровотечение
4. при физиологических родах
5. рубец на матке после кесарева сечения и кровотечении

Показания для ручного обследования стенок полости матки в раннем послеродовом периоде:
1. при физиологических родах
2. плодоразрушающие операции
3. классический наружно-внутренний поворот плода на ножку
4. разрыв шейки I-II ст.
5. верно ответы 2 и 3

Низкое центральное венозное давление свидетельствует о том, что у больной имеется:
1. снижение ОЦК
2. повышение ОЦК
3. угроза отека легких
4. правильно 2 и 3
5. все перечисленное

Для синдрома массивной гемотрансфузии характерно:
1. нарушение реологических свойств крови (гиперагрегация)
2. нарушение микроциркуляции
3. почечно-печеночная недостаточность
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

Реакция организма родильницы на кровопотерю заключается:
1. в уменьшении венозного возврата крови к сердцу
2. в снижении сердечного выброса
3. в максимальной стимуляции симпатико-адреналовой системы
4. во всем перечисленном
5. ни в чем из перечисленного

Для кровотечения, в основе которого лежат разрывы родовых путей, характерно :
1. тонус матки снижен
2. характер кровотечения непрерывный
3. сгустки рыхлые, легко растворимые
4. кровь не свертывается
5. ничего из перечисленного

Для преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты наиболее характерны следующие клинические признаки I) артериальная гипотония II) тахикардия III) гипертонус матки IV) нарушение состояния плода
1. правильно 1, 2, 3
2. правильно 1, 2
3. все ответы правильны
4. правильно 1 и 4
5. все ответы неправильные

Для профилактики предлежания плаценты у женщины с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом показано
1. соблюдение интервала между беременностями не менее 2.5-3 лет
2. лечение хронического эндометрита
3. нормализация функции яичников
4. здоровый образ жизни
5. правильно 1, 2, 3

При полной преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты диагностика, как правило, осуществляется на основании I) анализа клинических данных II) анализа данных анамнеза III) ультразвукового исследования IV) рентгенологического исследования
1. правильно 1, 2, 3
2. правильно 1, 2
3. все ответы правильны
4. правильно 2 и 4
5. все ответы неправильные

При обращении беременной с жалобами на кровянистые выделения из половых путей (во второй половине беременности) тактика акушера-гинеколога должна быть следующей :
1. произвести осторожный общий осмотр
2. произвести осторожное наружное акушерское исследование

3. немедленно направить беременную в родильный дом
4. организовать наблюдение за беременной в дневном стационаре
5. правильно 1, 2, 3

К патологии последового и раннего послеродового периодов приводят следующие этиологические факторы:
1. аномалии развития матки
2. чрезмерное применение в родах сокращающих матку средств
3. чрезмерное растяжение матки при многоплодии, многоводии
4. все ответы неверны
5. все ответы правильные

Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде часто имеет место при родах:
1. преждевременных
2. запоздалых
3. стремительных
4. быстрых
5. все ответы правильны

Для лечения гипотонии матки применяют препараты
1. окситоцин
2. метилэргометрин
3. глюкозу
4. аскорбиновую кислоту
5. правильно 1, 2

Диагностика гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде проводится на основании следующей клинической картины:
1. сильное кровотечение из половых путей при расслабленной матке
2. незначительное кровотечение из половых путей через 15-30 мин после выделения последа, которое прекращается после наружного массажа матки и применения сокращающих матку средств, но после короткого промежутка времени вновь возобновляется
3. кровотечение из половых путей несмотря на целость родившегося последа
4. кровотечение из половых путей при отсутствии травматического повреждения мягких тканей родового канала
5. все ответы правильные

Возникновение коагулопатического кровотечения в раннем послеродовом периоде может быть связано:
1. с тяжелой преэклампсией
2. с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты
3. с наличием мертвого плода в матке
4. с эмболией околоплодными водами
5. все ответы правильные

К профилактике гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде относится:
1. ранее прикладывание к груди новорожденного
2. рациональное, бережное ведение родов
3. адекватное обезболивание родов
4. внутривенное введение окситоцина в 1II периоде родов

5. все ответы правильные

Объем трансфузионной терапии, как правило, определяется:
1. уровнем артериального давления
2. частотой пульса
3. объемом кровопотери
4. самочувствием и состоянием роженицы (родильницы)
5. все ответы правильные

Выделяют следующие факторы летальности при послеродовом гипотоническом кровотечении
1. своевременно не возмещенная кровопотеря
2. запоздалая операция удаления матки
3. нарушение техники операции удаления матки (длительная, травматичная)
4. неадекватная инфузионно-трансфузионная терапия геморрагического шока
5. все ответы правильные

Причинами кровотечений в последовом периоде являются:
1. частичное истинное приращение плаценты
2. полное истинное приращение плаценты
3. частичное плотное прикрепление плаценты
4. верно 1 и 3
5. верно 2 и 3

Причинами плотного прикрепления плаценты являются:
1. рубец на матке
2. предлежание плаценты
3. дистрофические изменения стенки матки
4. аномалии развития матки
5. повышение трофобластической активности плодного яйца

Наиболее частой причиной истинного приращения плаценты является:
1. миома матки
2. генитальный инфантилизм
3. повышение протеолитической активности плодного яйца
4. рубец на матке
5. дегенеративные изменения эндометрия (аборты, многорожавшие)

С целью лечения послеродового кровотечения применяются:
1. компрессионный шов Б- Линча
2. билатеральная перевязка маточных артерий
3. гистерэктомия
4. правильные ответы 2, 3
5. все ответы верны

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

Перед введением руки в полость матки в третьем периоде родов или раннем послеродовом периоде необходимо:
1. обработать наружные половые органы растворами антисептиков
2. опорожнить мочевой пузырь
3. подключить внутривенную капельную систему
4. провести общее обезболивание
5. выполнить все перечисленные выше манипуляции

Характерными проявлениями полного плотного прикрепления плаценты являются:
1. боль в животе
2. кровотечение
3. высота стояния дна матки выше уровня пупка после рождения плода
4. отсутствие признаков отделения плаценты, отсутствие кровотечения
5. кровотечение, отсутствие признаков отделения плаценты

Принципы ведения послеродовых кровотечений:
1. ранняя диагностика
2. поиск причины и адекватное лечение
3. адекватное восполнение кровопотери
4. верно ответы 2, 3
5. все ответы верны

Для оценки причины послеродовых кровотечений следует:
1. произвести ручное обследование полости матки
2. осмотреть родовые пути
3. оценить свертываемость крови
4. верно ответы 1, 2, 3
5. верно ответы 1, 2

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

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

При ручном обследовании послеродовой матки обычно применяют следующее обезболивание:
1. ингаляционный анестетик
2. внутривенное введение анестетика
3. пудендальную анестезию
4. парацервикальную анестезию
5. правильно 1, 2

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

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

Развитию низкой плацентации способствуют следующие изменения в матке, кроме:
1. дистрофических
2. воспалительных
3. рубцовых
4. пролиферативных
5. верно 2 и 4

Тактика врача при выявлении острого жирового гепатоза:
1. начать подготовку к родам и продолжить комплексную терапию
2. произвести срочное родоразрешение с учетом акушерской ситуации
3. продолжить консервативное лечение заболевания
4. все ответы неверны
5. все ответы верны

Если имеет место выворот матки после родов, то:
1. дно матки не пальпируется через переднюю брюшную стенку
2. может быть слабая или интенсивная боль в животе
3. вывернутая матка может быть видна из вульвы
4. всё вышеперечисленное верно
5. все неверно

При необходимости производства ручного отделения плаценты:
1. надо ввести мизопростол до начала процедуры
2. надо ввести антибиотик в течении 24 часов после окончания процедуры
3. надо ввести одну руку в полость матки, а другую руку используйте для тракции за пуповину
4. надо ввести одну руку в полость матки, а другую положить на живот матери, чтобы удерживать дно матки
5. верно 1 и 3

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

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

При проведении бимануальной компрессии матки необходимо:
1. расположить сложенную в кулак руку в переднем своде влагалища
2. расположить сложенную в кулак руку в заднем своде влагалища
3. расположить сложенную в кулак руку в полость матки
4. расположить сложенную в кулак руку на передней брюшной стенке
5. все ответы верны

Причина снижения диуреза при преэклампсии:
1. органическое поражение почек
2. сосудистый спазм
3. уменьшение почечного кровотока
4. верно 1 и 2
5. все ответы верны

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

Признаками эклампсии являются:
1. гипертензия
2. альбуминурия и отеки
3. диарея
4. судороги и кома
5. головная боль

Осложнением эклампсии нельзя считать:
1. неврологические осложнения
2. гибель плода
3. отек легких
4. маточно-плацентарную апоплексию
5. отслойка сетчатки глаза

Дифференциальный диагноз при эклампсии проводится:
1. с эпилепсией
2. с истерией
3. с гипертоническим кризом
4. с менингитом
5. со всем вышеперечисленным

Оптимальным вариантом родоразрешения при тяжелых гипертензивных состояниях является:
1. наложение акушерских щипцов
2. самостоятельное родоразрешение
3. операция кесарева сечения
4. вакуум-экстракция плода
5. плодоразрушающая операция

Припадок эклампсии может развиться во всех случаях, кроме:
1. вне беременности
2. во время беременности
3. в раннем послеродовом периоде
4. в первом периоде родов
5. во втором периоде родов

С целью экстренного родоразрешения при эклампсии чаще всего применяют:
1. вакуум-экстракцию плода
2. экстракцию плода за тазовый конец
3. кесарево сечение
4. плодоразрушающую операцию
5. самостоятельные роды

Преэклампсию отличает от гипертензии беременных
1. по уровеню АД
2. по выраженности отечного синдрома
3. по олигурии
4. появление общемозговых симптомов
5. по уровню протеинурии

Дифференциальную диагностику гипертонического криза у беременной, как правило, необходимо проводить:
1. с эпилепсией
2. с преэклампсией
3. с острым инфарктом миокарда
4. все ответы верны
5. все ответы не верны

Для предупреждения припадка эклампсии применяют:
1. нейровегетативную блокаду
2. эуфиллин внутривенно
3. инфузионную терапию
4. сульфат магния внутривенно
5. все перечисленное

Наиболее эффективное гипотензивное средство, применяемое при преэклампсии тяжелой степени:
1. сульфат магния
2. клофелин
3. дибазол и папаверин
4. пентамин
5. но – шпа

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. все ответы верны

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. вв струйно очень медленно
4. система для внутривенного введения 100,0 мл - 25%, установленная через 5 минут после введения 20,0 мл в/м
5. все ответы не верны

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

Целью гипотензивной терапии при тяжёлой преэклампсии или эклампсии является поддержка диастолического А/Д:
1. на нормальных цифрах
2. ниже 80 мм рт ст
3. между 80мм рт ст и 90 мм рт ст
4. между 90 мм рт ст и 100 мм рт ст
5. все ответы неверны

Противосудорожная терапия при тяжёлой преэклампсии и эклампсии должна:
1. быть прервана через 6 часов после родов
2. проводиться в течение 12 часов после последней судороги
3. проводиться в течение 24 часов после последней судороги
4. все ответы верны
5. все ответы неверны

Назовите ожидаемый эффект от инфузионной терапии при гипертензивных нарушениях?
1. ликвидация гиповолемии(дефицит ОЦК)
2. улучшение реологии крови
3. улучшение микроциркуляции крови
4. все ответы неверны
5. все ответы верны

При отсутствии эффекта от интенсивной терапии при гипертензивных нарушениях вопрос о родоразрешении решить:
1. в первые сутки
2. сразу немедленно

3. через трое суток
4. через неделю
5. через 2 недели

Показанием для экстренного кесарево сечения при гипертензивных нарушениях являются, кроме:
1. не поддающаяся лечению анурия .
2. наличие положительного эффекта от интенсивной терапии при купировании приступов.
3. амовроз
4. ПОНР плаценты
5. дистресс плода

Укажите какие изменения в моче характерны для чистой формы преэклампсии?
1. изостенурия
2. цилиндрурия
3. гематурия
4. протеинурия
5. без изменений

Ваша тактика если, в конце периода изгнания появились симптомы преэклампсии:
1. ввести спазмолитики
2. произвести кесарево сечение
3. дать наркоз,наложить акушерские щипцы
4. ждать самостоятельных родов
5. применить вакуум-экстракцию плода

Ваши действия если, у беременной начался приступ эклампсии?
1. применить роторасширитель
2. ввести промедол, седуксен, дроперидол
3. ввести гипотензивные средства
4. применить языкодержатель
5. все ответы верны

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

Фактором риска развития преэклампсии является:
1. гипертоническая болезнь.
2. возраст первородящей 20лет и старше.
3. артериальная гипотензия
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

Преэклампсия - это осложнение, возникшее:
1. только во время беременности.
2. при высоком содержании в организме пролактина и тромбоксана.

3. при хориокарциноме.
4. при всем перечисленном.
5. ни при чем из перечисленного

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

При возникновении беременности у больных эпилепсией показано:
1. сохранение беременности
2. прерывание во втором триместре
3. прерывание в третьем триместре
4. все ответы верны
5. все ответы неверны

Как отличить приступ эклампсии от эпилептического припадка?
1. по характеру судорог
2. по длительности припадка
3. по бессознательному состоянию
4. по наличию беременности и симптомов гипертензивных нарушений
5. по стадийности приступов судорог

Вязкость крови при эклампсии:
1. повышена
2. снижена
3. не изменена
4. все ответы верны
5. все ответы неверны

Беременность 37 недель. Преэклампсия тяжелой степени. Шейка матки к родам не готова. Констатирована прогрессирующая хроническая гипоксия плода. На фоне лечения необходимо:
1. пролонгировать беременность на 1-2 недели
2. начать родовозбуждение внутривенным введением окситоцина или простагландинов
3. провести схему родовозбуждения при целом плодном пузыре
4. произвести родоразрешение путем кесарева сечени
5. все ответы неверны

Эклампсию необходимо дифференцировать :
1. с эпилепсией
2. с гипертонической болезнью
3. с опухолью мозга
4. верно 1 и 2
5. со всем перечисленным

Выраженные изменения на глазном дне наиболее характерны :
1. для гипертонической болезни

2. для водянки беременных
3. для почечно-каменной болезни
4. верно 1 и 2
5. все ответы неверны

Применение гепарина показано при лечении беременных
1. с эклампсией
2. с преэклампсией
3. с плацентарной недостаточностью на фоне позднего преэклампсии
4. верно 1 и 2
5. верно все перечисленное

Последствия преэклампсии включают все нижеследующее, кроме:
1. снижение клубочковой фильтрации
2. олигурии
3. повышения уровня мочевой кислоты в плазме
4. снижение плацентарного кровотока
5. все ответы верны

Досрочное родоразрешение при гипертензивных нарушениях показано при наличии :
1. эклamптической комы
2. анурии
3. преэклампсии
4. верны 1 и 2
5. ничего из перечисленного всего

При преэклампсии тяжелой степени допустимо лечение:
1. в течение 24 часов
2. в течение 48 часов
3. в течение 24 – 48 часов
4. в течение 12 часов
5. в течение 72 часов

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. ничего из перечисленного

Когда следует прекратить магнезиальную терапию после родов при тяжелой преэклампсии?
1. через 12 часов
2. через 24 часа
3. через 48 ч
4. через 72 ч
5. сразу после родов

Гематокрит при инфузионной терапии у пациентов с гипертензивными нарушениями не должен быть ниже :
1. 27-28%

2. 25-26%
3. 20-24%
4. 29-30%
5. 35 – 45%

Для эклампсии характерно , кроме:
1. наличие тонических судорог
2. наличие клонических судорог
3. отсутствие судорожного синдрома
4. коматозное состояние
5. продромальный период

Для гипертензивных нарушений при беременности характерно:
1. повышение массы тела
2. гипергликемия
3. нарушение микроциркуляции в жизненно-важных органах
4. гипотония
5. все ответы верны

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. все ответы неверны

Для эклампсии характерно:
1. наличие тонических и клонических судорог
2. отсутствие судорожного синдрома
3. высокая температура
4. запах ацетона изо рта
5. все ответы неверны

С целью экстренного родоразрешения при эклампсии применяют:
1. вакуум-экстракцию плода
2. экстракцию плода за тазовый конец
3. кесарево сечение
4. плодоразрушающую операцию
5. все ответы верны

Гестационная гипертензия это:
1. повышение уровня диастолического артериального давления > 100 мм.рт.ст. при однократном измерении
2. повышение уровня ДАД> 110 мм.рт.ст. при однократном измерении
3. повышение уровня ДАД> 90 мм.рт.ст при однократном измерении
4. повышение уровня ДАД> 120 мм.рт.ст при однократном измерении
5. все ответы неверны

Гипертензия беременных:
1. это впервые выявленная гипертензия, возникшая после 20-й недели беременности и сохранившаяся не более 6 недель после родов
2. это впервые выявленная гипертензия, возникшая после 30 недели беременности и сохранившаяся не более 8 недель после родов
3. это впервые выявленная гипертензия, возникшая после 32 недели беременности и сохранившаяся не более 7 недель после родов
4. все ответы верны
5. все ответы неверны

Диагноз гипертензия беременных ставится на основании:
1. отеков на нижних конечностях
2. протеинурии
3. повышении АД
4. правильные ответы 1 и 3
5. правильные 1,2,3

При гипертензии беременных гипотензивную терапию следует начать с уровня АД:
1. более 140/90
2. более 150/100
3. более 160/100
4. более 130/90
5. более 120/90

При лечении гипертензии беременных следует назначить:
1. сульфат магния
2. нифедипин ретард
3. но-шпа
4. все ответы верны
5. все ответы неверны

К вирусному инфицированию плод наиболее чувствителен:
1. в ранние сроки беременности
2. в середине беременности
3. в последние сроки беременности
4. правильно 2 и 3
5. все ответы верны

Эмбриопатии при внутриутробном инфицировании наиболее характерны для инфекций:
1. микотических
2. бактериальных
3. вирусных
4. паразитарных
5. бактериально-микотических

Инфекционные фетопатии – это поражение плода при сроке беременности:
1. 6-11 недель
2. 12-17 недель
3. 18-27 недель
4. 28-32 недель
5. 22-38 недель

Заболевание беременной краснухой приводит к развитию:
1. преждевременного прерывания беременности
2. аномалии развития плода
3. тяжелым поражениям материнского организма
4. всего перечисленного
5. ничего из перечисленного

Абсолютным показанием для прерывания беременности является заболевание беременной краснухой в сроке беременности
1. 8-12 недель
2. 12-16 недель
3. 16-20 недель
4. 20-24 недели
5. правильно 1, 2

При заболевании гриппом в I триместре беременности возможны следующие осложнения:
1. аномалии развития плода
2. внутриутробное инфицирование плаценты
3. самопроизвольный выкидыш
4. правильно 1 и 3
5. все перечисленные

При первичном инфицировании женщины генитальным герпесом во время беременности очень часто отмечается:
1. самопроизвольный выкидыш
2. преждевременные роды
3. антенатальная гибель плода
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

Эмбриопатии при вирусном гепатите:
1. возможны при заболевании в любом сроке беременности
2. возможны при заболевании до 12 недель
3. возможны при заболевании до 8-9 недель
4. невозможны
5. все ответы неверны

Наиболее тяжело вирусный гепатит протекает у беременных
1. в I триместре
2. во II триместре
3. в III триместре
4. во все сроки беременности
5. все ответы неверны

Вирусный гепатит у беременных может осложниться
1. почечной недостаточностью
2. заболеваниями сердечно-сосудистой системы
3. острым массивным некрозом печени
4. поражением ЦНС
5. ничем из перечисленного

При остром гепатите у беременной вопрос о сохранении беременности должен быть решен следующим образом:
1. прерывание беременности независимо от ее срока
2. прерывание беременности в зависимости от степени тяжести гепатита
3. прерывание беременности при отсутствии эффекта от проводимого лечения
4. показания к прерыванию беременности отсутствуют
5. правильно 1 и 2

При наличии у родильницы вирусного гепатита вопрос о разрешении кормления новорожденного грудью матери решается следующим образом:
1. не разрешается, так как вирус гепатита передается ребенку с молоком матери
2. разрешается, так как вирус гепатита не передается ребенку с молоком матери
3. не разрешается, так как кормление грудью оказывает отрицательное влияние на родильницу
4. правильно 1 и 3
5. по желанию матери

Наиболее типичными фетопатиями при токсоплазмозе являются:
1. гидроцефалия
2. хориоретинит
3. менингоэнцефалит
4. правильно 1 и 2
5. все перечисленные

Заражение токсоплазмозом происходит:
1. через мясные продукты питания (без их термической обработки)
2. через больных животных (семейство кошачьих)
3. воздушно-капельным путем
4. правильно 1 и 2
5. всеми перечисленными путями

Возможные пути инфицирования плода и новорожденного при наличии у матери цитомегаловирусной инфекции;
1. трансплацентарный
2. восходящий
3. во время родов
4. грудное вскармливание
5. правильно 1 и 3

Инфицирование плода микоплазмами, как правило, происходит:
1. во время родов
2. восходящим путем
3. трансплацентарно
4. всеми перечисленными путями
5. никаким из перечисленных путей

Урогенитальный хламидиоз у беременных распространяется преимущественно:
1. воздушно-капельным путем
2. через кровь во время инъекции
3. половым путем
4. правильно 1 и 3
5. всеми перечисленными путями

Урогенитальный хламидиоз у беременной способствует:
1. преждевременному прерыванию беременности
2. развитию послеродовой инфекции
3. заболеванию новорожденного
4. всему перечисленному
5. ничему из перечисленного

Клинически хронический урогенитальный хламидиоз у беременной протекает чаще:
1. с выраженной воспалительной реакцией
2. бессимптомно
3. с поражением соседних органов
4. правильно 1 и 3
5. все ответы неверны

При диагнозе вирусного гепатита А у беременной показано:
1. симптоматическое лечение
2. плановое кесарево сечение
3. экстренное кесарево сечение
4. роды через естественные родовые пути после проведения симптоматического лечения
5. немедленное родовозбуждение

При диагнозе вирусного гепатита В у беременной показано:
1. симптоматическая терапия
2. плановое кесарево сечение
3. родовозбуждение с амниотомией и ведение родов через естественные родовые пути
4. родоразрешение после купирования острой стадии заболевания
5. сохраняющая терапия и симптоматическое лечение

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.

Какая инфекция не влияет на перинатальные исходы?
1. хламидиоз
2. бактериальный вагиноз
3. бессимптомная бактериурия
4. вагинальный кандидоз
5. сифилис

8-9 недель беременности называется периодом?
1. органогенеза
2. плацентации
3. плодовым
4. правильно 1,2
5. правильно 2,3

Эмбриогенез заканчивается:
1. на 4-й неделе развития плода

2. на 6-й неделе развития плода
3. на 8-й неделе развития плода
4. на 10-й неделе развития плода
5. на 12-й неделе развития плода

Беременность следует прервать при:
1. инфильтративной фазе туберкулеза легких
2. очаговой форме туберкулеза легких
3. фиброзно-кавернозной форме туберкулеза
4. верно 1 и 2
5. верно 1 и 3

Обострение туберкулеза при беременности наблюдается чаще:
1. в 1 триместре беременности
2. во 2 триместре беременности
3. в 3 триместре беременности
4. все ответы верны
5. все ответы неверны

Туберкулез, выявленный во время беременности отличается:
1. медленным благоприятным течением
2. острым началом
3. тяжелым течением
4. правильные ответы 1 и 2
5. правильные ответы 2 и 3

Родоразрешение у больных сифилисом, как правило, проводят:
1. консервативно, в срок родов
2. операцией кесарева сечения (при доношенной беременности)
3. операцией кесарево сечения за 2-3 недели до срока родов
4. наложением выходных акушерских щипцов
5. все ответы правильны

Для родоразрешения беременной с туберкулезом легких применяют:
1. акушерские щипцы или операцию кесарева сечения (в зависимости от акушерской ситуации) при всех формах туберкулеза
2. акушерские щипцы при легочной недостаточности
3. операцию кесарева сечения при легочной недостаточности
4. правильно 2 и 3
5. верно все перечисленное

Грудное кормление противопоказано родильницам:
1. с активной формой туберкулеза
2. с хронической формой туберкулеза
3. с БК (-)
4. правильно 1 и 2
5. все вышеперечисленное

Изоляция новорожденного от матери с активной формой туберкулеза:
1. необязательна
2. необходима
3. по желанию женщины

4. по решению неонатолга
5. по решению акушер-гинеколога

Почему все беременные женщины должны обследоваться на ВИЧ?
1. это необходимо согласно приказу Министерства Здравоохранения
2. для профилактики вертикальной трансмиссии ВИЧ от матери к ребенку
3. для выявления ВИЧ и предупреждения развития СПИД у женщины
4. для безопасности персонала и принятия мер по предупреждению распространения инфекции
5. все ответы правильны

Как оценивается ВИЧ-статус при экспресс-тестировании на ВИЧ у беременных?
1. выявляются антигены ВИЧ
2. выявляются антитела к ВИЧ
3. определяется концентрация ВИЧ
4. выявляется вирусная ДНК
5. выявляется вирусная РНК

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. все ответы верны

Протоколы профилактики риска заражения на рабочем месте предусматривают антиретровирусную профилактику сотрудников:
1. только в случае если известен ВИЧ статус пациента
2. если ВИЧ статус сотрудника не известен
3. при установлении положительного ВИЧ статуса пациента и отрицательного ВИЧ статуса сотрудника
4. при проникающем ранении, вне зависимости от ВИЧ-статуса пациента
5. все ответы верны

Риск передачи ВИЧ от матери ребенку возрастает при следующих условиях:
1. длительное грудное вскармливание
2. используются более безопасные методы родоразрешения
3. низкая вирусная нагрузка у матери
4. ранее лечение ИППП
5. правильно 1 и 2

ВОЗ рекомендует в первую очередь применять следующую схему антиретровирусной профилактики матери и ребенка при ППМР начиная с 24-28 недель, если неизвестен уровень вирусной нагрузки

1. невирапин однократно
2. зидовудин (ZDV) + невирапин (NVP)
3. зидовудин (ZDV) + ламивудин (3TC)
4. зидовудин (ZDV) + ламивудин (3TC) + саквинавир/ритонавир (SQV/r)
5. правильно все ответы

Предтестовое просвещение и консультирование с беременными на тему ВИЧ-инфицирование может включать сведения о:

1. конфиденциальности
2. пользе тестирования партнера
3. правилах защищенных половых контактов
4. все вышеуказанное
5. все ответы неверны

Диагностика ВИЧ-инфекции у детей, в соответствии с рекомендациями ВОЗ проводится:

1. в течение 48 часов после рождения с использованием теста на антитела
2. в 1 год с использованием иммуноблоттинга
3. в 1,5 года с использованием ПЦР на ДНК ВИЧ
4. в 1,5 года с использованием ИФА
5. в 5 лет с использованием теста на антитела

Проведение планового кесарева сечения до начала родовой деятельности у ВИЧ-инфицированных беременных:

1. повышает риск вертикальной трансмиссии ВИЧ в 2 раза
2. не влияет на уровень вертикальной трансмиссии
3. снижает уровень вертикальной трансмиссии в 2 раза
4. повышает уровень материнской смертности в 2 раза
5. правильно 1 и 4

Какой из симптомов не типичен для коагулопатического кровотечения?

1. релаксация матки.
2. матка не реагирует на утеротонические препараты.
3. увеличивается время свертывания крови по Ли-Уайту.
4. снижается HB,Ht количество эритроцитов,ЦВД.
5. из матки вытекает кровь со сгустком

Какие принципы борьбы с геморагическим шоком в акушерстве, вы знаете?

1. местный гемостаз.
2. предотвращение нарушений системы гемостаза.
3. восстановление ОЦК и микроциркуляции.
4. профилактика дыхательной недостаточности.
5. все перечисленное выше верно.

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. все выше перечисленное.

Нарушение в системе гемостаза при больших кровопотерях связано:
1. с потерей фибриногена
2. с падением гемоглобина
3. с вазоконстрикцией
4. с падением АД
5. с тромбобластином, освобождающимся из эритроцитов

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. ничего из перечисленного
5. разница между систолическим и диастолическим давлением

При массивной кровопотере целесообразно переливать:
1. цельную свежецитратную кровь
2. эритроцитарную массу
3. свежезамороженную плазму
4. правильно 1 и 2
5. правильно 2 и 3

При компенсированной кровопотере, как правило, происходит:
1. генерализованный спазм сосудов
2. непродолжительная гипертензия
3. снижение диуреза
4. повышение общего периферического сосудистого сопротивления
5. все перечисленное

Геморрагический шок - это
1. срыв защитно-приспособительных механизмов в ответ на кровопотерю
2. несоответствие емкости сосудистого русла объему циркулирующей крови в результате кровопотери
3. экстремальное состояние организма
4. кризис гемодинамики и микроциркуляции
5. все перечисленное

При геморрагическом шоке происходит
1. резкая активация фибринолиза
2. потребление тромбоцитов, фибриногена и других прокоагулянтов
3. нарушение в системе микроциркуляции
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

Активация фибринолитического звена системы гемостаза ведет
1. к развитию тромботических процессов в сосудах
2. к гипоксии и ацидозу
3. к блокированию сосудистой системы рыхлыми массами и агрегатами клеток
4. ко всему перечисленному
5. ни к чему из перечисленного

Для геморрагического шока типичны следующие сосудистые нарушения :
1. вазоконстрикция - периферический артериальный спазм
2. чередование участков спазма сосудов и их паралитического расширения
3. открытие артерио-венозных шунтов
4. все перечисленные
5. ничего из перечисленного

Для дыхательной недостаточности при геморрагическом шоке характерно :
1. тахипноэ
2. глубокое дыхание
3. дыхание по типу Чейн - Стокса
4. цианоз
5. все перечисленное

При геморрагическом шоке происходит:
1. срыв защитно-приспособительных механизмов в ответ на кровопотерю
2. несоответствие емкости сосудистого русла объему циркулирующей крови в результате кровопотери
3. падение А/Д
4. кризис гемодинамики и микроциркуляции
5. все перечисленное

Гепарин оказывает следующее действие :
1. блокирует факторы свертывания крови непосредственно в кровотоке
2. препятствует образованию фибрина
3. активизирует тромбин-фибриногеновую реакцию
4. правильно 1 и 2
5. верно все перечисленное

Порочный круг при острой форме ДВС-синдрома (на фоне геморрагического шока поддерживает:
1. гипотония матки, препятствующая организации тромбов
2. блокада микроциркуляции в матке и ишемию, которые также способствуют расслаблению маточной мускулатуры
3. акушерские манипуляции (например, повторное ручное обследование послеродовой матки), которые способствуют еще большему попаданию в кровоток тромбопластиновых субстанций 92
4. правильно 1 и 3
5. все перечисленное

В патогенезе геморрагического шока большое значение имеет :
1. влияние боли в родах
2. утомление роженицы
3. кровопотеря
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

Акушерский геморрагический шок - это критическое состояние, связанное с кровопотерей, в результате которой развивается :
1. кризис макроциркуляции
2. кризис микроциркуляции
3. быстрое присоединение коагулопатического кровотечения

4. правильно 1 и 2
5. все перечисленное

Вторая стадия геморрагического шока (декомпенсированный, обратимый шок) характеризуется:
1. гипотонией (систолическое артериальное давление - 80-90 мм рт. ст.)
2. нарушением органного кровообращения
3. олигурией
4. акроцианозом на фоне общей бледности кожных покровов
5. все ответы правильны

При геморрагическом шоке, независимо от его причины, показано быстрое проведение следующих мероприятий , кроме:
1. остановка кровотечения
2. трансфузионно-инфузионная терапия
3. устранение дыхательной недостаточности
4. обезболивание
5. введение гипотензивных препаратов

При геморрагическом шоке основные мероприятия направлены на:
1. снижение АД
2. восполнение объема циркулирующей крови
3. определение уровня гемоглобина
4. исследование функции почек
5. все ответы верны

При геморрагическом шоке для улучшения микроциркуляции внутривенно показано введение
1. гепарина
2. реополиглюкина
3. эуфиллина
4. хлористого кальция
5. АТФ

Выделяют следующие фазы острой формы ДВС-синдрома, кроме:
1. длительно существующей гиперкоагуляции
2. скоротечной гиперкоагуляции
3. коагулопатии потребления
4. гипокоагуляции
5. все ответы неверны

ДВС-синдром – это:
1. синдром нарушения гемостаза
2. прижизненное образование тромбоцитарно-фибриновых тромбов в системе микроциркуляции
3. сладжирование крови
4. правильно 1 и 3
5. все перечисленное

Следующие виды акушерской патологии способствуют развитию острой формы ДВС-синдрома:
1. массивное гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде

2. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
3. эмболия околоплодными водами
4. правильно 1 и 3
5. верно все перечисленное

Время свертывания крови (по методу Ли - Уайта) в норме равно
1. 2-4 мин
2. 5-7 мин
3. 8-10 мин
4. правильно 2 и 3
5. верно все перечисленное

При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты у беременной с преэклампсией тяжелой степени наиболее характерно:
1. хроническая форма ДВС-синдрома
2. хронический сосудистый спазм
3. гиповолемия
4. правильно 1 и 2
5. все перечисленное

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

Какие факторы способствуют развитию ДВС-синдрома у беременных:
1. повышение концентрации фибриногена.
2. повышенная активность симпатической нервной системы.
3. склонность к сосудистому спазму.
4. снижение скорости кровотока в капилярах.
5. все выше перечисленное

О наличии у беременной хронического ДВС- синдрома свидетельствует?
1. циркуляция в крови ПДФ(продуктов дегидратации фибриногена)
2. тяжелая форма позднего гестоза беременности.
3. многоплодная беременность.
4. предлежание плаценты
5. правильно 1 и 2

Началу ДВС-синдрома способствует:
1. многоводие.
2. преждевременные роды .
3. массивное поступление в кровь тканевого тромбобластина.
4. растройство микроциркуляции.
5. правильно 1 и 2

Укажите причины развития ДВС-синдрома при беременности, осложненной преэклампсией, кроме:
1. нарушение микроциркуляции

2. истощение системы фибринолиза
3. снижение концетрации фибриногена
4. тяжелый длительно протекающий гестоз
5. анемия

Укажите клинические проявления ДВС-синдрома:
1. повышенная кровоточивость раневых поверхностей.
2. формирование гематомы вокруг инъекций .
3. петехиальные кровоизлияния.
4. рвота с примесью крови
5. все ответы верны

Факторы риска развития ДВС-синдрома при кровотечении вследствие частичной отслойки предлежащей плаценты:
1. анемия на фоне повторяющихся небольших кровянистых выделений из половых путей
2. отсутствие корригирующих лечебных мероприятий на фоне повторяющихся небольших кровянистых выделений из половых путей
3. запоздалое возмещение кровопотери (без учета кровопотери, бывшей ранее)
4. правильно 2 и 3
5. все перечисленные факторы

Какую акушерскую патологию, которая не является непосредственной причиной ДВС-синдрома Вы знаете, кроме:
1. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
2. предлежание плаценты.
3. эмболия околоплодных вод.
4. синдром длительной задержки мертвого плода.
5. септический шок.

О наличии у беременной хронического ДВС-синдрома свидетельствует?
1. маловодие
2. гипертензивные нарушения при беременности.
3. доношенная беременность.
4. многоплодная беременность.
5. предлежание плаценты

Началу ДВС-синдрома способствуют следующие причины:
1. многоводие.
2. преждевременные роды .
3. массивное поступление в кровь тканевого тромбобластина.
4. растройство микроциркуляции.
5. метаболичесский ацидоз.

Укажите причины развития ДВС-синдрома при беременности,осложненной преэклампсией:
1. нарушение микроциркуляции
2. истощение системы фибринолиза
3. снижение концетрации фибриногена
4. тяжелый длительно протекающий гестоз
5. все ответы верны

Этиология послеродовых кровотечений , кроме:
1. нарушение сократительной функции матки
2. задержка тканей в полости матки
3. физиологические роды
4. травмы родовых путей
5. нарушение коагуляции

К хронической форме ДВС-синдрома приводит следующая патология
1. эклампсия
2. преэклампсия
3. септический шок
4. острая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
5. все ответы верны

При лечении гепарином родильницы с ДВС-синдромом необходимо обязательное назначение:
1. инфузии свежезамороженной плазмы
2. аспирина 0.5 г х 2-3 раза в день
3. аспирина по 1/4 таблетки х 2-3 раза в день
4. правильно 1 и 3
5. все ответы неверны

К клиническим симптомам острой и подострой форм ДВС-синдрома относятся I) кожные петехиальные кровоизлияния в месте инъекции II) тромбозы магистральных сосудов III) олигурия и анурия IV) эйфория
1. правильно 1, 2, 3
2. правильно 1, 2
3. все ответы правильны
4. правильно 1 и 4
5. все ответы неправильны

Пусковыми факторами синдрома ДВС в акушерстве являются:
1. бактериальные эндотоксины
2. гемализированные эритроциты
3. тканевой тромбопластин
4. системный ацидоз
5. все ответы верны

Причинами развития острой формы ДВС-синдрома являются:
1. геморрагический шок
2. сепсис
3. маточно-плацентарная апоплексия
4. эмболия околоплодными водами
5. все вышеперечисленное

Причинами развития подострой формы ДВС синдрома являются, кроме:
1. гипертензивные нарушения при беременности
2. сепсис
3. мертвый плод
4. отеки беременных
5. эмболия околоплодними водами

В каких случаях развивается хронический ДВС – синдром?
1. циркуляция ПДФ (продуктов дегидратации фибриногена)
2. тяжелая форма позднего гестоза беременности
3. доношенная беременность
4. многоплодная беременность
5. правильно 1 и 2

Причины развития ДВС синдрома при беременности, осложненной преэклампсией, кроме
1. нарушение микроциркуляции
2. истощение системы фибринолиза
3. снижение концентрации фибриногена
4. длительнотекущая гипертензия
5. анемия

У женщины с гипотоническим кровотечением в послеродовом периоде , несмотря на проведенные мероприятия появилась петехиальная сыпь, гематома наружных половых органов, кровотечение стало профузным, кровь из половых путей жидкая не сворачивается. Матка плотная. Диагноз?
1. ДВС синдром
2. стадия гипокоагуляции
3. гипотония матки
4. стадия гиперкоагуляции
5. правильно 1и2

HELLP-синдром клинически проявляется:
1. клиникой преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты
2. разрывом печени с кровотечением в брюшную полость
3. коагулопатическим кровотечением
4. быстрым формированием печеночно-почечной недостаточности
5. все вышеперечисленное

Признаками HELLP синдрома являются:
1. тошнота, рвота, боли в правом подреберье
2. увеличение размеров печени
3. снижение количества тромбоцитов
4. всё вышеперечисленное
5. ничего из перечисленного

Что из перечисленного не относится к HELLP - синдрому?
1. тромбоцитопения
2. эозинофилия
3. повышение уровня ферментов печени
4. гемолитическая анемия
5. гипокоагуляция

HELLP – синдром чаще возникает:
1. в I триместре беременности
2. во II триместре
3. в III триместре
4. правильно 1,2,3
5. правильно 1 и2

HELLP-синдром характеризуется:
1. гемолиз эритроцитов
2. повышение уровня ферментов печени
3. тромбоцитопения
4. все ответы верны
5. правильно 1 и 2

Для HELLP-синдрома характерно:
1. желтуха
2. рвота
3. нарастающая печеночная недостаточность
4. все ответы верны
5. правильные ответы 1 и 3

Назовите, при каких условиях может произойти проникновение околоплодных вод в кровоток матери:
1. разрыв оболочек выше внутреннего зева матки
2. повышенное внутриматочное давление. превышающее давление в венозной системе матери
3. преждевременные роды
4. верно 1 и 2
5. разрыв оболочек ниже внутреннего зева шейки матки

Назовите основные механизмы развития эмболии околоплодными водами:
1. рефлекторный спазм сосудов в малом кругу
2. тромбогеморрагический синдром
3. снижение сократительной активности матки
4. верно 1 и 2
5. верно 1, 2,3

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

При эмболии околоплодными водами возможно развитие следующих осложнений?
1. ДВС - синдром
2. острая сердечно-сосудистая недостаточность
3. острая дыхательная недостаточность
4. ответы верны 1 2 3
5. правильные ответы 1 и 2

Наиболее характерное осложнение беременности, при ее сочетании с миомой матки – это:
1. угрожающее прерывание беременности
2. уродство плода
3. рвота беременных
4. гибель плода
5. отеки беременных

Какое осложнение наиболее часто возникает в 1 периоде родов при сочетании беременности с миомой матки?
1. слабость родовой деятельности
2. дистоция шейки матки
3. дистресс плода
4. раннее излитие вод
5. все вышеперечисленное

Какое осложнение возможно в последовом периоде при сочетании беременности с миомой матки?
1. кровотечение, связанное с частичным плотным прикреплением плаценты
2. кровотечение, связанное с гипотонией матки
3. кровотечение, связанное с приращением плаценты
4. верно 1 и 2
5. верно 1 и 3

При сочетании беременности и кистомы яичника наиболее частое осложнение:
1. угроза преждевременных родов
2. перекрут ножки кистомы
3. малигнизация кистомы
4. все вышеперечисленное
5. ни одно из перечисленных

Тактика при перекруте ножки кистомы во время беременности:
1. консервативное лечение
2. хирургическое лечение
3. консервативное лечение в течении 24 часов, при неэффективности хирургическое лечение
4. все ответы верны
5. все ответы неверны

Во время беременности может образоваться:
1. псевдомуцинозная кистома
2. фиброма яичника
3. тека – лютеиновая кистома
4. параовариальная кистома
5. правильно 1 и 2

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. правильно 1 и 2
5. все ответы верны

При диагностике бессимптомной кистомы яичника в III триместре беременности оперативное лечение проводится:
1. сразу после диагностики
2. после родов
3. проводится наблюдение
4. правильно 1 и 2

5. все ответы верны

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. все вышеперечисленное

Роды через естественные родовые пути при наличии рубца на матке возможно:
1. рубец после корпорального кесарево сечения
2. рубец после операции кесарево сечения по поводу анатомического узкого таза
3. рубец на матке после операции кесарево сечения по поводу преждевременной отслойки плаценты
4. все ответы неверны
5. все ответы верны

Наиболее информативным метод оценки состоятельности рубца на матке во время беременности:
1. состоянию рубца на коже
2. гистероскопия
3. УЗИ
4. все ответы верны
5. все ответы неверны

Наиболее информативно о состоянии рубца на УЗИ можно получить при сроке:
1. 35-36 недель
2. 37-38 недель
3. 38-39 недель
4. 34-35 недель
5. 33-34 недель

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

Простым плоским называется таз, у которого уменьшены:
1. все поперечные размеры
2. все прямые размеры всех плоскостей
3. прямой размер плоскости входа
4. все размеры таза
5. размеры и выхода малого таза

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

О чем свидетельствует положительный признак Вастена?
1. о начале периода изгнания
2. о полном раскрытии маточного зева
3. о несоответствии между головкой плода и тазом матери
4. об угрозе разрыва матки
5. все ответы правильны

Укорочение всех наружных размеров таза характерно для:
1. простого плоского таза
2. поперечносуженного таза
3. плоскорахитического таза
4. общеравномерносуженного таза
5. Все ответы правильные

Наиболее тяжелым осложнением в родах при тазовом предлежании является:
1. несвоевременное отхождение вод
2. слабость родовой деятельности
3. травматические повреждения плода
4. выпадение пуповины
5. выпадение ножки

Уменьшение прямых размеров плоскости входа, широкой, узкой и плоскости выхода малого таза характерно для:
1. простого плоского таза
2. плоскорахитического таза
3. поперечносуженного таза
4. верно 1,2
5. все ответы правильные

Формированию клинически узкого таза способствует:
1. крупный плод
2. переношенная беременность
3. неправильное вставление головки
4. наличие анатомического су4жения таза
5. все вышеперечисленное

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

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

Асинклитизмом называют:
1. аномалию положения головки во входе или в полости малого таза
2. стреловидный шов отклонён от срединной линии таза кпереди или кзади (к лону или к крестцу)
3. одна из теменных костей находится ниже другой
4. это внеосевое вставление головки
5. все перечисленное верно

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

Назовите причины асинклитического всавления головки:
1. снижение тонуса мышц брюшной стенки, не препятствующей отклоняющемуся вперёд дну матки
2. расслабление нижнего сегмента матки, не оказывающего противодействия отклоняющейся вперёд головке
3. уплощение угла наклона таза роженицы
4. большой угол наклона таза роженицы
5. все перечисленное верно

При каких условиях возможны самостоятельные роды при асинклитических вставлениях?
1. Если асинклитизм выражен нерезко
2. при наличии хорошей родовой деятельности
3. незначительном сужении таза и небольшой головке плода
4. конфигурация головки и некоторое растяжению сочленений таза
5. все перечисленное верно

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

При чисто ягодичном предлежании применяют:
1. метод Цовьянова
2. классическое ручное пособие
3. извлечение за тазовый конец
4. поворот плода
5. акушерские щипцы

Для профилактики спазма шейки матки при тазовых предлежаниях применяют:
1. токолитики
2. адреномиметики
3. спазмолитики
4. гормоны
5. анальгетики

Пособие по Цовьянову способствует:
1. освобождению плечевого пояса
2. переводу ножного предлежания в смешанное ягодичное
3. освобождению головки
4. сохранению нормального членорасположения плода
5. быстрейшему завершению родов

Проводная точка при тазовом предлежании:
1. передняя ягодица
2. задняя ягодица
3. передняя ножка
4. задняя ножка
5. крестец

Внутренний поворот ягодиц происходит:
1. во входе в малый таз
2. в широкой части малого таза
3. в узкой части малого таза
4. в выходе малого таза
5. в первой плоскости малого таза

Осложнения в первом периоде родов при тазовом предлежании:
1. слабость родовой деятельности
2. запрокидывание головки
3. разрыв промежности
4. запрокидывание ручек
5. разрыв матки

Возможные осложнения в родах при тазовом предлежании:
1. несвоевременное излитие вод;
2. слабость родовой деятельности;
3. выпадение петель пуповины;
4. выпадение ножки
5. все вышеперечисленное

Каким размером прорезывается последующая головка при тазовых предлежаниях?
1. средним косым
2. малым косым
3. вертикальным
4. большим косым
5. прямым

Для тазового предлежания при наружном акушерском исследовании не характерно:
1. высокое расположение дна матки
2. баллотирующая часть в дне матки
3. сердцебиение плода, лучше прослушиваемое выше пупка
4. баллотирующая часть над входом в малый таз
5. высокое расположение предлежащей части

Первый момент биомеханизма родов при тазовом предлежаниии - это:
1. внутренний поворот ягодиц
2. опускание ягодиц

3. сгибание головки
4. внутренний поворот плечиков
5. поясничное сгибание

При тазовом предлежании в 1 периоде родов показано:
1. проведение ранней амниотомии;
2. создание медикаментозного сна;
3. сохранение плодного пузыря как можно дольше;
4. активация родовой деятельности с самого начала родовой деятельности
5. операция кесарева сечения

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

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

Назовите причины формирования тазовых предлежаний плода:
1. препятствия к установлению головки плода во входе в малый
2. патологический гипертонус нижнего сегмента матки и снижение тонуса её верхних отделов.
3. повышенная подвижность плода
4. ограничение подвижности
5. все вышеперечисленное

Что является противопоказанием для проведения корригирующей гимнастики при тазовых предлежаниях?
1. рубцы на матке,
2. предлежание плаценты
3. опухоли матки,
4. поздние токсикозы беременности и экстрагенитальная патология
5. все перечисленное верно

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

Диагностика поперечного положения плода основана на:
1. данных осмотра формы живота
2. несоответствии высоты стояния дна матки сроку беременности
3. результате наружных приемов Леопольда – Левицкого
4. данных влагалищного исследования и УЗИ
5. на всех перечисленных данных

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 запущенном поперечном положении и мертвом плоде показано:
1. кесарево сечение
2. классический поворот плода на ножку
3. извлечение плода за тазовый конец
4. плодоразрушающая операция
5. наружный поворот плода

Какое положение плода считается поперечным?
1. ось плода совпадает с осью (длинником) матки, головка плода в дне
2. ось плода совпадает с осью матки, головка над входом в малый таз
3. длинник плода пересекает ось матки под прямым углом
4. длинник плода совпадает с осью матки, но имеется задний вид
5. длинник плода пересекает ось матки под острым углом

Позиция плода при поперечном положении определяется по расположению:
1. спинки плода
2. головки плода
3. мелких частей
4. тазового конца
5. ножек плода

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 классического комбинированного поворота плода на ножку

Причиной неправильного положения плода может быть:
1. узкий таз
2. многоводие и многоплодие
3. аномалии матки
4. предлежание плаценты

5. все вышеперечисленное

Диагноз запущенного поперечного положения плода может быть поставлен в случаях:
1. если плод потерял подвижность и плечико плода вколочено в полость малого таза
2. если имеется выпадение ручки плода
3. если над входом в малый таз нет предлежащей части плода
4. верно 1,2, 3
5. верно 1, 3

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

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 и декапитации плода
2. к родостимуляции
3. к краниотомии
4. к операции кесарева сечения
5. к наружно-внутреннему повороту плода

При переднеголовном предлежании проводной точкой является:
1. малый родничок
2. лоб
3. большой родничок
4. подбородок
5. надбровья

Где происходит внутренний поворот головки при переднем виде лицевого вставления?
1. В широкой части полости малого таза.
2. В узкой части полости малого таза.
3. На тазовом дне.
4. При переходе из широкой части в узкую.
5. В 1 плоскости малого таза

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 прямым размером?
1. при переднем виде затылочного вставления
2. при заднем виде затылочного вставления
3. при лобном вставлении
4. при передно - головном вставлении
5. при лицевом вставлении

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

По каким опознавательным признакам ставится диагноз переднеголовного вставления?
1. большой родничок ниже малого
2. только по малому родничку
3. по заднему углу большого родничка
4. только по стреловидному шву
5. по стреловидному шву и малому родничку

Какова основная особенность родов при переднеголовном предлежании?
1. длительное течение 1 периода родов
2. длительное течение 2 периода родов
3. длительное течение 3 периода родов
4. быстрые роды
5. обычное течение родового процесса

Где располагается проводная точка при родах в лицевом предлежании?
1. в области лба
2. в области носа и губ
3. в области большого родничка
4. в области теменных бугров
5. в области малого родничка

Какие осложнения возможны при переднеголовном предлежании, кроме:
1. интранатальная асфиксия плода
2. родовой травматизм плода
3. быстрые роды
4. клинически узкий таз
5. мочеполовые свищи

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

При каком вставлении бывает брахицефалическая, «башенная» форма головки?
1. при лицевом вставлении
2. при лобном вставлении
3. при затылочном вставлении
4. при переднеголовном вставлении
5. при заднем виде затылочного вставления

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

Каким размером происходит рождение головки при лицевом предлежании?
1. малым косым
2. прямым
3. вертикальным
4. средним косым
5. большим косым размером

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

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

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

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

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

В патогенезе гипохромной анемии у беременных имеет значение:
1. нарушение всасывания железа при анацидном гастрите
2. нерациональное питание
3. повышенный расход железа в процессе развития плода
4. повышенный тканевый обмен при беременности
5. все перечисленное

В связи с чем у женщин с врождённой коагулопатией возможна фатальная гипокоагуляция и риск фатального нарушения свертываемости?
1. развитием гестоза
2. HELLP-синдромом
3. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
4. эмболия околоплодными водами
5. в связи со всем вышеперечисленным

Какой период беременности и послеродового периода протекает наиболее тяжело при болезни фон Виллебранда?
1. I триместр беременности, когда содержание фактора фон Виллебранда ещё не повышается,
2. поздний послеродовой период, во время которого характерно образование гематом и плохое заживление раневых поверхностей
3. III триместр беременности, когда усилении свертывющего потенциала крови достигает максимума
4. верно 1 и 2
5. верно 1 и 3

Как проявляются геморрагические диатезы при беременности?
1. маточными кровотечениями,
2. коагулопатическими кровотечениями в последовом и раннем послеродовом периоде,
3. гематомами влагалища и послеоперационного шва после оперативного родоразрешения,
4. поздними послеродовыми кровотечениями.
5. всем вышеперечисленным

Чем осложняется беременность у женщин с врождённой тромбофилией?
1. привычным невынашиванием беременности,
2. преждевременными родами,
3. хронической плацентарной недостаточностью и гипотрофией плода
4. гестоз и HELLP-синдром,
5. всем вышеперечисленным

Как влияет лейкоз на течение беременности?

1. Лейкозы повышают риск самопроизвольного аборта и преждевременных родов,
2. вызывают внутриутробную задержку развития плода и перинатальную смертность
3. при нелеченном лейкозе гибель плода чаще всего связана со смертью матери
4. лейкозная инфильтрация плаценты и тканей плода наблюдается редко
5. все вышеперечисленное

Чем отличается рвота как проявление обострения язвенной болезни желудка у беременных от рвоты при раннем гестозе?
1. сопровождается мучительной тошнотой
2. не успокаивается приемом пищи
3. возникает на высоте пищеварения и приносит облегчение больной
4. рвота не приносит облегчения состояния
5. рвоте предшествует усиленное слюнотечение

Перфоративная язва желудка во время беременности характеризуется:
1. выраженным болевым синдромом
2. кинжальной болью в эпигастральной области
3. нетипичностью клинических проявлений без выраженного болевого синдрома
4. сопровождается чрезмерной рвотой
5. начинается с повышения температуры тела

Принципы лечения хронического холецистита у беременных:
1. такие же, как у небеременных
2. в период обострения рекомендуется нестрогий постельный режим
3. дробный прием отварной пищи
4. исключение из пищи тугоплавких жиров, пряностей и маринадов
5. все вышеперечисленное

Медикаментозная терапия хронического холецистита у беременных ставит перед собой следующие цели:
1. снятие болевого синдрома
2. борьбу с инфекцией
3. назначение желчегонных средств
4. улучшение холереза
5. все вышеперечисленное

Какой из перечисленных факторов беременности не предрасполагает к образованию желчных камней:
1. застой желчи в желчном пузыре из-за давления матки
2. высокое внутрибрюшное давление
3. повышение уровня холестерина в крови
4. появление гормональной активности плаценты
5. снижение двигательной активности желчного пузыря из-за гиперэстрогении

У женщин, страдающих сахарным диабетом, при беременности нередко развиваются следующие осложнения:
1. поздний гестоз;
2. ангиопатия сетчатки;
3. активация хронической инфекции в мочевыводящих путях;
4. все перечисленное неверно;
5. правильно все перечисленное

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

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 родственников
4. ожирение
5. все выше перечисленное

Условиями вынашивания беременности при сахарном диабете является:

1. полная компенсация сахарного диабета до и во время беременности
2. соблюдение диеты, способствующей нормализации углеводного обмена
3. тщательный контроль за состоянием плода
4. контроль за содержанием сахара в крови и отсутствие глюкозурии
5. все вышеперечисленное

Показаниями к абдоминальному родоразрешению при сахарном диабете являются все, кроме

1. наличия прогрессирующих сосудистых осложнений диабета
2. лабильный диабет со склонностью к кетоацидозу
3. молодой возраст беременной
4. прогрессирующая гипоксия плода при отсутствии условий для срочного родоразрешения через естественные родовые пути
5. гигантский плод

Противопоказания к сохранению беременности при сахарном диабете:

1. наличие прогрессирующих сосудистых осложнений диабета
2. интракапиллярный гломерулосклероз с почечной недостаточностью и гипертензией
3. инсулинорезистентные и лабильные формы сахарного диабета
4. сахарный диабет у обоих супругов
5. все вышеперечисленное

Перечислите признаки транзиторного диабета беременных, кроме:

1. существуют только во время беременности
2. эта форма составляет 50% от всех случаев диабета беременных
3. признаки сахарного диабета не исчезают после родов
4. развивается у женщин с избыточной массой тела
5. признаки сахарного диабета исчезают после родов

Для профилактики тяжелой декомпенсации сахарного диабета в родах необходимо:

1. предупреждать развитие вторичной слабости родовой деятельности
2. регулярно определять уровень гликемии (через 2-3 часа)
3. регулярно определять уровень артериального давления
4. провести раннюю амниотомию
5. стимулировать роды окситоцином в комбинации с простагландинами

Опишите влияние сахарного диабета на плод:
1. большая масса при рождении, не соответствующая сроку гестации
2. гипертрофия островков поджелудочной железы
3. функциональная незрелость органов и систем
4. все верно
5. ничего из вышеперечисленного не верно

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

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

Для новорожденных, родившихся от матерей с сахарным диабетом, характерна:
1. большая масса тела
2. гипогликемия и гипокальцемия
3. высокая частота респираторных расстройств
4. высокая частота пороков развития
5. все вышеперечисленное

При беременности больные сахарным диабетом могут получать
1. инсулинотерапию и диетотерапию с ограничением углеводов и жиров
2. только диетотерапию
3. сахаропонижающие препараты группы сульфанилмочевины
4. бигуаниды
5. диетотерапию с ограничением белков

Показаниями для проведения пробы на толерантность к глюкозе во время беременности являются все, кроме:
1. рождение крупного ребенка в анамнезе
2. мертворождение в анамнезе
3. наличие диабета у родителей
4. ожирение
5. повышенный уровень глюкозы натощак

Факторы, предрасполагающие к острой инфекции мочевых путей во время беременности, родов и послеродовом периоде, включают все, кроме:
1. сдавление мочеточника увеличенной маткой
2. повышения тонуса и перистальтики мочеточников
3. бессимптомной бактериурии

4. пониженного тонуса мочевого пузыря после эпидуральной анестезии
5. катетеризации мочевого пузыря после родов

Функциональное состояние почек при хроническом пиелонефрите определяется по результатам:
1. пробы Зимницкого
2. количества мочевины в крови
3. количества креатинина в крови
4. всего перечисленного
5. ничего из перечисленного

Фактор, способствующий развитию и обострению пиелонефрита у беременной:
1. инфицирование организма
2. изменение гормонального баланса
3. давление матки на мочеточники
4. пузырно-маточный рефлюкс
5. все вышеуказанное

Наиболее частое заболевание почек у беременных:
1. гломерулонефрит
2. мочекаменная болезнь
3. гидронефроз
4. опухоли почек
5. пиелонефрит

Наиболее частой формой патологии мочевыделительной системы у беременных является:
1. гломерулонефрит
2. мочекаменная болезнь
3. гестационный пиелонефрит
4. аномалии почек и сосудов
5. туберкулез почек

Развитию гестационного пиелонефрита предрасполагают:
1. нарушение санитарного режима
2. нарушение пассажа мочи
3. снижение иммунитета
4. снижение диуреза
5. наличие эндогенных очагов инфекции

Физиологические изменения мочевыделительной системы у беременных характеризуются:
1. снижением интенсивности почечного кровотока
2. снижением клубочковой фильтрации
3. увеличением канальцевой реабсорбции
4. снижением диуреза
5. нарушением уродинамики

Фактор, способствующий развитию и обострению пиелонефрита у беременной:
1. инфицирование организма
2. изменение гормонального баланса
3. давление матки на мочеточники
4. пузырно-мочеточниковый рефлюкс
5. все указанное в п. “1”–”4”

Осложнение, возникающее при пиелонефрите во время беременности:
1. анемия
2. синдром задержки развития плода
3. развитие сочетанного гестоза
4. инфицирование организма матери и плода
5. все указанные осложнения

Антибактериальные препараты для лечения пиелонефрита в первом триместре беременности:
1. аминогликозиды
2. нитрофураны
3. цефалоспорины
4. антибиотики пенициллинового ряда
5. сульфаниламиды

Оптимальный метод родоразрешения при пиелонефрите:
1. кесарево сечение в плановом порядке
2. кесарево сечение в родах
3. роды через естественные родовые пути без укорочения периода изгнания
4. роды через естественные родовые пути с укорочением периода изгнания перинеотомией
5. роды через естественные родовые пути с укорочением периода изгнания наложением акушерских щипцов

При какой форме хронического гломерулонефрита беременность допустима?
1. при гипертонической форме
2. при смешанной форме
3. при нефротической форме
4. при латентной форме
5. при циклической форме острого гломерулонефрита

Что не характерно для латентной формы хронического гломерулонефрита у беременных?
1. скудный мочевой синдром
2. протеинурия менее 1 г/л
3. стойкое повышение АД
4. непостоянная цилиндрурия
5. отсутствие отеков

К группе максимального риска не относятся беременные женщины с такой формой хронического гломерулонефрита, как:
1. латентная форма
2. гипертоническая форма
3. смешанная форма
4. острый гломерулонефрит
5. форма протекающая с азотемией

К особенностям течения мочекаменной болезни во время беременности относится:
1. гематурия
2. большая частота приступов
3. частое присоединение пиелонефрита
4. симптомы МКБ усиливаются

5. верно все вышеперечисленное

Показаниями к госпитализации беременных с мочекаменной болезнью является:
1. частые приступы колики
2. присоединение пиелонефрита
3. присоединение позднего гестоза
4. ухудшение состояния плода
5. все вышеперечисленное

Какой симптом не является характерным для циклической формы острого гломерулонефрита при беременности?
1. внезапное начало через 10-12 дней после стрептококкового заболевания
2. быстрое нарастание отеков
3. быстрое нарастание протеинурии
4. постепенное начало с небольшой одышкой и слабостью
5. олигурия и макрогематурия

Чем обусловлено редкое развитие острого гломерулонефрита во время беременности?
1. действием плацентарного лактогена
2. увеличением секреции глкокортикоидов
3. усиление почечного кровотока
4. расширением почечно-лоханочной системы
5. увеличением канальцевой реабсорбции

Какие факторы во время беременности благоприятствуют развитию воспаления мочевых путей у женщин?
1. анатомические изменения верхних мочевых путей
2. дискинезия чашечно-лоханочной системы
3. дискинезия мочеточников
4. ослабление связочного аппарата почек
5. все вышеперечисленное

Наиболее частое осложнение беременности при гломерулонефрите:
1. развитие гестоза
2. острая почечная недостаточность
3. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
4. преждевременные роды
5. гипотрофия и гипоксия плода

Наиболее вероятное развитие недостаточности кровообращения у беременной с заболеванием сердца следует ожидать:
1. накануне родов
2. в родах и в послеродовом периоде
3. в 1 триместре беременности
4. во 2 триместре беременности
5. после 30 недель беременности

Признаки начинающейся сердечной декомпенсации у беременной с заболеванием сердца проявляются:
1. выраженной одышкой
2. кашлем
3. влажными хрипами

4. тахикардией
5. всем перечисленным

Изменения сердечно-сосудистой системы во время беременности включают:
1. физиологическую гипертрофию левого желудочка
2. увеличение минутного объема сердца
3. увеличение ЧСС
4. горизонтальное положение сердца
5. все перечисленное

Основная задача при обследовании беременной с пороком сердца:
1. диагностика формы порока
2. выявление признаков нарушения кровообращения во время беременности
3. диагностика ревматизма и степени его активности
4. выявление сопутствующих осложнений
5. все вышеперечисленное

Сохранение беременности допустимо при:
1. недостаточности митрального клапана и отсутствии гемодинамических нарушений
2. стенозе митрального клапана
3. аортальных пороках
4. пороках сердца со начинающейся мерцательной аритмией
5. декомпенсированных пороках сердца, подлежащих кардиальной терапии

Лечение сердечной недостаточности при пороках сердца во время беременности включает:
1. постельный режим, ограничение потребления соли
2. кардиальные препараты и диуретики
3. противовоспалительную терапию
4. антигистаминные препараты и гипотензивные средства
5. все вышеперечисленное

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

Диагноз гипертонической болезни у беременной основывается на данных:
1. АД в ранние сроки беременности
2. АД в середине беременности, в последнем триместре и послеродовом периоде
3. электрокардиограммы
4. осмотра глазного дна, осмотра невропатологом
5. всего перечисленного

Для гипертонического криза во время беременности не характерно:
1. развитие криза в любом сроке беременности
2. развитие криза только во второй половине беременности
3. отсутствие отеков, протеинурии и цилиндроурии
4. появление парестезий, гиперемии лица, повышенного потоотделения

5. головная боль, тошнота, рвота

Наиболее вероятная причина повышения АД после 28 недель беременности:
1. гипертоническая болезнь
2. развитие преэклампсии
3. хронический гломерулонефрит
4. хронический пиелонефрит
5. мочекаменная болезнь

В послеродовом периоде у родильниц с тяжелыми пороками сердца отмечается:
1. обострение ревматического процесса
2. ухудшение функционального состояния миокарда
3. нарастание ХСН
4. развитие тромботических и тромбоэмболических осложнений
5. все выше перечисленное

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

Основные изменения показателей гемодинамики в конце срока беременности включают:
1. увеличение объема циркулирующей крови
2. постоянно снижающееся периферическое сопротивление сосудов
3. увеличение минутного объема сердца и учащение пульса
4. увеличение почечного кровотока
5. все перечисленные изменения

Основная задача при обследовании беременной с пороком сердца:
1. диагностика формы порока
2. выявление признаков нарушения кровообращения во время беременности
3. диагностика ревматизма и степени его активности
4. выявление сопутствующих осложнений
5. все указанное в п. “1”–”4”

Причина сердечной недостаточности у беременных:
1. увеличение ОЦК и минутного объема сердца
2. развитие гестоза
3. обострение ревматизма
4. острая инфекция верхних дыхательных путей и обострение хронической инфекции
5. все указанное в п. “1”–”4”

К диагностическим критериям оценки активности ревматического процесса во время беременности относится все, кроме:
1. количество лейкоцитов, превышающее 11,0•109/л, и СОЭ более 35 мм/ч, резко выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево
2. недостаточность кровообращения при активном лечении
3. гипокоагуляция
4. повышение титра анти-О-стрептолизина и антигиалуронидазы
5. снижение количества ретикулоцитов

Осложнения у беременных с гипертонической болезнью:
1. преждевременные роды
2. развитие гестоза
3. преждевременная отслойка нормально расположен ной плаценты
4. кровоизлияние в мозг
5. все указанные осложнения

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

В каких случаях у женщин, страдающих ревматизмом беременность противопоказана?
1. При активном ревматическом процессе, особенно остром и подостром его течении
2. если прошло менее 6 м6сяцев после последней атаки ревматизма
3. при ревматизме в неактивной стадии
4. верно 1 и 2
5. верно все вышеперечисленное

Приобретенный стеноз митрального клапана характеризуется:
1. как наиболее неблагоприятный и часто всречающийся порок
2. ухудшает состояние беременных
3. обуславливает основной процент летальных исходов у женщин
4. осложняется сердечной астмой, отеком легких и легочной гипертензией
5. всем вышеперечисленным

Перечислите ситуации, при которых развивается острая сердечно-сосудистая недостаточность во время беременности?
1. у беременных с пороками сердца
2. у беременных с артериальной гипертензией
3. у беременных с неактивной фазой ревматизма
4. верно 1 и 2
5. верно все вышеперечисленное

К физиологическим изменениям при беременности, которые потенциально могут влиять на течение бронхиальной астмы, относятся:
1. изменение вентиляции легких
2. изменение параметров внешнего дыхания
3. изменение гормонального фона
4. иммунологические сдвиги

5. все вышеперечисленное

К сдвигая в функционировании дыхательной системы у беременных относятся следующие:
1. уменьшение вертикальных размеров грудной клетки
2. увеличение окружность грудной клетки
3. усиление диафрагмального дыхания
4. увеличение дыхательного объема
5. все вышеперечисленное

Прогрессирование бронхиальной астмы во время беременности обычно наступает:
1. в 3 триместре беременности
2. с первых недель беременности
3. после перенесенного ОРЗ, чаще на поздних сроках
4. после появления шевеления плода
5. при отказе от табакокурения

Критическим сроком для течения бронхиальной астмы во время беременности является:
1. первый триместр беременности
2. 26 – 36 недели
3. 38 – 40 недели
4. 2 – 4 недели
5. 7 – 10 неделя

Программа лечения бронхиальной астмы у беременных включает следующие составляющие, кроме:
1. базисная фармакотерапия
2. выявление и устранение факторов, вызывающих обострение заболевания
3. мониторинг функции легких
4. срочное родоразрешение
5. мониторинг развития плода

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

Специфическая иммунотерапия аллергенами во время беременности:
1. не проводится
2. проводится только в 1 триместре беременности
3. проводится после 35 недели беременности
4. проводится при учащении приступов
5. проводится при неэффективности аэрозольных форм препаратов

С целью профилактики осложнений в родах у беременных с бронхиальной астмой необходимо придерживаться следующих установок:
1. продолжение базисной терапии, которую получали до родов
2. ранее получавшим системные стероиды, вводить гидрокартизон каждые 8 часов и первые 24 часа после родов
3. при необходимости кесарева сечения исключить применение морфина и тиопентала

4. в послеродовом периоде исключить применение эргометрина, который может спровоцировать бронхоспазм
5. все вышеперечисленное

При остром жировом гепатозе у беременной показано:
1. симптоматическое лечение
2. плановое кесарево сечение
3. экстренное кесарево сечение
4. родовозбуждение с амниотомией и ведение родов через естественные родовые пути
5. сохраняющая терапия и симптоматическое лечение

Предпосылками развитию холестатического гепатоза беременных являются:
1. снижение экскреторной функции печени
2. внутрипеченочный холестаз
3. высокая концентрация эстрогенов
4. накопление липидов в мембранах клеток
5. все вышеперечисленное

Начальными признаками холестатического гепатоза беременных являются следующие, кроме:
1. прогрессирующий упорный кожный зуд
2. слабая преходящая желтуха
3. незначительное повышение общего и прямого билирубина
4. повышение АД и учащение пульса
5. повышение в крови содержания холестерина

Острый жировой гепатоз беременных:
1. является самым тяжелым поражением печени у беременных
2. представляет значительные трудности в клинико-лабораторной дифференциальной диагностике
3. характеризуется жировым перерождением печени
4. может наблюдаться при терапии тетрациклинами в последнем триместре беременности
5. все вышеперечисленное

Острый жировой гепатоз беременных чаще развивается:
1. у первородящих в возрасте 30 - 32 года
2. на 28 - 32 неделе беременности
3. после перенесенной ОРВИ
4. верно 1 и 2
5. верно 1, 2 и 3

В клинике острого жирового гепатоза беременных различают следующие стадии:
1. две стадии – бессимптомную и развернутой клиники
2. две стадии – дожелтушную и желтушную
3. три стадии – бессимптомную, дожелтушную и желтушную
4. стадии не различают
5. четыре стадии - бессимптомную, дожелтушную, желтушную и стадию исходов

Наиболее характерным симптомом дожелтушной стадии острого жирового гепатоза беременных является:
1. уменьшение размеров печени

2. прогрессирующая изжога, сопровождающаяся болью по ходу пищевода, заканчивающаяся рвотой «кофейной гущей»
3. выраженная интоксикация
4. азотемия
5. клинические проявления ДВС – синдрома

После установления диагноза острого жирового гепатоза родоразрешение беременной должно быть проведено через:
1. 4 - 6 часов
2. 24 часа
3 .12 часов
4. 1 – 2 недели
5. после достижения жизнеспособности плода

Успешное лечение острого жирового гепатоза беременных возможно лишь:
1.в третьем триместре беременности
2. при своевременном установлении диагноза и прерывании беременности
3. отсутствии признаков ДВС – синдрома
4. при отсутствии асцита
5. до начала желтушной стадии

Желтушная стадия острого жирового гепатоза беременных характеризуется:
1. прогрессирующей интоксикацией
2. прогрессирующей желтухой
3. гипопротеинемией и азотемией
4 уменьшением размеров печени
5 всем вышеперечисленным

Прогноз для матери и плода при остром жировом гепатозе беременных:
1. благоприятный – 100% выживаемость матери и плода
2. неблагоприятный – летальность 90%, мертвый плод
3. зависит от срока беременности
4. зависит от стадии
5. относительно благоприятный при отсутствии признаков ДВС – синдрома

Исходом острого жирового гепатоза беременных является:
1.печеночная кома
2. почечная недостаточность
3. гемолитическая анемия
4. верно 1 и 2
5. верно 1 и 3

Чем опасно запоздалое родоразрешение при остром жировом гепатозе беременных:
1. повышением риска кровотечения
2. более глубоким ДВС – синдромом
3. уменьшением шансов на благоприятный исход
4. углубление печеночно-почечной недостаточности
5. всем вышеперечисленным

Главная тактика при остром жировом гепатозе беременных:
1. срочное прерывание беременности
2. консервативная терапия

3. медикаментозная терапия
4. прямое переливание свежей донорской крови
5. компенсация печеночной недостаточности

У женщин с острым жировым гепатозом беременных отмечается:
1. высокий лейкоцитоз
2. снижение протромбина
3. декомпенсированный метаболический ацидоз
4. некорригируемая гипогликемия
5. все вышеперечисленное

Каким образом тиреотоксикоз влияет на течение беременности?
1. способствует невынашиванию
2. угрожающий выкидыш
3. преждевременные роды
4. способствует раннему гестозу
5. все вышеперечисленное

Каким образом тиреотоксикоз влияет на родовой процесс?
1. родовой процесс затягивается
2. роды протекают быстро (в среднем около 10 часов у первородящих)
3. схватки урежаются
4. развивается бурная родовая деятельность
5. слабые и редкие потуги

У беременных с тиреотоксикозом после 30 недель возможно:
1. развитие сердечной недостаточности
2. выраженная тахикардия
3. аритмия
4. повышаются гормоносвязывающие свойства крови
5. все вышеперечисленное

Как гипотиреоз влияет на беременность и роды?
1 .усиливает родовую деятельность
2. вызывает выраженный ранний гестоз
3. развивается упорная слабость родовой деятельности
4. верно 1 и 3
5. верно 1 и 2

При гипотиреозе у беременных возможна:
1. эклампсия
2. внутриутробная смерть плода
3. глубокие аномалии развития у новорожденных
4. невынашивание беременности
5. все вышеперечисленное

Тиреоидные гормоны по время беременности имеют большое значение для:
1. предупреждения развития гестозов
2. развития плода, процессов роста и дифференцировки тканей
3. выработки гормонов плаценты
4. поддержания нормального уровня АД
5. формирования родовой доминанты

К серьезным осложнениям периода беременности при нарушении функции щитовидной железы относятся:
1. невынашивание беременности
2. гестозы
3. мертворождения
4. аномалии развития плода
5. все вышеперечисленное

Причинами увеличения размеров щитовидной железы во время физиологически протекающей беременности являются следующие:
1. возникающий во время беременности йодный дефицит в щитовидной железе
2. наследственная предрасположенность
3. стимулирующее влияние хорионического гонадотропина
4. верно 1 и 3
5. верно 1,2 и 3

К изменениям в щитовидной железе во время беременности относится все, кроме:
1. гиперплазия щитовидной железы
2. усиление йодонакопительной функции
3. усиление функциональной активности
4. усиление интенсивности кровообращения
5. все вышеперечисленное

К методам исследования щитовидной железы во время беременности относятся:
1.иммуноферментный метод
2. определение свободного тироксина и йодированных тиронинов
3. радиоиммунологический метод
4. УЗИ
5. все вышеперечисленное

Что не относится к особенностям течения токсического зоба при беременности?
1. появление сердечно-сосудистой недостаточности
2. повышение нервозности
3 .выраженная прибавка массы тела
4. эмоциональная неустойчивость
5. повышенное потоотделение и тахикардия до 120 уд/мин

Улучшение состояния беременных, больных тиреотоксикозом обычно наступает:
1. во второй половине беременности при легкой форме заболевания
2. с 28 недели беременности при тяжелой форме заболевания
3. с первых дней беременности, не зависимо от степени тяжести заболевания
4. с 10 недели беременности
5. при отсутствии признаков офтальмопатии

Какова тактика ведения женщин с диффузным токсическим зобом врачом ГСВ?
1.полное устранение тиреотоксикоза до наступления беременности
2. при наступлении беременности в 1 триместре решить вопрос о возможности сохранения беременности
3. до наступления беременности добиться исчезновения из циркуляции тиреостимулирующих иммуноглобулинов

4. назначение меркозолила при выраженной форме заболевания и отказе женщины от прерывания беременности
5 все вышеперечисленное

В послеродовом периоде у родильниц с тиреотоксикозом наблюдается:
1. гипогалактия
2. обострение заболевания в первые сутки после родов
3. возможно развитие тиреоидита аутоиммунного характера
4. изменяется функциональное состояние щитовидной железы
5. все вышеперечисленное

Причинами редкого наступления беременности у женщин с врожденным гипотиреозом являются все, кроме:
1. выраженная гиперпролактинемия
2. нарушение контроля секреции люлиберина гипоталамусом
3. выраженная вирилизация
4. неблагоприятное влияние дефицита тиреоидных гормонов на репродуктивную функцию.
5. подавление созревания фолликулов

Осложнениями периода беременности у больных с гипотиреозом являются:
1. поздний гестоз
2. тиреоидная анемия
3 .спонтанный выкидыш
4 . внутриутробная гибель плода
5. все вышеперечисленное

Если беременность при первичном гипотиреозе наступает на фоне заместительной терапии тиреодином, то его дозу:
1. нельзя менять до конца беременности
2. необходимо увеличить
3. необходимо уменьшить
4. препарат необходимо отменить
5. необходимо увеличивать по мере нарастания срока беременности

Для беременных с гипотиреозом характерна:
1. слабость родовой деятельности
2. атония матки в 3 периоде родов
3. гипогалактия в послеродовом периоде
4. рождение детей с гипотрофией, тяжелой микседемой
5. все вышеперечисленное

Течение беременности при эндемическом зобе осложняется:
1. выкидышем или недонашиванием беременности
2. поздним гестозом
3. анемией
4. присоединением субклинического гипотиреоза
5. всем вышеперечисленным

Частое развитие анемии у беременных при эндемическом зобе объясняют:
1. угнетением эритропоэза
2. поражением костного мозга

3. усилением абсорбции железа в ЖКТ из-за усиления синтеза трансферазы тиреоидными гормонами
4. гипопротеинемией
5 нарушением белкового и липидного обмена

Что является верным в отношении послеродового тиреоидита?
1. в крови появляются антитиреодные антитела
2. сопровождается симптомами тиреотоксикоза
3. не требует лечения
4. наблюдается безболезненное уплотнение щитовидной железы
5. все вышеперечисленное

Как проявляется тиреотоксикоз у новорожденных, рожденных матерями с диффузным токсическим зобом?
1. возбуждением
2. тахикардией
3. нарушением дыхания с прогрессированием к 5 - 6 дню
4. появлением экзофтальма
5. всем вышеперечисленным

Послеродовый тромбофлебит тазовых вен
1. относится к третьему этапу септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса
2. проявляется длительным субфебрилитетом стойким учащением пульса, не соответствующим температуре
3. развивается после родов в тазовом предлежании
4. обычно начинается с появления острой боли в ноге
5. диагностируется с помощью клинического анализа крови

Назовите причины возникновения варикозного расширения вен нижних конечностей у беременных:
1. слабость мышечно-эластических волокон стенок вен
2. неполноценность клапанного аппарата вен
3. изменения в эндокринной системе, вызванные беременностью
4. присущее беременности увеличение внутрибрюшного давления
5. все вышеперечисленное

Жалобами беременных с варикозным расширением вен нижних конечностей являются следующие, кроме:
1. ощущение тяжести в ноге
2. боли в икроножных мышцах
3. отечность, усиливающаяся после длительной ходьбы
4. покраснение вокруг голеностопного сустава
5. усиление болей в ногах при работе в положении стоя

Возникновению варикозной болезни вен ног во время беременности способствуют:
1. слабость сосудистой стенки
2. нарушение структуры и функции соединительной ткани и гладкой мускулатуры сосудов
3. повреждение эндотелия и клапанного аппарата вен
4. нарушение микроциркуляции
5. все вышеперечисленное

К основным клиническим проявлениям варикозной болезни вен ног во время беременности относят:
1. тянущие и ноющие боли в ногах
2. быстрая утомляемость при ходьбе и чувство тяжести в ногах
3. судорожные подергивания мышц ног
4. отёки и трофические кожные расстройства
5. все вышеперечисленное

В анамнезе у беременных с варикозной болезнью нижних конечностей чаще всего имеют место:
1. профессия, связанная с длительным пребыванием на ногах
2. нарушение жирового обмена
3. сердечно-сосудистые заболевания и нарушения свертывающей системы крови
4. длительный приём оральных контрацептивов и глюкокортикостероидов
5. все вышеперечисленное

Особенностями ведения родов у беременных с варикозной болезнью нижних конечностей является:
1. обязательно использование эластической компрессии (бинтование ног, чулки)
2. целесообразно введение 5000 ЕД гепарина за 2 ч до рождения ребёнка независимо от способа родоразрешения
3. показано оперативное родоразрешение
4. верно 1,2 и 3
5. верно 1 и 2

Клиническая картина поверхностного тромбофлебита во время беременности характеризуется:
1. беременная предъявляет жалобы на умеренную болезненность при ходьбе
2. по ходу вены пальпируется болезненный плотный инфильтрат в виде шнура
3. над инфильтратом отмечается гиперемия кожи и уплотнение подкожной жировой клетчатки.
4. температура тела повышается до субфебрильных цифр, и учащается пульс.
5. всем вышеперечисленным

Лечение поверхностного тромбофлебита во время беременности заключается в:
1. назначении холода в течение первых 2–3 дней с мазевыми аппликациями, эластической компрессии ног и их возвышенного положения
2. перевязке большой подкожной вены бедра
3. операции на глубоких венах нижних конечностей
4. назначении лечебной гимнастики
5. назначении физиолечения и массажа

Причинами глубокого флеботромбоза во время беременности бывают:
1. стаз крови и повреждение эндотелия вен
2. повышение свёртывающей активности крови
3. сопутствующие инфекционные заболевания
4. верно 1 и 2
5. верно 1, 2 и 3

Основными факторами риска тромбоза при беременности считают:
1. возраст беременной (старше 35 лет)
2. коллагенозы наследственный дефицит антитромбина III

3. длительный приём оральных контрацептивов до наступления беременности
4. наличие более четырёх родов в анамнезе
5. все вышеперечисленное

Для клинической картины тромбоза глубоких вен нижних конечностей у беременных характерны следующие признаки:
1. стойкий отёк голени или всей нижней конечности
2. «глянцевый» вид кожи на поражённой конечности с чётко различаемым рисунком подкожных вен
3. распространение боли по внутренней поверхности стопы, голени или бедра
4. увеличение окружности поражённой конечности
5. все вышеперечисленное

Лечение острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей во время беременности заключается в:
1. в обязательном переводе в хирургический стационар с назначением строгого постельного режима и эластической компрессии ног
2. терапии гепарином в течение 10–14 дней и более
3. назначении беременной ацетилсалициловой кислоты и установки в нижнюю полую вену кава-фильтра
4. верно 1,2 и 3
5. верно 1 и 2

При возникновении тробоэмболии легочной артерии в I триместре беременности целесообразно:
1. провести сохраняющую терапию
2. прервать беременность в связи с тяжёлым состоянием больной и необходимостью продолжительной антикоагулянтной терапии
3. начать гепаринотерапию
4. провести профилактику внутриутробной гипоксии плода
5. сохранить беременность и установить кава-фильтры в нижнюю полую вену

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

Как влияет нормальная беременность на состояние зрения здоровой женщины?
1. внутриглазное давление понижается с увеличением срока беременности
2. изменяется периферическое полей зрения на цвета
3. происходит концентрическое сужение поле зрения, степень которого увеличивается при большом сроке беременности
4. беременность может значительно ухудшить течение глазных болезней, связанных с поражением роговицы, хрусталика, сетчатки, сосудистого тракта и зрительного нерва
5. все вышеперечисленное

При миопии во время беременности происходит:
1. снижение кровенаполнения глаза,

2. снижается внутриглазное давление из-за снижения кровообращения в цилиарном теле
3. происходят существенные изменения гемодинамики глаза
4. спазм артериол
5. все вышеперечисленное

Беременных с миопией средней и высокой степени в сочетании с изменениями на глазном дне следует родоразрешать:
1. путем операции кесарева сечения, исходя из интересов матери
2. через естественные родовые пути
3. путем наложения акушерских щипцов
4. с обязательным исключением потуг
5. плодоразрушающей операции

Миопия средней и высокой степени является одним из показаний к кесареву сечению в связи с:
1. с возможным возникновением отслойки сетчатки
2. резким ухудшением зрительных функций
3. повышенной нагрузкой и значительными изменениями общей гемодинамики в процессе родового акта
4. с изменениями на глазном дне
5. всем вышеперечисленным

Показаниями к кесареву сечению у беременных с заболеваниями органов зрения являются:
1. осложненная быстропрогрессирующая близорукость (ежегодное ухудшение зрения на 1-2 диоптрии)
2. миопия высокой степени на единственном зрячем глазу
3. патологические изменения на глазном дне разрывы и предразрывы сетчатки
4. отек зрительного нерва и кровоизлияния на глазном дне
5. все вышеперечисленное

В целях профилактики возможных осложнений у беременных с миопией необходимы следующие мероприятия, кроме:
1. динамическое наблюдение окулиста,
2. проведение витаминотерапии, назначение препаратов кальция и ру-тина,
3. прерывание беременности не зависимо от срока
4. предупреждение и лечение позднего токсикоза
5. бережное родоразрешение— сокращение периода потуг. При высокой степени миопии, а также осложнениях - кесарево сечение

Показаниями к прерыванию беременности у женщин с миопией являются:
1. злокачественное течение миопии,
2. неблагоприятное влияние предыдущих беременностей на миопический процесс,
3. тяжелые миопические изменения обоих глаз
4. Миопия высокой степени на единственном зрячем глазу
5. Все вышеперечисленное

К изменениям органа зрения при гестозах беременных относятся:
1. ангиопатия, ретинопатия и нейроретинопатия
2. миопия и гиперметропия
3. астигматизм
4. верно 1 и 3

5. верно 1,2 и 3

К абсолютным показаниям к прерыванию беременности при миопии относятся:
1. отслойка сетчатки, обусловленная гестозом беременных
2. гипертоническая нейроретинопатия
3. тромбоз центральной вены сетчатки;
4. ретинопатия с многочисленными ватообразными очагами и кровоизлияниями
5. все вышеперечисленное

Частота предлежания и выпадения пуповины выше при:
1. преждевременных родах
2. многоводии
3. неправильном положении плода
4. при длинной пуповине
5. всем вышеперечисленном

К факторам риска выпадения пуповины относятся:
1. амниотомия при нефиксированной головке
2. многоплодная беременность
3. анатомически суженный таз и крупный плод
4. миома матки с низкой локализацией узла
5. Все вышеперечисленное

При подозрении на предлежание пуповины следует:
1. воздержаться от амниотомии
2. для снижения риска сдавления пуповины роженицу просят лежать с максимально приподнятым тазом
3. после постановки диагноза выпадения пуповины до проведения кесарева сечения применяют наполнение мочевого пузыря жидкостью (около 500 мл).
4. срочно произвести кесарево сечение
5. все вышеперечисленное

Выпадение петли пуповины наблюдается:
6. непосредственно после излитая околоплод¬ных вод, чаще при неправильном положении плода
7. чаще до начала родовой деятельности
8. чаще у первородящих
9. чаще при головном предлежании
10. чаще при доношенной беременности

Сдавление пуповины быстро приво¬дит к:
1. развитию внутриутробной гипоксии плода
2. усилению родовой деятельности
3. повышению АД роженицы
4. слабости потуг

5. преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты

Причиной выпадение пуповины является:
1 перенашивание беременности
2. патологический прелиминарный период
3. не заполнение полностью предлежащей частью плода нижнего сегмента и не примыкание её к внутреннему зеву шейки матки

4. отягощенный акушерский анамнез
5. внутриутробная гибель плода

К основным видам патологии пуповины относятся:
1. изменение длины и толщины пуповины
2. узлы и аномалии сосудов пуповины
3. нарушение прикрепления пуповины к плаценте
4. опухоли пуповины и её обвитие вокруг шеи, туловища, конечностей плода
5. все вышеперечисленное

К признакам патологии пуповины относится все, кроме:
1. повышенная или сниженная двигательная активность плода
2. нарушение сердечной деятельности плода
3. задержка развития плода
4. выраженная угроза прерывания беременности
5. появление мекония в околоплодных водах

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

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.

Причинами, вызывающими развитие крупного плода являются:
1. процесс акселерации, который проявляется уже во внутриутробном периоде
2. климатогеографические условия и наследственные факторы
3. характер питания беременных
4. нарушения углеводного обмена у беременных
5. все вышеперечисленные

К осложнениям в родах у беременных крупным плодом относятся:
1. несвоевременное излитие околоплодных вод и слабость родовой деятельности
2. акушерский травматизм у матерей и плода, большая кровопотеря в родах
3. стремительные роды
4. верно 1 и 2
5. верно 1, 2 и 3

В настоящее время самым информативным методом диагностики крупного плода считают:
1. наружное акушерское исследование
2. измерение окружности живота и измерение высоты дна матки
3. ультразвуковое сканирование
4. рентген исследование
5. определение размеров головки тазомером

У крупных новорожденных встречаются:
1. внутричерепная родовая травма
2. переломы ключиц и повреждения плечевого сплетения
3. кефалогематома
4. нарушения мозгового кровообращения
5. все вышеперечисленное

К микросимптомам поражения ЦНС у крупных новорожденных относятся:
1. мышечная гипотония
2. гипорефлексия,
3. угнетение безусловных рефлексов, в том числе сосательного
4. возбуждение
5. все вышеперечисленное

К существенным особенностям крупных новорожденных относится:
1. выраженный отечный синдром
2. потере массы, превышающей 6—7% от первоначальной
3. транзиторная лихорадка в связи с нарушением водно-минерального обмена
4. восстановление первоначальной массы к 7 — 10-му дню жизни лишь у 20% крупных новорожденных
5. все вышеперечисленное

Перечислите факторы риска рождения крупного плода:
1. избыточное питание во время беременности
2. эндокринные заболевания
3. наследственность
4. перенашивание и особенности плаценты
5. все вышеперечисленные

Чем чревато рождение крупного плод, кроме?
1. слабость родовой деятельности и несвоевременное излитие околоплодных вод
2. гипоксия плода,
3. длительный второй период родов и ситуация клинически узкого таза,
4. стремительные роды
5. увеличение риска родовых травм у рожениц

В группу риска возможного рождения крупного плода беременных включают по следующим параметрам:
1. многорожавшие женщины старше 30 лет
2. женщины, имевшие до родов массу тела более 70 кг и рост более 170 см
3. беременные с прибавкой в массе тела более 15 кг или с предшествующим рождением крупного плода.
4. больные сахарным диабетом и беременные с перенашиванием
5. по всем вышеперечисленным

К основным принципам тактики ведения беременности при крупном плоде относится все, кроме:
1. полное обследование для дифференциальной диагностики с многоводием и многоплодием
2. Определение предполагаемой массы тела плода по формулам и результатам УЗИ
3. Глюкозо-толерантный тест для исключения СД, консультация эндокринолога
4. Срочное родоразрешение

5. соблюдение беременной рациональной диеты и лечебная гимнастика.

К основным принципам тактики ведения родов при крупном плоде относится:
1. мониторный контроль состояния плода, сократительной деятельности матки и ведение партограммы;
2. повторная пельвиметрия и уточнение размеров плода
3. своевременное введение обезболивающих средств и спазмолитиков
4. внутривенное введение утеротонических средств для профилактики слабости потуг
5. своевременная диагностика функционально узкого таза и профилактика кровотечения в третьем и раннем послеродовом периоде

Показаниями к плановой операции кесарева сечения при крупном плоде являются следующие:
1. крупный плод у женщины моложе 18 и старше 30 лет, крупный плод и тазовое предлежание
2. крупный плод и переношенная беременность
3. крупный плод и любая форма и степень сужения анатомически узкого таза
4. крупный плод и отягощённый акушерский анамнез (мертворождение, невынашивание, бесплодие с использованием вспомогательных репродуктивных технологий).
5. все вышеперечисленное

Дистоция плечиков это:
1. задержка переднего плечика позади лонного сочленения после рождения головки плода
2. клиническое несоответствие плечевого пояса тазу матери
3. невозможность рождения плечиков после рождения головки плода в течение 60 с без применения специальных пособий
4. затруднённое рождение (выведение) плечиков
5. все вышеперечисленное

При дистоция плечиков возможны:
1. разрывы влагалища, промежности и шейки матки
2. послеродовые кровотечения
3. гипогалактия, агалактия
4. верно 1 и 2
5. верно 1,2 и 3

При дистоция плечиков возможны:
1. травматизм новорождённого - травма плечевого сплетения, перелом плечевой кости и ключицы
2. пневмония у новорожденного
3. паралич Эрба и Клюмпке, черепномозговая травма в 70% при задержке рождения плечиков более 7 минут
4. верно 1и 3
5. верно 1, 2 и 3

Что относится к предгравидарным факторам риска дистоции плечиков:
1. масса тела матери при её рождении
2. дистоция плечиков в анамнезе
3. крупный плод и многочисленные роды в анамнезе
4. узкий таз, ожирение у беременной

5. все вышеперечисленное

Что относится к антенатальным факторам риска дистоции плечиков?
1. чрезмерная прибавка массы тела матери за время беременности (более 20 кг)
2. крупный плод и перенашивание более 42 нед
3. гестационный сахарный диабет
4. низкий рост беременной и анатомически суженный таз
5. все вышеперечисленное

Что относится к интранатальным факторам риска дистоции плечиков?
1. вторичная слабость родовой деятельности, слабость потуг и затяжной II период родов
2. полостные акушерские щипцы
3. выраженное конфигурирование головки с образованием родовой опухоли
4. ятрогенный фактор (раннее «растуживание»)
5. все вышеперечисленное

Какова тактика при родах, осложненных дистоцией плечиков?
1. выжедательная
2. не тянуть (не производить чрезмерных тракций за головку)
3. не толкать (не стараться выдавливать плод)
4. не сгибать (не совершать чрезмерных латеральных сгибаний головки)
5. все 2, 3 и 4

Какие степени дистоции плечиков в настоящее время различают?
1. легкая
2. умеренная
3. выраженная
4. невозможность рождения плечевого пояса
5. все вышеперечисленное

Перечислите мероприятия, проводимые при дистоции плечиков:
1. рассмотреть необходимость эпизиотомии)
2. максимальное сгибание ног роженицы в тазобедренных суставах
3. помощник рукой давит над лобком дорсально или косо дорсально
4. «умывающим» движением в направлении от спинки к груди извлечь заднюю ручку плода
5. все вышеперечисленные

Назовите причины высокого прямого стояния головки:
1. нарушение соотношения размеров головки и таза (узкий таз, широкий таз)
2. недоношенность плода (малые размеры головки)
3. изменения формы таза (круглая форма входа при поперечном его сужении)
4. изменение формы головки плода (широкий плоский череп)
5. все вышеперечисленнное

Назовите факторы, способствующие возникновению низкого поперечного стояния стреловидного шва:
1. сужение таза (плоский таз, общесуженный плоский таз с умеренным сужением поперечника выхода)
2. обширность таза (широкий таз)
3. переднеголовное предлежание;

4. малые размеры головки плода (недоношенность, беременность двойней)
5. Все вышеперечисленное

Перечислите факторы, способствующие возникновению низкого поперечного стояния стреловидного шва, кроме:
1. недостаточная упругость тканей матери (тазового дна)
2. недостаточная упругость тканей и плода (связок позвоночника)
3. узкий таз (плоский таз, общесуженный плоский таз)
4. поперечносуженный таз
5. несостоятельность мышц тазового дна

При каких условиях возможны самостоятельные роды при высоком прямом стоянии стреловидного шва?
1. возможны самопроизвольные роды без совершения головкой внутреннего поворота
2. если поперечный размер таза сужен, прямые размеры нормальные или увеличены,
3. если головка обращена затылком кпереди (передний вид)
4. хорошая родовая деятельность
5. все вышеперечисленное

Какова тактика ведения родов при высоком прямом стоянии стреловидного шва в заднем виде и живом плоде?
1. провести роды через естественные родовые пути
2. самостоятельные роды с обязательной родостимуляцией
3. операция кесарева сечения, самостоятельные роды не возможны
4. плодоразрушающая операция, краниотомия
5. извлечение плода полостными щипцами

Какова тактика ведения родов при низком поперечном стоянии стреловидного шва?
1. вести роды следует выжидательно
2. при хорошей родовой деятельности и нормальных размерах таза возможны самопроизвольные роды
3. при длительном стоянии головки в плоскости выхода (до 1 ч) и показаниях со стороны плода (гипоксия) роды необходимо закончить путём наложения акушерских щипцов
4. при мёртвом плоде – краниотомия
5. все вышеперечисленное верно

Фетоплацентарная недостаточность-это синдром, обусловленный морфофункциональными изменениями в:
1. плаценте
2. миометрии
3. пуповине
4. эндометрии
5. шейке матке

Фетоплацентарная недостаточность-это сложная реакция:
1. плода и плаценты на различные патологические состояния материнского организма
2. плода на различные патологические состояния материнского организма
3. планценты на различные патологические состояния материнского организма
4. матки на различные патологические состояния материнского организма
5. пуповины на различные патологические состояния материнского организма

Для фетоплацентарнай недостаточности характерно (исключить неверное):
1. размеры матки не соответствуют сроку гестации (меньше)
2. внутриутробная гипотрофия плода
3. нарушение функциональной активности плода
4. повышение перинатальной заболеваемость и смертности
5. размеры матки больше соответствующего срока гестации

Первичная плацентарная недостаточность возникает (исключить неверное):
1. при формировании плаценты в период плацентации
2. до 16 нед беременности
3. после 22 нед беременности
4. под влиянием генетических факторов
5. у курящих матерей

Вторичная плацентарная недостаточность возникает (исключить неверное):
1. после 16 нед беременности
2. на фоне сформировавшейся плаценты
3. до 16 нед беременности
4. под влиянием факторов, исходящих от матери
5. при наличии у матери экстрагенитальной патологии

Острая плацентарная недостаточность-это быстро нарастающее нарушение децидуальной перфузии, характерное для:
1. преждевременной отслойки плаценты
2. задержки в/у развития плода
3. переношенной беременности
4. преждевременных родов
5. желтухи плода

Для хронической плацентарной недостаточности характерно (исключить неверное):
1. длительное течение
2. наличие компенсаторных реакций в плаценте
3. задержка развития в/у плода
4. нарушение трофической функции плаценты
5. многоводие

Для хронической плацентарной недостаточности характерно (исключить неверное):
1. длительное течение
2. наличие компенсаторных реакций в плаценте
3. в/у гипоксия плода
4. нарушение трофической функции плаценты
5. многоводие

Снижение плацентарного кровотока происходит вследствие(исключить неверное):
1. уменьшения притока крови к плаценте
2. затруднения венозного оттока крови из плаценты
3. нарушения капилярного кровотока в ворсинах хориона
4. изменения реологических и коагуляционных свойств крови
5. преждевременных родов

Основным клиническим проявлением хронической фетоплацентарной недостаточности является
1. задержка в/у развития плода
2. изоиммунизация
3. отеки беременных
4. анемия беременных
5. варикозное расширение вен нижних конечностей

Проявления плацентарной недостаточности зависят от (исключить неверное):
1. нарушений в самой плаценте
2. соматической патологии матери
3. акушерской патологии матери
4. состояния в/у плода
5. группы крови матери

Реакция системы мать-плацента-плод зависит от каждого из инициаторов патологического состояния, т.е. от (исключить неверное):
1. нарушений в самой плаценте
2. соматической патологии матери
3. акушерской патологии матери
4. состояния в/у плода
5. группы крови мужа

Клиническим проявлением нарушения трофической функции плаценты является:
1. задержка в/утробного развития плода
2. гипоксия в/у плода
3. изоиммунизация
4. в/у инфекция плода
5. затяжные роды

Клиническим проявлением нарушения функции газообмена плаценты является:
1. задержка в/утробного развития плода
2. гипоксия в/у плода
3. изоиммунизация
4. в/у инфекция плода
5. затяжные роды

Для симметричной формы задержки в/утробного развития плода характерно:
1. пропорциональное отставание массы тела и длины плода
2. отставание массы тела при нормальной длине плода
3. неравномерное развитие отдельных органов и систем плода
4. отставание в развитии живота и грудной клетки
5. нормальные размеры головки

Для асимметричной формы задержки в/утробного развития плода характерно (исключить неверное):
1. пропорциональное отставание массы тела и длины плода
2. отставание массы тела при нормальной длине плода
3. неравномерное развитие отдельных органов и систем плода
4. отставание в развитии живота и грудной клетки
5. непропорциональное развитие

Для симметричной формы задержки в/утробного развития плода характерно (исключить неверное):
1. развитие с ранних сроков беременности
2. все органы плода равномерно уменьшены
3. неправильное питание матери
4. генетическая предрасположенность
5. непропорциональное развитие

Достоверным методом диагностики ЗВУР является:
1. несоответствие (на 2 нед и более) величины БПР головки плода гестационному сроку по данным УЗИ
2. нестрессовая КТГ
3. измерение окружности живота
4. исследование амниотической жидкости
5. стрессовая КТГ

Патогенетическая терапия ЗВУР основана на (исключить неверное):
1. достоверной диагностике
2. лечении основной патологии беременности, если это возможно
3. лечение сопутствующих экстрагенитальных заболеваний
4. предпочтительны роды через естественные родовые пути
5. только оперативное родоразрешение

Основным методом антенатальной диагностики ЗВУР является:
1. оценка гравидограммы
2. нестрессовая КТГ
3. измерение окружности живота
4. исследование амниотической жидкости
5. стрессовая КТГ

Достоверными мерами профилактики ЗВУР является(исключить неверное):
1. заполнение гравидограммы
2. отказ от курения
3. отказ от приема наркотиков
4. УЗИ в сроке беременности 18-24нед
5. проведение стрессовой и нестрессовой КТГ

Инфекция хирургической акушерской раны-это (исключить неверное):
1. осложнение после операции кесарева сечения
2. воспаление швов на матке
3. инфицирование брюшины
4. инфицирование передней брюшной стенки
5. инфицирование швов на промежности

Ранний акушерский 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

Перитонит на фоне длительного пареза кишечника-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

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

Факторы риска возникновения акушерского перитонита (исключить неверное):
1. воспалительные заболевания женских половых органов
2. пролонгированные роды
3. длительный безводный период
4. хронические экстрагенитальные очаги инфекции
5. зеленые о/п воды

Факторы риска возникновения акушерского перитонита (исключить неверное):
1. гипертензивные нарушения беременности
2. иммунодефицит
3. длительный безводный период
4. патологическая кровопотеря в родах
5. зеленые о/п воды

Клинические критерии диагностики акушерского перитонита (исключить неверное):
1. микробиологическое событие
2. местная воспалительная реакция
3. признаки дисфункции желудочно-кишечного тракта
4. температура тела больше 380 С или меньше 360 С
5. задержка в/у развития плода

Клинические критерии диагностики акушерского перитонита (исключить неверное):
1. микробиологическое событие
2. местная воспалительная реакция
3. признаки дисфункции желудочно-кишечного тракта
4. синдром системного воспалительного ответа
5. задержка в/у развития плода

Синдром системного воспалительного ответа характеризуется 2 или более нижеперечисленными признаками (исключить лишнее):
1. температура тела больше 380 с или меньше 360 с
2. задержка в/у развития плода
3. ЧСС более 90/ мин

4. ЧД более 20/мин
5. лейкоциты крови более 12×109/мл, менее 4×109/мл или незрелых форм более 10%

Необходимые лабораторно-инструментальные методы исследования при акушерском перитоните(исключить лишнее):
1. общий анализ крови
2. время свертывания крови по Ли-Уайту
3. гемостазиограмма (по возтожности)
4. креатинин сыворотки крови
5. Hbs-a/г

Необходимые лабораторно-инструментальные методы исследования при акушерском акушерском перитоните (исключить лишнее):
1. бактериологический посев крови на высоте лихорадки
2. электролиты
3. билирубин, АЛТ, АСТ
4. белок и белковые фракции
5. Hbs-a/г

Клинические признаки позднего перитонита после кесарева сечения (исключить неверное):
1. развивается на 4-9 сутки после операции
2. умеренный лейкоцитоз
3. симптомы раздражения брюшины неярко выражены
4. парез кишечника нарастает постепенно
5. развивается на 1-2 сутки после операции

Клинические признаки раннего перитонита после кесарева сечения (исключить неверное):
1. развивается на 4-9 сутки после операции
2. выраженный лейкоцитоз
3. симптомы интоксикации выражены
4. парез кишечника выражен
5. развивается на 1-2 сутки после операции

Клинические признаки перитонита после кесарева сечения на фоне длительного пареза кишечника (исключить неверное):
1. развивается на 3- 4 сутки после операции
2. выраженная токсическая зернистость нейтрофилов
3. симптомы раздражения брюшины не выражены
4. парез кишечника не выражен
5. выраженные симптомы интоксикации

Строгая последовательность лечебных мероприятий при акушерском перитоните должена быть следующей:
1. инфузионная, а/бактериальная, специфическая терапия
2. а/бактериальная терапия, инфузионная терапия, специфическая терапия
3. специфическая, инфузионная, а/бактериальная терапия
4. инфузионная, специфическая, а/бактериальная
5. а/бактериальная, специфическая, инфузионная

Инфузионная терапия акушерского перитонита состоит
из:
1. в/в введение раствора натрия хлорида 0,9% 500-3000 мл под контролем А/Д, ЦВД, почасового диуреза

2. в/в введение плазмы
3. в/в введение эр-массы
4. в/в введение полиглюкина
5. в/в введение реополиглюкина

Специфическая терапия акушерского перитонита-это:
1. гепарин по схеме
2. в/в введение плазмы
3. в/в введение эр-массы
4. в/в введение полиглюкина
5. в/в введение реополиглюкина

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

Клинические критерии п/родового эндомиометрита(исключить неверное):
1. анамнез
2. местная воспалительная реакция
3. вздутие кишечника
4. ЧСС более 90/мин
5. 60 дней послеродового периода

Клинические критерии п/родового эндомиометрита(исключить неверное):
1. субинволюция матки
2. болезненность при пальпации вдоль ребер матки
3. ЧД более –20/мин
4. ЧСС более 90/мин
5. 60 дней послеродового периода

Инфузионная терапия п/родового перитонита:
1. в/в введение раствора натрия хлорида 0,9% 500-1000 мл
2. в/в введение плазмы
3. в/в введение эр-массы
4. в/в введение полиглюкина
5. в/в введение реополиглюкина

Санация первичного очага при п/родовом эндомиометрите:
1. вакуум-аспирация только при подтвержденном диагнозе наличия остатков плацентарной ткани
2. промывание полости матки растворо фурациллина
3. внутриматочный а/б диализ
4. внутриматочное введение а/б
5. кюретаж полости матки

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

Критерии излеченности послеродового/послеоперационного эндомиометрита (исключить неверное):
1. отсутствие признаков интоксикации
2. инволюция матки
3. нормальный характер лохий
4. нормализация показателей крови
5. периодический подъем температуры тела до субфебрильных цифр

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

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

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

Критерии хориоамнионита (исключить неверное):
1. повышение температуры тела выше 37,80 С
2. ЧСС у матери 100/мин и более
3. ЧСС плода более 160/мин
4. выделения из влагалища мутные с запахом
5. безводный промежуток 24 часа

Критерии хориоамнионита (исключить неверное):
1. повышение температуры тела выше 37,80 С

2. ЧСС у матери 100/мин и более
3. ЧСС плода более 160/мин
4. лейкоциты крови более 15×109/мл
5. безводный промежуток 12 часов

Лечение хориоамнионита при удовлетворительном состоянии в/у плода (исключить неверное):
1. а/б терапия в родах
2. индукция родов
3. пролонгирование беременности
4. ведение родов через естественные родовые пути
5. а/б терапия в п/родовом периоде

Лечение хориоамнионита при наличии дистресса плода (исключить неверное):
1. а/б терапия в родах
2. кесарево сечение
3. объем оперативного вмешательства ограничен только кесаревым сечением
4. хориомнионит является противопоказанием для кесарева сечения
5. а/б терапия в п/операционном периоде

Критерии синдрома полиорганной недостаточности (органная дисфункция) (исключить неверное):
1. нарушение сознания: по шкале Глазго <14 баллов
2. гипоксемия: PaO2<75 мм рт ст
3. метаболический или лактат ацидоз
4. диурез<30 мл/час
5. сознание не нарушено

Критерии синдрома полиорганной недостаточности (органная дисфункция) (исключить неверное):
1. нарушение сознания: по шкале Глазго <14 баллов
2. снижение числа тромбоцитов на 25% и более
3. увеличение протромбинового времени на 20%
4. диурез<30 мл/час
5. сознание не нарушено

Клинические критерии тяжелого сепсиса (исключить неверное):
1. нет полиорганной недостаточности нет
2. микробиологическое событие
3. два или более признаков синдрома системного воспалительного ответа
4. клиническое подтверждвение инфекции
5. полиорганная недостаточность

Клинические критерии септического шока (исключить неверное):
1. нарушение сознания
2. снижение А/Д менее 90 мм рт ст
3. респараторный дистресс-синдром взрослых
4. поражение почек-необходимость проведения гемодиализа
5. сознание не нарушено

Клинические критерии септического шока (исключить неверное):
1. снижение А/Д менее 90 мм рт ст

2. частота дыхания < 5 или > 40/мин
3. поражение печени: желтуха
4. поражение почек-необходимость проведения гемодиализа
5. сознание не нарушено

Клиника фазы теплой нормотонии септического шока (исключить неверное):
1. термическая реакция с ознобом
2. гиперемия и гипертермия кожных покровов
3. тахикардия
4. стабильное А/Д
5. кожа холодная на ощупь, мраморная

Клиника фазы теплой нормотонии септического шока (исключить неверное):
1. термическая реакция с ознобом
2. гиперемия и гипертермия кожных покровов
3. тахикардия
4. снижение А/Д
5. тахипноэ

Клиника фазы холодной гипотонии септического шока (исключить неверное):
1. сосудистый спазм
2. гиперемия и гипертермия кожных покровов
3. тахикардия
4. снижение А/Д, не устраняющееся инфузионной терапией
5. тахипноэ

Алгоритм инфузионной терапии при септическом шоке на первичном уровне (исключить неверное):
1. в/в введение раствора натрия хлорида 0,9% 1000-2000 мл со скоростью 1000 мл/20 мин
2. после введения нагрузочной дозы раствора натрия хлорида 0,9%, инфузия продолжается со скоростью 500 мл/30 мин
3. инфузионная терапия продалжается, пока А/Д остается ниже 90 мм рт ст
4. вводимые растворы должны быть подогреты до 35-360С
5. после стабилизации А/Д не переводить на третичный уровень

Лечение септического шока на первичном уровне (исключить неверное):
1. увлажненный кислород
2. катетеризация двух локтевых вен
3. инфузионная терапия
4. А/Б терапия
5. трансфузия эритроцитарной массы

Патологический лактостаз-это:
1. равномерное нагрубание и болезненность молочных желез на фоне подъема температуры тела до 38,50 С
2. локальная болезненность участка молочной железы
3. локальное покраснение и уплотнение участка молочной железы
4. лихорадочное состояние сопровождается ознобом
5. изолированный округлый инфильтрат

Флегманозный мастит-это:

1. равномерное нагрубание и болезненность молочных желез на фоне подъема температуры тела до 38,50 С
2. локальная болезненность участка молочной железы
3. локальное покраснение и уплотнение участка молочной железы
4. обширное диффузное гнойное поражение молочной железы
5. изолированный округлый инфильтрат

Инфильтративная форма мастита-это:
1. равномерное нагрубание и болезненность молочных желез на фоне подъема температуры тела до 38,50 С
2. локальная болезненность участка молочной железы
3. локальное покраснение и уплотнение участка молочной железы
4. обширное диффузное гнойное поражение молочной железы
5. изолированный округлый инфильтрат

Диффузная форма инфильтративно-гнойного мастита-это
1. равномерное нагрубание и болезненность молочных желез на фоне подъема температуры тела до 38,50 С
2. гнойное пропитывание тканей без явного абсцедирования
3. локальное покраснение и уплотнение участка молочной железы
4. обширное диффузное гнойное поражение молочной железы
5. изолированный округлый инфильтрат

Алгоритм лечения мастита(исключить неверное):
1. бактериологическое исследование молока
2. а/б терапия
3. антигистаминные препараты
4. подавление лактации
5. продолжить грудное вскармливание

Профилактика п/родового мастита-это
1. поддержка исключительно грудного вскармливания
2. обработка молочных желез перед кормлением
3. мытье молочных желез перед кормлением
4. обработка сосков после каждого кормления мазями
5. почасовое грудное кормление

Профилактика п/родового мастита-это
1. правильная техника прикладывания к груди
2. обработка молочных желез перед кормлением
3. мытье молочных желез перед кормлением
4. обработка сосков после каждого кормления мазями
5. почасовое грудное кормление

Нормальная длина пуповины у зрелого плода составляет около:
1. 50 см
2. 60 см
3. 70 см
4. 40 см
5. 30 см

Длинной пуповиной считается пуповина длиной более:

1. 50 см
2. 60 см
3. 70 см
4. 40 см
5. 30 см

Абсолютно короткой называется пуповина длиной менее:
1. 50 см
2. 60 см
3. 70 см
4. 40 см
5. 30 см

Относительно короткой называется пуповина:
1. обычной длины, укоротившейся вследствие обвития
2. длиной 40 см
3. отечная
4. длиной 20 см
5. с ложным узлом

К аномалиям пуповины относится (исключить лишнее):
1. истинный узел
2. ложный узел
3. короткая пуповина
4. длинная пуповина
5. добавочная долька в плаценте

Критерии выпадения пуповины (исключить лишнее):
1. петли пуповины - за пределами наружнего зева
2. петли пуповины ниже предлежащей части
3. петли пуповины во влагалище
4. плодный пузырь цел
5. петли пуповины вне половой щели

Критерии выпадения пуповины (исключить лишнее):
1. петли пуповины - за пределами наружнего зева
2. петли пуповины ниже предлежащей части
3. петли пуповины во влагалище
4. о/п воды излились
5. петли пуповины выше предлежащей части

Критерии предлежания пуповины (исключить лишнее):
1. с/б плода удовлетворительное
2. петли пуповины ниже предлежащей части
3. шейка матки сглажена
4. о/п воды целы
5. петли пуповины выше предлежащей части

Критерии предлежания пуповины (исключить лишнее):
1. с/б плода удовлетворительное
2. петли пуповины ниже предлежащей части
3. шейка матки сглажена

4. о/п воды целы
5. петли пуповины вне половой щели

Варианты прикрепления пуповины к плаценте (исключить лишнее):
1. центральное
2. боковое
3. краевое
4. оболочечное
5. истинное

Варианты прикрепления пуповины к плаценте (исключить лишнее):
1. центральное
2. боковое
3. краевое
4. оболочечное
5. неполное

К аномалиям развития сосудов пуповины относятся (исключить лишнее):
1. наличие третьей артерии
2. два раздельных сосудистых пучка
3. аневризма
4. атипичные анастамозы
5. выпадение петель пуповины

К аномалиям развития сосудов пуповины относятся (исключить лишнее):
1. наличие третьей артерии
2. два раздельных сосудистых пучка
3. истинный узел
4. ложный узел
5. предлежание петель пуповины

Показание для операции кесарева сечения при аномалиях пуповины:
1. обвитие пуповины вокруг туловища
2. обвитие пуповины вокруг шеи
3. выпадение петель пуповины при неподготовленных родовых путях
4. относительно короткая пуповина
5. при наличии ложного узла

Показание для операции кесарева сечения при аномалиях пуповины:
1. обвитие пуповины вокруг туловища
2. обвитие пуповины вокруг шеи
3. предлежание петель пуповины и неудовлетворительное состояние в/у плода
4. относительно короткая пуповина
5. при двухкратном обвитии пуповины вокруг шеи

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

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

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

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

Чаще всего многоводие наблюдается при (исключить лишнее):
1. аномалиях развития плода
2. инфекциях
3. при изосенсибилизации по резус-фактору
4. многоплодной беременности
5. абсолютно короткой пуповине

Чаще всего многоводие наблюдается при (исключить лишнее):
1. аномалиях развития плода
2. вирусных заболеваниях
3. при изосенсибилизации по резус-фактору
4. многоплодной беременности
5. относительно короткой пуповине

Тактика ведения беременности при многоводии при удовлетворительном состоянии матери и в/у плода:
1. ведение до доношенного срока гестации
2. преждевременное родоразрешение
3. допплерометрия каждые 7 дней
4. УЗИ каждые 7 дней
5. амниоцентез

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

Причины маловодия:

1. пороки развития плода.
2. обвитие пуповины вокруг шеи
3. обвитие пуповины вокруг туловища
4. предлежание петель пуповины
5. выпадение петель пуповины

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.

Методы диагностики многоводия (исключить лишнее):
1. УЗИ
2. наружний акушерский осмотр
3. гравидограмма
4. взвешивание
5. доплерометрия

Лечение маловодия при отсутствии пороков развития плода (ислкючить неверное):
1. а/б терапия
2. амниоинфузия при признаках компрессии пуповины
3. прерывание беременности
4. кесарево сечение
5. нет лечения

Резус-фактор – это (исключить неверное):
1. дополнительный фактор крови
2. содержится в строме эритроцитов
3. связан с полом и возрастом
4. передается по наследству
5. люди, имеющие этот фактор, являются Rh-положительными

Механизм изоиммунизации (исключить неверное):
1. попадание Rh-положительной крови плода в организм матери, не имеющий данного антигена (Rh-отрицательная кровь)
2. образование у Rh-отрицательной матери специфических резус-антител
3. антитела матери проникают в кровь Rh-положительного плода и разрушают его эритроциты
4. развивается в/у анемия
5. развивается в/у желтуха

Резус-положительные клетки плода поступают в кровоток матери во время (исключить неверное):
1. родоразрешения Rh-положительным ребенком
2. родоразрешения Rh-отрицательным ребенком
3. кесарева сечения
4. ручного отделения плаценты
5. медицинского аборта

Анти-D иммуноглобулин:

1. надежно нейтрализует антигенную активность резус-положительных красных клеток
2. лечит ХФПН
3. лечит ЗВУР
4. лечит анемию беременных
5. лечит гемолитическую болезнь новорожденного

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

Профилактика резус-изоиммунизации во время беременности состоит из (исключить неверное):
1. обследование на титр а/тел в сроке 27 нед
2. нет а/тел, необходимо назначить анти-D-иммуноглобулин
3. титр а/тел повышен, необходимо назначить анти-D-иммуноглобулин
4. профилактика резус-изоиммунизации показана при любой форме маточного кровотечения
5. профилактика резус-изоиммунизации во время беременности проводится в сроке 28 нед беременности

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

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

Профилактику резус-изоиммунизации после родоразрешения проводят (исключить неверное):
1. родильнице, родившей Rh-положительного ребенка
2. родильнице, родившей Rh-отрицательного ребенка
3. родильнице, родившей Rh-положительную двойню
4. родильнице, родившей Rh-положительную тройню
5. родильницу, у которой Rh-отрицательный супруг

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)

Лечение резус-изоиммунизации:
1. преждевременные роды, до того, как плод будет будет серьезно поражен
2. прием викасола по 0,015 г 3 раза в день, 10 дней
3. прием витамина В12 по 200 мкг 1 раз в день 10 дней
4. преднизолон по 0,005 г 1 раз в день 21 день
5. анти-D иммуноглобулин

Скрининг резус-изоиммунизации включает (исключить неверное):
1. обследование на Rh-принадлежность в ранние сроки беременности
2. обследование на титр а/тел в сроке 27 нед
3. обследование на Rh-принадлежность мужа
4. тщательно собранный анамнез о предыдущих беременностях
5. обследование на титр а/тел 1раз в месяц

К группе риска по несовместимости по АВО-системе относится беременная с группой крови:
1. О
2. А
3. В
4. АВ
5. нет риска

Гемолитическая болезнь новорожденного не возможна у ребенка, имеющую группу крови:
1. О
2. А
3. В
4. АВ
5. не возможна

Скрининг во время беременности при взятии на учет (исключить неверное):
1. мазок на онкоцитологию
2. осмотр шейка в зеркалах
3. проведение кольпоскопии
4. изучение анамнеза
5. мазок на флору

Беременную с раком ш/матки наблюдает:
1. врач ГСВ
2. акушер-гинеколог
3. терапевт
4. онколог
5. совместное ведение акушер-гинеколога и онколога

Метод родоразрешения при раке ш/матки:
1. роды через естественные родовые пути
2. только оперативное родоразрешение
3. начало родовой деятельности предоставить самостоятельному течению
4. ведение родов, как физиологические роды

5. ведение родов, как патологические

Ведение беременности при раке яичника:
1. решить вопрос о пролонгировании беременности совместно с онкологом и женщиной
2. прерывание беременности
3. пролонгирование беременности
4. продолжение химиотерапии
5. продолжение лучевой терапии

Метод родоразрешения при раке яичика:
1. кесарево сечение, если опухоль блокирует родовые пути
2. начало родовой деятельности предоставить самостоятельному течению
3. ведение родов, как физиологические роды
4. ведение родов, как патологические
5. начало родовой деятельности предоставить самостоятельному течению, с обязательным последующем кесарево сечения

Ведение беременности при раке молочной железы:
1. решить вопрос о пролонгировании беременности совместно с онкологом и женщиной
2. прерывание беременности
3. пролонгирование беременности
4. продолжение химиотерапии
5. продолжение лучевой терапии

Метод родоразрешения при раке молочной железы:
1. метод родоразрешения после совместного консилиума с онкологом
2. начало родовой деятельности предоставить самостоятельному течению
3. ведение родов, как физиологические роды
4. ведение родов, как патологические
5. начало родовой деятельности предоставить самостоятельному течению, с последующим кесаревым сечением

Беременную с раком тела матки наблюдает:
1. врач ГСВ
2. акушер-гинеколог
3. терапевт
4. онколог
5. совместное ведение акушер-гинеколога и онколога

Возможность пролонгировать беременность при раке тела матки решает:
1. онколог, совместно с пациентом
2. акушер-гинеколог
3. онколог и акушер-гинеколог
4. терапевт
5. врач ГСВ

Блок В

В.0 Варианты заданий на выполнение РГЗ, РПР приведены: ссылка на источники, указанные в списках основной и дополнительной литературы в рабочей программе

В.1 Типовые задачи:

Задача №1. Повторнобеременная 30 лет, поступила по направлению по поводу гестоза в сроке беременности 32—33 недели. Страдает нейроциркуляторной дистонией по гипертоническому типу. АД 140/80 и 115/85 мм рт ст. Отеки голеней и передней брюшной стенки. Об. анализ крови: ЭР $5x10^{12}$/л, НВ 130 г/л, ЦП 0,9, Ht 42%, ТЦ $145x10^{9}$/л. В об. ан. мочи протеинурия 0,1 г/л.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №2. Роженица 30 лет, поступила в роддом по поводу начавшейся родовой деятельности. Роды в срок. АД 140/90 и 130/80 мм рт ст. Схватки регулярные, средней силы. Отеки голеней. Открытие шейки матки 3 см. В общем анализе мочи протеинурия 0.033 г/л.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №3. Роженица 22 лет, доставлена бригадой скорой помощи из дома с жалобами на головную боль, тошноту, мелькание "мушек" перед глазами. АД 180/100 мм рт ст. Моча по катетеру мутная. При осмотре появились мелкие судорожные подергивания мышц лица, конечностей.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №4. Беременная Н, 29 лет, поступила в 34-35 недель гестации по направлению. Данная беременность первая. Состоит на учете с 10 недель беременности. С 29 недель отмечает повышение А\Д до 130/90 - 140/90 мм рт ст. Из сопутствующей патологии - хронический пиелонефрит с ремиссией в течение 5 лет. При поступлении активных жалоб не предъявляет. А/Д 150/100 мм рт.ст. на обеих руках. Матка в нормальном тонусе, ВДМ 34 см, ОЖ 94 см. Предлежит головка плода, над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное ритмичное, слева от пупка. Отеки голеней, бедер. Белок мочи - 0,9 г/л.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №5. В женскую консультацию обратилась первобеременная 28 лет с жалобами на слабое шевеление плода в течение 2-х дней. Срок беременности 36 недель. Дно матки между пупком и мечевидным отростком (30см над лоном), сердцебиение плода глухое, ритмичное. АД - 155/95 мм. рт. ст. Цифры АД при взятии на учет (11 недель) - 140/90 мм. рт. ст. Повышение АД отмечает с 25 лет по поводу чего не обследовалась.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №6. В акушерскую клинику доставлена первородящая женщина с жалобами на головную боль, головокружение, мелькание "мушек" перед глазами. При осмотре: общее состояние тяжелое, заторможена. Артериальное давление 160/100 и 170/110 мм Hg. Пульс 88 в мин. Матка соответствует 35 неделям беременности, сердцебиение плода 140 ударов в мин. Отечность стоп, голеней, кистей, передней брюшной стенки. Готовность родовых путей оценена в 10 баллов.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №7. Беременная 29 лет, доставлена в акушерскую клинику машиной «скорой помощи» с жалобами на интенсивные боли в мезогастрии в течение часа. На диспансерном учете по беременности не состоит. Данная беременность II. I завершилась самопроизвольным выкидышем в 6 недель. Из сопутствующей патологии отмечает повышение артериального давления до 140/100 мм Hg в течение 8 лет. Не лечилась. Дату начала последней менструации назвать затрудняется. При поступлении: артериальное давление 150/100 мм Hg на обеих руках. Матка соответствует 33 неделям беременности, болезненна при осмотре в правых отделах, в гипертонусе. Сердцебиение плода 90 уд/мин. Отеки голеней. Готовность родовых путей 12 баллов. Общий анализ мочи: р 1015, лейкоциты 2-4 п/зр, эритроциты 2-3 п/зр, белок 1 г/л., эпителий +.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №8. В родильный дом поступила беременная Д., 26 лет, по поводу повышенного артериального давления, патологической прибавки массы тела. Жалоб не предъявляет. Беременность 3-я: 1-я беременность закончилась нормальными родами 3 года назад; 2-я беременность закончилась медицинским абортом в сроке беременности 7-8 недель, без осложнений. 3-я беременность, настоящая, протекала без осложнений. В течение последних двух недель отмечалась патологическая прибавка массы тела. Соматически здорова. Менструальная функция не нарушена. Гинекологические заболевания отрицает. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД=140/90, 145/95 мм рт.ст. PS=78 уд. в 1 мин., ритмичный. Кожные покровы обычной окраски. Положение плода продольное, головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд. мин. Отмечаются отеки нижних конечностей. Белок в моче - 0,033 г/л.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №9. В родильный дом доставлена машиной "скорой помощи" первобеременная 24 года. Беременность недоношенная 35недель. В течение 2 часов отмечает, боли в эпигастральной области, тошноту, головную боль. При осмотре наблюдаются фибриллярные подергивания мимических мышц, АД 160/110 мм рт. ст. Пастозность лица и поясничной области. При влагалищном исследовании обнаружена "незрелая" шейка матки, головное предлежание.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №10. В родильный дом поступила первобеременная 20 лет со сроком беременности 38 нед. Отмечает прибавку в весе 2 кг за последние 2 недели, отмечаются отёки верхних и нижних конечностей, повышение АД до 140/90 мм рт.ст. При обследовании обнаружено: в анализе мочи содержание белка 0,99 г/л. После 4 часов наблюдения АД остаётся повышенным 150/95. Частота сердечных сокращений плода 145 уд/мин. При влагалищном исследовании обнаружена "зрелая" шейка матки, головное предлежание.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №11. В родильный дом поступила повторнобеременная 26 лет со сроком беременности 28 недель. Отмечает повышение АД до 140/90 мм рт.ст. в течении недели. При обследовании обнаружено: в анализе мочи содержание белка abs. После 4 часов наблюдения АД остаётся повышенным 140/90. В анамнезе имеется отягощенный наследственный фон- у матери гипертоническая болезнь, пациентка указывает, что после первых родов неоднократно стала отмечать транзиторное повышение АД.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №12. В родильный дом доставлена машиной "скорой помощи" первобеременная 27 лет. Беременность доношенная 40недель. В течение 3 часов отмечает заложенность носа, мелькание «мушек» перед глазами, головную боль, тошноту. При осмотре отмечается повышение АД 160/110 мм рт. ст., пастозность лица и поясничной области. В анализе мочи содержание белка 2г/л. Отмечается отставание в развитии плода, внутриутробная гипоксия плода. При влагалищном исследовании обнаружена "незрелая" шейка матки, ягодичное предлежание.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №13. На улице у беременной произошел приступ клонико-тонических судорог.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №14. В роддом поступила первородящая 24 лет. В течение нескольких дней-головная боль, плохое самочувствие. До появления жалоб чувствовала себя здоровой. При осмотре: отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки. При кипячении мочи-большой хлопьевидный осадок. Артериальное давление 180/100 мм. рт. ст. Наружное исследование: тазовое предлежание, схватки через 4-5 минут, с/б плода слева, выше пупка, 140 уд. в минуту. Размеры таза: 25-28-31-20см. Влагалищное исследование: открытие полное, плодный пузырь цел, слева и спереди прощупывается левая ножка. Задняя поверхность лона и крестцовая впадина свободны. При проведении влагалищного исследования появились судороги, продолжавшиеся 3-4 мин., с потерей сознания.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №15. В родильный дом доставлена роженица, срок беременности 38-39 нед., с хорошей родовой деятельностью, начавшейся 6 ч. тому назад. При поступлении: жалобы на головную боль, боли в подложечной области и пелену перед глазами. При осмотре отмечается пастозность лица, нижние конечности отечны. Температура 37*С. Пульс- 84 уд. в мин., ритмичный, напряженный. АД- 185/110 мм. рт. ст. Вскоре после поступления начались потуги. Таз: 24-27-30-18.5 см. Сердцебиение плода слева, ниже пупка, 134 уд. В мин., ритмичное. Потуги по 30-35 сек., через 3-4 мин. При попытке произвести влагалищное исследование возник припадок, сопровождающийся судорогами и потерей сознания. Данные влагалищного исследования: открытие зева полное, плодный пузырь цел, головка в широкой части полости малого таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева и спереди.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №16. Первородящая 29 лет, поступила в родильный дом с хорошими схватками по 35-40 сек., через 3-5 мин. При осмотре: незначительные отеки голеней и брюшной стенки. АД- 135/90 мм. рт. ст. Таз: 25-28-31-20 см. Окружность живота- 112 см. Положение плода продольное, с/б- 140 уд. в мин., приглушенное, слева, ниже пупка. Предлежащая часть четко не определяется. При поступлении отошли воды в обильном количестве. Влагалищное исследование: открытие зева полное, плодного пузыря нет, предлежит головка, опустившаяся на дно малого таза. Стреловидный шов в прямом размере выхода таза, малый родничок спереди. Через 8 мин. родился плод, массой 2580г, длиной 47см. После рождения первого плода, обнаружен второй плод в поперечном положении. Головка расположена слева. С/б плода на уровне пупка, 138 уд. в мин., ритмичное.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №17. Повторнобеременная 39 лет поступила по поводу острых болей в животе и незначительных кровянистых выделений из влагалища, возникших час назад. Беременность пятая. Предшествующие четверо родов протекали без осложнений. Последние роды были 5 лет назад. В последние две недели беременности отмечались отеки на ногах. АД- 170/100 мм. рт. ст. Белок в моче. Данные исследования: температура- 36*С, пульс- 100 уд. в мин. Матка неправильной формы, при ощупывании напряжена, болезненна. Положение плода из-за напряжения матки определить не удается. Сердечные тоны плода не выслушиваются, из влагалища- кровянистые выделения. Зев матки закрыт, через своды определяется головка. Больная бледная, беспокойная, мечется. Жалуется на головную боль, временами впадает в обморочное состояние. Пульс- 100 уд. в мин., мягкий, слабого наполнения.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №18. В роддом поступила женщина на третьи роды. У роженицы отмечаются отеки. АД - 180/100 мм рт ст. В анализе мочи – 2% белка. От начала родовой деятельности

прошло 8 часов. Воды не отходили. Предлежит головка, находящаяся в широкой части полости малого таза. Открытие зева полное. Внезапно роженица побледнела, появилась рвота и сильные распирающие боли внизу живота. Пульс- 100 уд. в мин., мягкий. Матка приняла асимметричную форму за счет выпячивания ее левого угла, пальпация матки болезненна. С/б плода глухое, 90 уд. в мин., аритмичное. Наружного кровотечения нет.

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №19. Первородящая 25 лет, поступила в родильное отделение с регулярными схватками. В течение двух недель отмечаются отеки нижних конечностей. Родовая деятельность началась 6 часов тому назад, появилась головная боль. АД- 170/100- 160/90 мм.рт.ст. Беременность доношенная. Положение плода продольное. Головка малым сегментом во входе в малый таз. С/б плода ясное, ритмичное, 140 уд. в мин., слева, ниже пупка. Схватки через 5-6 мин., по 35-40 сек., регулярные. Воды не изливались. 10 мин. назад возникли резкие боли внизу живота, матка стала асимметричной, болезненной при пальпации. В области правого угла матки определяется выпячивание, из половых органов появились кровянистые выделения. С/б плода стало приглушенным, 160 уд. в мин

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №20. Первородящая 23 лет поступила в родильное отделение. Беременность I, протекала без осложнений. Во время течения беременности чувствовала себя хорошо. В последнюю неделю появились отеки на ногах. За всю беременность прибавила в весе 14 кг. При осмотре: самочувствие удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Срок беременности-36 нед. С/б плода- 140 уд. в мин., ясное, ритмичное. Имеются отеки голеней. АД- 160/90 мм. рт. ст. В моче- 1.65% белка

Диагноз. Тактика Принципы терапии.

Задача №22 Многорожавшая. Два года назад перенесла кесарево сечение по поводу предлежания плаценты. Настоящая беременность доношенная. Окружность живота 100 см. Головка плода крупных размеров. Сердцебиение плода ясное. 12 часов назад отошли околоплодные воды воды. Полное открытие в течение нескольких часов. Родовая деятельность продолжала оставаться хорошей. В течение последнего времени роженица умоляла о помощи. На высоте одной из очередных потуг она внезапно успокоилась. Роженица бледная, покрыта холодным потом. Пульс 110 ударов в 1 минуту, слабого наполнения. Из половых путей появились кровянистые выделения. Сердцебиение плода не прослушивается.

Что произошло? Какая нужна помощь?

Задача №23 Роженице 40 лет. В анамнезе 1 роды и 3 аборта. После последнего аборта болела воспалением матки. Роды продолжаются 17 часов. Воды отошли 7 часов назад. Сердцебиение плода 100-102 уд. в 1 мин. справа ниже пупка. Воды подтекают с примесью мекония.

Внутреннее исследование: Открытие шейки матки полное, головка в полости малого таза. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди ниже большого.

Плод извлечен щипцами. Тотчас же после извлечения плода

обильное струйное кровотечение. Послед выжат по методу Креде-Лазаревича. Плацента без дефектов. Матка хорошо сократилась, кровотечение продолжается.

Какая патология? Тактика?

Задача №24 Многорожавшая (7-е роды). Беременность доношенная. Размеры таза: 26-29-31-20. Окружность живота 102 см. Имеется диастаз прямых мышц живота. После отхождения околоплодных вод прошло 5 часов. Период изгнания продолжается 4 часа, в

последний час потуги значительно ослабли. Сердцебиение плода глухое, аритмичное до 150 уд. в 1 мин.
Внутреннее исследование: головка плода в плоскости выхода из малого таза. Стеловидный шов в прямом размере.
Какая патология? Тактика?

Задача №25 Повторнородящая, 42 года. Роды 5-е срочные. Предыдущие 4 родов нормальные. Дети живы. Поступила в клинику в 14 часов. Матка расширена в поперечном направлении, бочкообразной формы. Дно матки на 4 см. выше пупка. Справа пальпируется баллотирующая головка, слева менее отчетливо тазовый конец. Над входом в малый таз предлежащей части нет. Сердцебиение плода ясное, ритмичное на уровне пупка. Схватки частые, энергичные. В 16 часов отошли околоплодные воды.
Внутреннее исследование: открытие шейки матки на 3-4 см. Края шейки матки толстоватые, плохо податливые. Предлежащей части нет.
Какая патология? Тактика?

Задача №26 В анамнезе 4 родов. Настоящие роды 5-е. Роды протекали при спокойном поведении роженицы в течение 10 часов. Несколько минут назад стала вести себя беспокойно, умоляет о помощи. Воды отошли 2 часа назад. Размеры таза: 25-28-31-20. Предлежащая часть не определяется. Живот напряжен. Контракционное кольцо располагается высоко. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд. в 1 мин. Родовая деятельность бурная, интервалы между схватками короткие.
Влагалищное исследование: открытие шейки матки полное, плодный пузырь отсутствует. Плечико плода во входе в малый таз. Выделения слизистые с примесью вод.
Температура тела 36,9^{o}.
Какая патология? Тактика?

Задача №27 Роды 5-е в срок. Схватки начались 12 часов назад. Родовая деятельность хорошая. Форма живота округлая. Окружность живота 107 см. Высота дна матки 29 см. над уровнем лонного сочленения. Сердцебиение плода 132 уд. в 1 мин. ясное, ритмичное, на уровне пупка. Размеры таза 25-28-31-20 см.
Внутреннее исследование: Шейка матки сглажена. Раскрытие полное. Плодный пузырь цел, слегка напряжен. Предлежащая часть не определяется.
Какая патология? Что необходимо предпринять?

Задача №28 Роды 6-е срочные. При поступлении температура тела у роженицы 36,6о. Размеры таза: 28-29-32-21 см. Окружность живота 101 см. Роды начались 5 часов назад. Родовая деятельность хорошая. На высоте схватки вскрылся плодный пузырь и при излитии вод выпала пульсирующая петля пуповины.
Влагалищное исследование: шейка матки почти сглажена, раскрытие зева 2-3 см. Предлежит головка которая легко отодвигается.
Какая патология? Тактика?

Задача №29 Роды первые, срочные. Дома было два припадка эклампсии. Роженица в коматозном состоянии. Родовая деятельность началась 8 часов назад. Припадки продолжаются. На ногах выраженные отеки. Моча при кипячении сворачивается как творог. А/Д 210/150 и 200/140 мм.рт.ст. Сердцебиение плода глухое, ритмичное 120 уд. в 1 мин.
При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, края тонкие, податливые. Открытие шейки матки на 5-6 см. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода, прижата к плоскости входа в малый таз. Емкость таза хорошая. Выделения слизистые.
Какая патология? Тактика?

Задача №30 Первородящая, 23 года. Поступила в акушерскую клинику с хорошими схватками. Со второй половины беременности появились отеки на голенях, которые постепенно распространились по всему телу. В течение последней недели появилась головная боль. Была рвота. При поступлении в моче белок 6%о, имеются гиалиновые цилиндры. Артериальное давление 190/140. На приемном покое - судороги с потерей сознания, в родзале второй приступ судорог. Схватки частые, энергичные. При наружном исследовании: положение плода продольное, предлежит головка, фиксирована во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное слева ниже пупка.
Влагалищное исследование: Шейка матки сглажена, открытие 6 см., края шейки тонкие, податливые. Плодный пузырь цел, при схватке напрягается. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева, спереди. Мыс не достигается.
Какая патология? Тактика?

Задача №31 Роды первые, срочные. Дома было два припадка эклампсии. Роженица в коматозном состоянии. Родовая деятельность началась 15 часов назад. Припадки продолжаются. На ногах выраженные отеки. Моча при кипячении сворачивается как творог. А/Д 210/150 и 200/140 мм.рт.ст. Сердцебиение плода глухое, ритмичное 120 уд. в 1 мин.
При влагалищном исследовании: шейка матки не определяется, открытие шейки матки полное. Плодный пузырь цел. Предлежат ягодицы и ножки плода, тазовый конец прижат к плоскости входа в малый таз. Емкость таза хорошая. Выделения слизистые.
Какая патология? Тактика?

Задача №32 У повторнородящей в роддоме внезапно возник приступ, начавшийся подергиванием мышц лица и плечевого пояса с последующим появлением тонических судорог всей скелетной мускулатуры, с полной остановкой дыхания и наконец, последующих клонических судорог, распространяющихся по телу сверху вниз. Изо рта пенистая слизь с примесью крови. Приступ продолжался 1,5 мин. Лицо цианотичное. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 132 уд. в 1 мин.
Внутреннее исследование: шейки матки сглажена, открытие 3-4 см, плодный пузырь цел. Головка плода прижата к плоскости входа в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева спереди, ниже большого.
Какая патология? Тактика?

Задача №33В роддом доставлена первородящая с хорошей родовой деятельностью. Рост 164 см. Окружность живота 105 см. Размеры таза 25-28-31-20 см. Предлежит головка плода, большая, более мягкой консистенции. Сердцебиение плода до 120 уд. в 1 мин., глухое, аритмичное.
Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие полное, плодного пузыря нет. Предлежащая головка не имеет обычной плотности, с большими швами и родничками. Головка прижата к плоскости входа в малый таз.
Какая патология? Тактика?

Задача №34 Повторнородящая, 43 года. В анамнезе было 3 нормальных срочных родов. Настоящие роды продолжаются 48 часов. Воды отошли 16 часов назад. В начале были очень сильные схватки. Затем схватки стали более слабыми и короткими. Головка больших размеров, не вставляется. Температура тела 37,6о, пульс 90 уд. в 1 мин.
Влагалищное исследование: Шейка матки не определяется, открытие полное. Предлежит головка с широкими швами и родничками, при пальпации головки ощущение эластичности.
Какая патология? Тактика?

Задача №35 Повторнородящая, 35 лет. Два года назад были нормальные, срочные роды. Страдает хроническим гломерулонефритом. Размеры таза: 25-28-31-21 см. Схватки энергичные. Головка плода во входе в малый таз малым сегментом. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 120 уд. в 1 мин. Фрма матки нормальная. Через 2 часа форма матки несколько изменилась, она стала более округлой. Состояние роженицы удовлетворительное, пульс 90 уд. в 1 мин. Сердцебиение плода приглушено. Еще через 15 мин. состояние роженицы ухудшилось: появилась бледность лица, пульс 102 уд. в 1 мин. Матка стала напряженной и более округлой формы. Части плода не пальпируются.
Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие 4-5 см. Плацентарная ткань не определяется. Предлежит головка, подвижная над входом в малый таз. Плодный пузырь цел. Умеренные кровянистые выделения.
В моче белок 0,4 г/л., гиалиновые и восковидные цилиндры.
Какая патология? Тактика?

Задача №36 Роды первые, срочные. Роженица пониженного питания. Рост 150 см. Оволосение лобка скудное. Размеры таза: 24-27-28-18 см. Окружность живота 100 см. Высота стояния дна матки 40 см. Предлежащая часть - головка, крупная, прижата ко входу в малый таз. Сердцедиение плода ясное, ритмичное 140 уд. в 1 мин.
Влагалищное исследование: Влагалище узкое, шейка матки сгладена. Открытие зева на 2-3 см. Плодный пузырь цел. Мыс достигается. Диагональная конъюгата 11 см.
Какая патология? Тактика?

Задача №37 Беременность первая. Роды срочные, продолжаются более двух суток. Температура тела 38,5о. Выделения из родового канала гноевидные с примесью мекония. Размеры таза 27-27-29-17 см. Признак Вастена положительный. Размер Цангемейстера 18 см.
Влагалищное исследование: Шейка матки не определяется, открытие полное. Предлежащая головка прижата к плоскости входа в малый таз. Стреловидный шов у лонного сочленения. Изогнутым пальцем достигается ушко плода. Мыс достижим. Диагональная конъюгата 10 см.
Какая патология? Тактика?

Задача №38 Первородящая, 30 лет. Срочные роды, размеры таза нормальные. Предлежит головка, первая позиция, передний вид. Первый и второй периоды продолжались 25 часов. Плод весом 4100 гр, длиной 56 см. Окружность головки 36 см. Сразу после рождения плода значительные кровянистые выделения из родового канала. Через 15 минут родился послед со всеми дольками и оболочками. Всед за отхождением последа достаточно обильное кровотечение алой кровью. Матка хорошо сократилась, плотная.
Какая патология? Тактика?

Задача №39 Врачом из района доставлена повторнородящая женщина 44 лет в тяжелом состоянии. Час тому назад во время попытки к классическому повороту плода на ножку роженица потеряла сознание. Кожа и видимые слизистые резко бледные. Пульс малый, частый 140 уд.в 1 мин. Через переднюю брюшную стенку отчетливо определяются части плода. Отдельно пальпируется сократившаяся матка. Сердцедиения плода не прослушивается. Из половой щели свисает ручка плода. Имеются умеренные кровянистые выделения.
Какая патология? Тактика?

Задача №40 Первородящая, 30 лет. Роды в срок, продолжаются 30 часов. Воды отошли 17 часов назад. Схватки очень сильные с короткими интервалами. Головка плода

фиксирована в плоскости входа в малый таз. Признак Вастена положительный. Контракционное кольцо на уровне пупка. Сердцебиение плода не прослушивается. Размеры таза: 23-26-29-17 см. Роженица возбуждена, жалуется на сильные боли внизу живота, умоляет о помощи. Вскоре роженица вскрикнула, затем успокоилась, появилась резкая бледность, холодный пот. Родовая деятельность прекратилась.
Какая патология? Тактика?

Задача №41 Повторнородящая, 37 лет. Первые роды были два года назад. Плод был крупный. Размеры таза: 25-28-30-20 см. Настоящие роды продолжаются 22 часа. Воды отошли 10 часов назад.
Внутреннее исследование: Открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Головка плода в полости малого таза, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа и сзади, большой родничок слева и спереди, несколько ниже малого.
Плод извлечен щипцами. Разрыв промежности 2 степени. Имеется обильное кровотечение. Проведено ручное отделение плаценты и выделение последа. Матка сократилась хорошо, но кровотечение продолжается достаточно сильной струей.
Какая патология? Тактика?

Задача №42 Повторнородящая, 46 лет, доставлена в клинику из района. В консультации определяли поперечное положение плода. Воды отошли 12 часов назад. Видна выпавшая из половой щели ручка плода. Схватки очень сильные, следуют одна за одной. Роженица очень беспокойна, жалуется на сильные боли в животе, хватается руками за живот. Пульс 110 уд. в 1 мин. удовлетворительного наполнения и напряжения. Температура тела 38,2о. Контракционное кольцо на 3 см. выше пупка.
Какая патология? Тактика?

Задача №43 Повторнородящая, 34 года. Беременность 4-я. В анамнезе одни роды и два аборта. После последнего аборта болела воспалением матки. На 9-ом месяце настоящей беременности появились кровянистые выделения из половых путей. После пребывания в постели в течение нескольких дней кровотечение прекратилось. Такое же кровотечение было на 10-ом лунном месяце. Наконец, несколько дней назад появились достаточно обильные кровяные выделения из половых путей. Беременная бледна, пульс 98 уд. в 1 мин. Жалобы на общую слабость и головокружение. Схваток нет.
Влагалищное исследование: шейка матки укорочена до 2 см., цервикальный канал проходим за область внутреннего зева для 1,5-2 см. За внутренним зевом прощупывается рыхлая ткань.
Какая патология? Тактика?

Задача №44 Роды срочные, третьи. В анамнезе 5 искусственных абортов. За 6 дней до поступления в клинику было небольшое кровотечение. С началом схваток обильное кровотечение. Головка плода над входом в малый таз, подвижная. Размеры таза: 25-27-30-19 см.
Влагалищное исследование: Шейка матки сглажена, открытие 5-5,5 см. Плодный пузырь цел. У края зева определяется небольшой участок рыхлой ткани, на остальном протяжении гладкие оболочки. Во время схваток плодный пузырь выпячивается и кровотечение усиливается.
Какая патология? Тактика?

Задача №45 Роды первые, срочные. Родовая деятельность хорошая в течение 22 часов. Размеры таза: 25-28-31-20 см. Предлежащая головка вставлена в плоскость входа в малый таз малым сегментом.

Влагалищное исследование: Открытие шейки матки полное. Плодный пузырь цел, напряжен, оболочки представляются очень плотными. При появившихся потугах роженица жалуется на боли в области дна матки.
Какая патология? Тактика?

Задача №46 Многорожавшая. Настоящие роды 5-е. Родовая деятельность хорошая в течение 12 часов. Размеры таза: 26-29-32-21 см. Окружность живота 105 см. Предлежащая часть над входом не определяется, но при потугах из половой щели показывается небольшая головка плода. Одновременно справа на уровне пупка определяется другая головка плода. Сердцебиение плода прослушивается слева ниже пупка 140 уд. в 1 мин. ясное, ритмичное.
Как нужно поступить после рождения первого плода?

Задача №47 Доставлена из района врачом повторнородящая 44 лет в тяжелом состоянии. Час назад во время попытки ручного классического поворота плода на ножку роженица потеряла сознание. Кожа и видимые слизистые резко бледны. Пульс малый, частый 140 уд. в 1 мин. Через переднюю брюшную стенку определяются части плода. Отдельно пальпируется сократившаяся матка. Сердцебиение плода не прослушивается. Из половой щели видна выпавшая ручка плода. Умеренные кровянистые выделения из влагалища.
Какая патология? Тактика?

Задача №48 Зоженица поступила в акушерскую клинику 3 апреля в 12 часов. Повторнородящая 40 лет. Роды 5-е срочные. Предыдущие 4-ро родов были нормальными. Размеры таза в пределах нормы. Окружность живота 110 см. При наружном исследовании над входом в малый таз определяется головка плода небольших размеров. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева ниже пупка и несколько реже на уровне пупка. Воды отошли в 17 часов. В 18 часов родился плод весом 2400 гр. После рождения первого плода в матке определяется второй плод. Матка вытянута в поперечном направлении. Справа пальпируется головка плода, слева мелкие части. Над входом в малый таз предлежащей части нет. Сердцебиение плода ясное на уровне пупка.
Какая патология? Тактика?

Задача №49 Роженице 29 лет. Роды вторые, срочные. Первая беременность закончилась 2 года назад кесаревым сечением по поводу полного предлежания плаценты. Сердцебиение плода ясное, ритмичное слева ниже пупка. Головка большая, прижата ко входу в малый таз. Схватки энергичные через 4 - 5 минут. Размеры таза: 25-28-31-20.
Внутреннее исследование: открытие зева почти полное, края шейки толстоватые, плодный пузырь цел. Предлежит головка, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди ниже большого. Плодный пузырь вскрыт. После нескольких потуг роженица вскрикнула, побледнела. Родовая деятельность прекратилась. Конфигурация живота резко изменилась. Пульс 142 удара в 1 мин., почти не ощутим.
Какая патология? Тактика?

Задача №50 Первородящая, 21 год. Роды в срок. Размеры таза: 25-26-28-17,5 см., диагональная конъюгата 10,5 см. Роды продолжаются 23 часа. Воды отошли 3,5 часа назад. Внутреннее исследование: открытие полное. Значительной величины родовая опухоль. Головка в полости малого таза. Стреловидный шов в левом косом размере. Малый родничок справа ниже большого. Потуги заметно ослабли. Роженица устала.
Какая патология? Тактика?

Задача №51 Роженице 25 лет. Поступила в родильное отделение с регулярной родовой деятельностью. Роды первые, срочные. Женщина правильного телосложения. Окружность живота 92 см. Высота стояния дна матки 33 см. Живот имеет остроконечную форму. Размеры таза: 23-26-28-18 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 130 уд. в 1 мин.
Влагалищное исследование: Влагалище не рожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие 2,5-3 см. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижата к плоскости входа в малый таз. Диагональная конъюгата 11,5 см. Деформаций костей таза нет.
Какая патология? Тактика?

Задача №52 Роды первые, срочные в 35 лет. В анамнезе 2 искусственных аборта. Рост 145 см. Размеры таза: 23-26-28-17 см. Окружность живота 98 см. Предлежат ягодицы. Сердцебиение ясное, ритмичное 132 уд. в 1 мин. справа выше пупка. Родовая деятельность хорошая, продолжается 20 часов.
Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка матки почти сглажена, раскрытие зева на 3,5-4 см. Края шейки в плотных рубцах. Плодный пузырь цел. Предлежат ягодицы, прижаты ко входу в малый таз. Диагональная конъюгата 12 см.
Какая патология? Тактика?

Задача №53 В акушерскую клинику поступила роженица 21 год. Менструации с 17 лет, скудные. Были задержки менструаций. Беременность первая. Роды в срок. Схватки начались 23 часа назад. 11 часов назад отошли воды. При поступлении: роженица ниже среднего роста, правильного телосложения. Схватки редкие, слабые. Положение плода продольное, 2-я позиция, передний вид. Предлежит головка плода. Сердцебиение плода не прослушивается. Размеры таза: 23-26-29-17 см. Признак Вастена "вровень"
Влагалищное исследование: Открытие шейки матки на 5-6 см. Головка плода в верхней части полости малого таза, справа и сзади от головки определяется петля не пульсирующей пуповины.
Какая патология? Тактика?

Задача №54 Роды первые, срочные в 35 лет. В анамнезе 2 искусственных аборта. Рост 145 см. Размеры таза: 23-26-28-17 см. Окружность живота 98 см. Предлежат ягодицы. Сердцебиение ясное, ритмичное 132 уд. в 1 мин. справа выше пупка. Родовая деятельность хорошая, продолжается 20 часов.
Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка матки почти сглажена, раскрытие зева на 3,5-4 см. Края шейки в плотных рубцах. Плодный пузырь цел. Предлежат ягодицы, прижаты ко входу в малый таз. Диагональная конъюгата 10 см.
Какая патология? Тактика?

Задача №54 Первые роды, срочные. Поступила с хорошей родовой деятельностью, начавшейся 6 часов назад. Воды отошли 3 часа назад. Размеры таза: 27-28-30-18 см. Окружность живота 98 см. Сердцебиение плода замедленное до 110 уд. в 1 мин., глухое.
Влагалищное исследование: Шейка матки сглажена. Раскрытие полное. Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода, в узкой части полости малого таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок справа, спереди ниже большого. Рядом с головкой определяется петля пульсирующей пуповины.
Чем обусловлено выпадение пуповины? Тактика?

Задача №55 Первые роды. Родовая деятельность хорошая в течение суток. Роженица хорошего телосложения, с сильно развитой мышечной системой. Оволосение по мужскому типу. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 130 уд. в 1 мин. При потугах из половой щели показывается головка плода.

Наружные размеры таза: 25-27-31-21 см. Размеры плоскости выхода из малого таза: поперечный - 9 см., прямой 7 см.
Какая патология? Тактика?

Задача №56 Повторнородящая, 36 лет. Первые роды нормальные. Во время вторых родов были наложены полостные акушерские щипцы. Настоящая беременность 3-я. Роды продолжаются 27 часов. Воды отошли 17 часов назад. Окружность живота 105 см. Размеры таза: 22-25-28-17,5 см. Головка большая, плотная, плотно фиксирована во входе в малый таз. Признак Вастена "положительный". Сердцебиение плода глухое, аритмичное, слева ниже пупка. Контракционное кольцо на 1,5 см ниже пупка.
Внутреннее исследование: открытие зева на 8 см., края шейки толстые, определяется большая родовая опухоль, достигающая своим нижним полюсом седалищной ости. Головка не отодвигается. Родничок не определяется из-за родовой опухоли. Выделения умеренные, кровянистые. Роженица беспокойна, испытывает страх, просит о помощи.
Какая патология? Тактика?

Задача №57 Повторнородящая, 30 лет поступила в роддом с беременностью 39-40 недель. Первая беременность два года назад закончилась мертворождением, была слабость родовой деятельности, вакуум-экстракция плода, интранатальная гибель плода. Данная беременность вторая.
Рост 162 см. Вес 72 кг. Размеры таза нормальные. Окружность живота 106 см. Высота дна матки 38 см. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд. в 1 мин.
При влагалищном иссленовании шейка матки не полностью созревшая.
Каков диагноз? План ведения родов?

Задача №58 Первобеременная, 26 лет. Поступила в роддом с доношенной беременностью и схватками, начавшимися 8 часов назад. Соматически здорова, Анамнез не отягощен. Масса тела 70 кг. Рост 166 см. Окрожность живота 105 см. Высота стояния дна матки 40 см. Положение плода продольное, первая позиция, передний вид. Предлежит тазовый конец плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 144 уд. в 1 мин. Схватки через 4-5 мин. слабой силы по 25-30 секунд.
Влагалищное исследование: Шейка матки почти сглажена, раскрытие маточного зева 3 см. Плодный пузырь цел. Предлежат ягодицы плода, прижаты к плоскости входа в малый таз. Мыс не достигается. Костной патологии в тазу нет.
Каков диагноз? Тактика ведения родов?

Задача №59 Первобеременная, 24 года. Поступила на роды с доношенной беременностью. Анамнез не отягощен. Соматически здорова. Масса тела 59 кг. Рост 156 см. Размеры таза: 25-28-30-20 см. Окружность живота 91 см., высота дна матки 34 см. Положение плода продольное, спинка слева. Предлежит головка, большим сегментом в плоскости входа в малый таз.
Через 8 часов от начала родовой деятельности наступило полное раскрытие шейки матки. Безводный период 3 часа. При влагалищном исследовании головка плода в широкой части полости малого таза. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева, спереди, ниже большого.
Через 2 часа сердцебиение плода после потуги становится редким, до 100-110 уд. в 1 мин., приглушенным. Данные влагалищного исследования без динамики.
Какая патология? Тактика?

Задача №60 Роженица 25 лет со вторыми срочными родами. Регулярная родовая деятельность в течение 8 часов. Воды отошли 2 часа назад. Размеры таза: 25-28-31-18,5 см.

Индекс Соловьева 16 см. Окружность живота 96 см., высота дна матки 34 см. Положение плода продольное, предлежит головка. Схватки через 2-3 мин. по 45-50 сек. сильные, болезненные, переходят в потуги. В паузах между схватками матка расслабляется. Роженица ведет себя беспокойно, жалуется на боли внизу живота. Пульс 94 уд.в 1 мин., А/Д 130/80 мм.рт.ст. D=S.
Признак Вастена "положительный". Нижний сегмент матки перерастянут, болезнен. Сердцебиение плода 120-130 уд. в 1 мин., глухое.
Влагалищное исследование: раскрытие почти полное, плодного пузыря нет. Головка плода в плоскости входа в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере. Малый родничок справа у лона.
Какая патология? Тактика?

Задача №61 Роженице 29 лет. Поступила с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 4 часа назад. Срок беременности 37 недель. Данная беременность 4-ая. Первая беременность закончилась операцией кесарева сечения 5 лет назад по поводу слабости родовой деятельности. Ребенок массой 3600 гр. жив. Следующие две беременности закончились артифициальными абортами.
Положение плода продольное. Предлежит головка, прижата к плоскости входа в малый таз. Пальпация области рубца на матке безболезнена. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд. в 1 мин. При влагалищном исследовании раскрытие 2 см.
В последующие 4 часа родовая деятельность слабая, схватки через 6-7 мин. по 15-20 секунд. При влагалищном исследовании раскрытие 3 см.
Какая патология? Тактика?

Задача №62 Повторнородящая, 27 лет. Роды вторые, срочные в чисто ягодичном предлежании. Первый период родов прошел без особенностей. Во втором периоде родов оказывалось пособие по Цовьянову. Туловище родилось до нижнего угла лопаток. Плечевой пояс самостоятельно не рождается.
Какая патология? Тактика?

Задача №63 Роды вторые, срочные. В анамнезе перенесенный метроэндометрит. Первый и второй период родов прошли без особенностей. В третьем периоде родов признаков отделения плаценты нет в течение 40 минут. Кровяный выделений из родового канала нет. Состояние женщины удовлетворительное, без изменений. Форма матки не изменяется.
Какая патология? Тактика?

Задача №64 Повторнородящая, 32 года. Роды третьи, срочные. В анамнезе 2 артифициальных аборта. Первый, второй и третий периоды родов прошли без особенностей. При осмотре последа обнаружен дефект плацентарной ткани размерами 1,5 х 2 см. Кровотечения из родового канала нет. Матка хорошо сократилась.
Какая патология? Тактика?

Задача №65 Роды первые, срочные у роженицы 25 лет. Первый и второй периоды родов прошли без особенностей.
Роженица находится в третьем периоде родов. Через 15 минут от начала третьего периода из родового канала началось кровотечение. Кровопотеря достигла 250 мл и продолжается.
Какова тактика врача в данном случае?

Задача №66 Роженице 27 лет. Роды вторые, срочные. В анамнезе одни роды и один артифициальный аборт. Первый и второй периоды родов прошли без особенностей. В

третьем периоде родов при отрицательных признаках отделения плаценты началось кровотечение из родового канала. Кровопотеря достигла 250 мл. и продолжается.
Какая патология? Тактика?

Задача №67 У повторнородящей (роды вторые, срочные) первый и второй период родов осложнились слабостью родовой деятельности. Третий период родов прошел без осложнений. Плацента целая, оболочки все. После рождения последа из родового канала началось кровотечение. Матка на уровне пупка, мягкая. Выделилось 400 мл. крови со сгустками и кровотечение продолжается.
Какая патология? Тактика?

Задача №68 Первобеременная, 25 лет. Поступила с жалобами на схваткообразные боли в животе в течение последних 5 часов. Беременность доношенная. Женщина соматически здорова. Состояние удовлетворительное. Масса тела 70 кг. Рост 176 см. Размеры таза 25-28-31-19 см. Окружность живота 95 см. Высота дна матки 38 см. Спинка плода справа, головка плода прижата к плоскости входа в малый таз. Прямой размер головки 13 см. Сердцебиение плода 140 уд. в 1 мин. более ясно выслушивается слева. Родовая деятельность хорошая.
Влагалищное исследование: Шейка матки сглажена, раскрытие 5-6 см. Плодный пузырь цел. Справа и сзади определяется угол большого родничка. Слева и спереди - надбровные дуги, глазницы и нос. Лобный шов в правом косом размере. Мыс не достигается. Костное кольцо таза без изменений.
Какая патология? Тактика?

Задача №69 Повторнородящая, 27 лет поступила с доношенной беременностью. В анамнезе одни роды без осложнений и 3 артифициальных аборта. Схватки в течение 5 часов хорошей силы. Затем они стали ослабевать. При влагалищном исследовании раскрытие маточного зева 4 см. Плодный пузырь цел. Передних вод мало. Предлежит головка, прижата к плоскости входа в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок у лона.
Какая патология? Тактика?

Задача №70 Роженице 28 лет. Поступила на первые срочные роды. В анамнезе три артифициальных аборта. Соматически здорова. При беременности был ранний токсикоз и дважды болела ОРВИ. Размеры таза: 25-28-30-20 см. Окружность живота 92 см. Высота дна матки 34 см. В течение 12 часов наступило полное раскрытие шейки матки. Головка плода в широкой части полости малого таза. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок сзади, у крестца. Потуги в течение 40 минут, слабой силы. Динамики продвижения головки нет. Сердцебиение плода не страдает.
Каков диагноз? Тактика?

Задача №71 Первородящая, 31 год. В анамнезе два медицинских аборта. Соматически здорова. Беременность доношенная. Во время беременности дважда лечилась стационарна по поводу угрозы прерывания беременности. Размеры таза: 25-28-32-20 см. Рост 166 см. Масса тела 74 кг. В течение 10 часов регулярная родовая деятельность в виде монотонных схваток по 20-25 сек. через 5-7 минут. Безводный промежуток 8 часов. Воды подтекают светлые.
Влагалищное исследование: Шейка матки почти сглажена, открытие 3 см. Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода малым сегментом в плоскости входа в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере. Малый родничок у лона.
Какая патология? Тактика?

Задача №72 Первородящая, 21 год, находится в родильном блоке. Роды срочные. Окружность живота 106 см. Высота дна матки 38 см. Положение плода продольное, позиция первая, вид передний. Предлежит головка плода подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд. в 1 мин.

Через 3 часа от начала родов отошли светлые околоплодные воды в большом количестве. Головка плода прижалась ко входу в малый таз. Сердцебиение плода резко ухудшилось, стало редким до 90 уд. в 1 мин., аритмичным.

При влагалищном исследовании открытие шейки матки на 4-5 см. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижата к плоскости входа в малый таз. Мыс не достигается. Костной патологии нет.

Какая патология? Тактика?

Блок С

С.0 Варианты заданий на выполнение курсовых проектов/работ приведены: ссылка на источники, указанные в списках основной и дополнительной литературы в рабочей программе

С.2 Индивидуальные творческие задания

1. Уровни регуляции менструальной и репродуктивной функции.
2. Влияние женских половых гормонов на развитие плода и здоровье ребенка.
3. Многоплодная беременность.
4. Изменения в системах и органах при беременности.
5. Гипертензивные нарушения во время беременности. Их влияние на систему «Мать – плацента – плод»
6. Доминанта беременности. Доминанта родов. Механизмы развязывания родовых сил.
7. Аномалии родовой деятельности.
8. Причины акушерских кровотечений во время беременности, родов и послеродовом периоде.
9. Невынашивание беременности.
10. Перенашивание беременности.

Блок D

• Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ

1. Основные методы обследования в акушерстве и гинекологии. Клинические и лабораторные методы исследования. Электрофизиологические, эндоскопические, морфологические методы исследования в акушерстве. Ультразвуковая диагностика в акушерстве: фетометрия, допплерография, оценка биофизического профиля плода.
2. Течение и ведение беременности по триместрам ее развития. Профилактика осложнений.
3. Доминанта беременности. Доминанта родов. Степень зрелости шейки. Сущность реципрокных отношений. Факторы развязывания родовой деятельности.
4. Предвестники родов. Физиологический прелиминарный период. Фазы, динамика I периода родов. Продолжительность родов в зависимости от паритета.
5. Методы оценки интенсивности и эффективности родовых сил. Гистерография. Токография. Партограмма.
6. Биомеханизм родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания. Строение и размеры малого таза. Плод как объект родов.
7. Клиническое течение и ведение родов по периодам. Профилактика кровотечения в III периоде родов. Ведение раннего послеродового периода.
8. Тазовые предлежания плода. Особенности течения беременности и родов. Биомеханизм родов. Ведение родов. Способы родоразрешения. Пособия и операции при тазовых предлежаниях плода.
9. Многоплодная беременность. Особенности течения, ведения беременности и родов. Показания для кесарева сечения.

10. Роды крупным плодом. Особенности течения и ведения. Исходы для матери и плода.
11. Физиология и патология послеродового периода: изменения гормонального фона, инволюция органов половой системы. Лактация.
12. Невынашивание беременности. Этиопатогенез. Классификация. Тактика ведения и лечения беременных с невынашиванием. Профилактика в группах риска. Течение и ведение преждевременных родов.
13. Перенашивание беременности. Влияние на плод. Этиопатогенез. Тактика ведения и лечения беременных с перенашиванием. Профилактика в группах риска. Тактика и ведение запоздалых родов.
14. Изосерологическая несовместимость крови матери и плода. Этиология, патогенез, ведение беременности. Диагностика гемолитической болезни. Родоразрешение. Профилактика и лечение иммунологического конфликта.
15. Диагностика состояния плода в родах. Профилактика и лечение гипоксии плода в I и II периодах родов. Показания к кесареву сечению.
16. Гипертензивные нарушения во время беременности и родов. Этиопатогенез, классификация ВОЗ, X пересмотра.
17. Гипертензивные нарушения. Факторы риска. Клиника. Гестационная гипертензия, протеинурия, отеки. Дифференциальная диагностика с предшествующими гипертензией, протеинурией и отеками. Клинико-лабораторные показатели. Интерпретация данных.
18. Преэклампсия: легкая, тяжелая. Клиника, диагностика, лечение. Тактика. Показания к экстренному родоразрешению.
19. HELLP – синдром. Клиника. Диагностика. Тактика
20. Эклампсия. Факторы риска. Стадии эклампсической комы. Лечение эклампсии. Помощь при приступе эклампсии.
21. Гипертензивные нарушения. Акушерская тактика. Показания к досрочному родоразрешению. Выбор метода родоразрешения. Профилактика гипертензивных нарушений.
22. Перинатальная охрана плода и новорожденного. Антенатальные повреждающие факторы. Гипоксия плода.
23. Синдром задержки развития плода. Формы и степени. Диагностика, лечение. Профилактика у беременных в группах риска.
24. Асфиксия и родовая травма новорожденных. Внутриутробное инфицирование плода. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
25. Аномалии развития плода. Этиология, диагностика, тактика ведения беременности и родов. Способы родоразрешения.
26. Беременность и заболевания сердечно- сосудистой системы. Приобретенные и врожденные пороки сердца, гипертоническая и гипотоническая болезнь, нейроциркуляторная дистония. Классификация, клиника, диагностика. Показания к прерыванию беременности и родоразрешению. Особенности ведения послеродового периода. Реабилитация.
27. Заболевания органов мочевыделения (пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь) Этиопатогенез, клиника, диагностика. Показания к прерыванию беременности, родов, послеродовая реабилитация.
28. Заболевания желудочно-кишечного тракта и печени. Аппендицит и беременность диагностика.
29. Анемия и беременность. Классификация анемий. Железо- дефицитная анемия. Этиопатогенез. Степени. Лечение. Профилактика.
30. Аномалии вставления головки. Разгибательные предлежания, асинклитические вставления. Причины. Диагностика.
31. Биомеханизм родов при разгибательных предлежаниях: переднеголовное, лицевое, лобное. Ведение родов.

32. Неправильные положения плода (поперечные, косые). Особенности течения беременности, родов. Запущенное поперечное положение плода. Диагностика. Тактика. Профилактика осложнений.
33. Анатомически узкий таз. Классификация. Биомеханизм родов в зависимости от анатомической формы узкого таза. Течение и ведение родов в зависимости от формы и степени сужения таза.
34. Клинически узкий таз. Определение, понятие. Классификация по степеням несоответствия. Причины клинического несоответствия. Симптомы прижатия. Угрожающий разрыв матки. Тактика.
35. Аномалии родовой деятельности. Классификация. Слабость родовых сил. Причины. Клиника. Диагностика. Особенности течения и ведения родов. Регуляция родовой деятельности. Влияние аномальной родовой деятельности на плод. Факторы риска.
36. Дискоординация родовой деятельности. Причины. Диагностика. Особенности течения беременности. Факторы риска. Терапия.
37. Акушерские кровотечения. Классификация. Кровотечения в I половине беременности: самопроизвольные выкидыши, пузырный занос, шеечно-перешеечная беременность. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Тактика ведения.
38. Кровотечения во II половине беременности, в первом и втором периоде родов. Предлежание плаценты. Классификация. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Тактика ведения. Показания к оперативному вмешательству. Объем операции.
39. Преждевременная отслойка нормально-расположенной плаценты. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Профилактика. Прогноз. Группы риска. Современные подходы к ведению беременности и родов. Способы родоразрешения.
40. Кровотечения в третьем периоде родов. Нарушения отделения плаценты и выделения последа. Аномалии прикрепления плаценты (плотное прикрепление, приращение плаценты). Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Оказание необходимой помощи.
41. Кровотечения в раннем и позднем послеродовых периодах. Гипотоническое, атоническое, коагулопатическое кровотечение. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Последовательные этапы борьбы с гипотоническим кровотечением. Профилактика акушерских кровотечений. Поздние послеродовые кровотечения. Этиопатогенез. Клиника. Лечение. Профилактика.
42. Гиповолемический шок и терминальные состояния в акушерстве. Изменения в организме при острой кровопотере. Гемодинамические реологические нарушения. Степени шока. Лечение шока и терминальных состояний.
43. Диссеменированный синдром внутрисосудистого свертывания крови (ДВС). Акушерские ситуации как причина ДВС. Фазы шока. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
44. Шоковое легкое, шоковая матка, шоковая почка. Острая почечная недостаточность. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. Реабилитация больных перенесших шок и терминальные состояния.
45. Принципы инфузионно- трансфузионной терапии. Посттрансфузионные осложнения.
46. Послеродовые септические заболевания. Этапы послеродовой инфекции. Клиника, диагностика, профилактика и лечение.
47. Послеродовой мастит. Этиопатогенез, клиника. Дифференциальная диагностика, профилактика, лечение.
48. Перитонит после кесарево сечения. Классификация, этиопатогенез, диагностика, лечение.
49. Септический шок. Определение понятие. Этиопатогенез. Клинические варианты. Фазы шока. Диагностика. Неотложная помощь. Хирургическая тактика. Прогноз. Оперативное акушерство
50. Прерывание беременности в ранних и поздних сроках. Показания, противопоказания. Условия, техника выполнения, обезболивание.

51. Акушерские щипцы. Виды. Показания, противопоказания. Условия, техника выполнения, обезболивание.
52. Классический акушерский поворот плода на ножку. Показания, противопоказания. Условия, техника выполнения, обезболивание.
53. Экстракция плода за тазовый конец. Показания, противопоказания. Условия, техника выполнения, обезболивание.
54. Плодоразрушающие операции. Виды. Показания, противопоказания. Условия, техника выполнения, обезболивание.
55. Зашивание разрывов промежности I-II-III-IV степени. Техника операции. Послеоперационный уход.
56. Кесарево сечение в современном акушерстве. Показания, противопоказания. Условия, техника выполнения,обезболивание. Ведение послеоперационного периода.
57. Акушерский травматизм. Разрывы шейки, стенок влагалища, промежности. Методика восстановления шейки. Ушивание разрывов промежности III-IV степени.
58. Разрывы матки во время беременности, в родах. Группа риска по разрыву матки. Классификация, клиника, тактика, лечение. Объем, методика оперативного лечения в зависимости от акушерской ситуации.

• Задачи/задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ
1. Основные методы обследования в акушерстве и гинекологии. Клинические и лабораторные методы исследования. Электрофизиологические, эндоскопические, морфологические методы исследования в акушерстве. Ультразвуковая диагностика в акушерстве: фетометрия, допплерография, оценка биофизического профиля плода.
2. Течение и ведение беременности по триместрам ее развития. Профилактика осложнений.
3. Доминанта беременности. Доминанта родов. Степень зрелости шейки. Сущность реципрокных отношений. Факторы развязывания родовой деятельности.
4. Предвестники родов. Физиологический прелиминарный период. Фазы, динамика I периода родов. Продолжительность родов в зависимости от паритета.
5. Методы оценки интенсивности и эффективности родовых сил. Гистерография. Токография. Партограмма.
6. Биомеханизм родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания. Строение и размеры малого таза. Плод как объект родов.
7. Клиническое течение и ведение родов по периодам. Профилактика кровотечения в III периоде родов. Ведение раннего послеродового периода.
8. Тазовые предлежания плода. Особенности течения беременности и родов. Биомеханизм родов. Ведение родов. Способы родоразрешения. Пособия и операции при тазовых предлежаниях плода.
9. Многоплодная беременность. Особенности течения, ведения беременности и родов. Показания для кесарева сечения.
10. Роды крупным плодом. Особенности течения и ведения. Исходы для матери и плода.
11. Физиология и патология послеродового периода: изменения гормонального фона, инволюция органов половой системы. Лактация.
12. Невынашивание беременности. Этиопатогенез. Классификация. Тактика ведения и лечения беременных с невынашиванием. Профилактика в группах риска. Течение и ведение преждевременных родов.
13. Перенашивание беременности. Влияние на плод. Этиопатогенез. Тактика ведения и лечения беременных с перенашиванием. Профилактика в группах риска. Тактика и ведение запоздалых родов.
14. Изосерологическая несовместимость крови матери и плода. Этиология, патогенез, ведение беременности. Диагностика гемолитической болезни. Родоразрешение. Профилактика и лечение иммунологического конфликта.

15. Диагностика состояния плода в родах. Профилактика и лечение гипоксии плода в I и II периодах родов. Показания к кесареву сечению.
16. Гипертензивные нарушения во время беременности и родов. Этиопатогенез, классификация ВОЗ, X пересмотра.
17. Гипертензивные нарушения. Факторы риска. Клиника. Гестационная гипертензия, протеинурия, отеки. Дифференциальная диагностика с предшествующими гипертензией, протеинурией и отеками. Клинико-лабораторные показатели. Интерпретация данных.
18. Преэклампсия: легкая, тяжелая. Клиника, диагностика, лечение. Тактика. Показания к экстренному родоразрешению.
19. HELLP – синдром. Клиника. Диагностика. Тактика
20. Эклампсия. Факторы риска. Стадии эклампсической комы. Лечение эклампсии. Помощь при приступе эклампсии.
21. Гипертензивные нарушения. Акушерская тактика. Показания к досрочному родоразрешению. Выбор метода родоразрешения. Профилактика гипертензивных нарушений.
22. Перинатальная охрана плода и новорожденного. Антенатальные повреждающие факторы. Гипоксия плода.
23. Синдром задержки развития плода. Формы и степени. Диагностика, лечение. Профилактика у беременных в группах риска.
24. Асфиксия и родовая травма новорожденных. Внутриутробное инфицирование плода. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
25. Аномалии развития плода. Этиология, диагностика, тактика ведения беременности и родов. Способы родоразрешения.
26. Беременность и заболевания сердечно- сосудистой системы. Приобретенные и врожденные пороки сердца, гипертоническая и гипотоническая болезнь, нейроциркуляторная дистония. Классификация, клиника, диагностика. Показания к прерыванию беременности и родоразрешению. Особенности ведения послеродового периода. Реабилитация.
27. Заболевания органов мочевыделения (пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь) Этиопатогенез, клиника, диагностика. Показания к прерыванию беременности, родов, послеродовая реабилитация.
28. Заболевания желудочно-кишечного тракта и печени. Аппендицит и беременность диагностика.
29. Анемия и беременность. Классификация анемий. Железо- дефицитная анемия. Этиопатогенез. Степени. Лечение. Профилактика.
30. Аномалии вставления головки. Разгибательные предлежания, асинклитические вставления. Причины. Диагностика.
31. Биомеханизм родов при разгибательных предлежаниях: переднеголовное, лицевое, лобное. Ведение родов.
32. Неправильные положения плода (поперечные, косые). Особенности течения беременности, родов. Запущенное поперечное положение плода. Диагностика. Тактика. Профилактика осложнений.
33. Анатомически узкий таз. Классификация. Биомеханизм родов в зависимости от анатомической формы узкого таза. Течение и ведение родов в зависимости от формы и степени сужения таза.
34. Клинически узкий таз. Определение, понятие. Классификация по степеням несоответствия. Причины клинического несоответствия. Симптомы прижатия. Угрожающий разрыв матки. Тактика.
35. Аномалии родовой деятельности. Классификация. Слабость родовых сил. Причины. Клиника. Диагностика. Особенности течения и ведения родов. Регуляция родовой деятельности. Влияние аномальной родовой деятельности на плод. Факторы риска.

36. Дискоординация родовой деятельности. Причины. Диагностика. Особенности течения беременности. Факторы риска. Терапия.
37. Акушерские кровотечения. Классификация. Кровотечения в I половине беременности: самопроизвольные выкидыши, пузырный занос, шеечно-перешеечная беременность. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Тактика ведения.
38. Кровотечения во II половине беременности, в первом и втором периоде родов. Предлежание плаценты. Классификация. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Тактика ведения. Показания к оперативному вмешательству. Объем операции.
39. Преждевременная отслойка нормально-расположенной плаценты. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Профилактика. Прогноз. Группы риска. Современные подходы к ведению беременности и родов. Способы родоразрешения.
40. Кровотечения в третьем периоде родов. Нарушения отделения плаценты и выделения последа. Аномалии прикрепления плаценты (плотное прикрепление, приращение плаценты). Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Оказание необходимой помощи.
41. Кровотечения в раннем и позднем послеродовых периодах. Гипотоническое, атоническое, коагулопатическое кровотечение. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Последовательные этапы борьбы с гипотоническим кровотечением. Профилактика акушерских кровотечений. Поздние послеродовые кровотечения. Этиопатогенез. Клиника. Лечение. Профилактика.
42. Гиповолемический шок и терминальные состояния в акушерстве. Изменения в организме при острой кровопотере. Гемодинамические реологические нарушения. Степени шока. Лечение шока и терминальных состояний.
43. Диссеменированный синдром внутрисосудистого свертывания крови (ДВС). Акушерские ситуации как причина ДВС. Фазы шока. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
44. Шоковое легкое, шоковая матка, шоковая почка. Острая почечная недостаточность. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. Реабилитация больных перенесших шок и терминальные состояния.
45. Принципы инфузионно- трансфузионной терапии. Посттрансфузионные осложнения.
46. Послеродовые септические заболевания. Этапы послеродовой инфекции. Клиника, диагностика, профилактика и лечение.
47. Послеродовой мастит. Этиопатогенез, клиника. Дифференциальная диагностика, профилактика, лечение.
48. Перитонит после кесарево сечения. Классификация, этиопатогенез, диагностика, лечение.
49. Септический шок. Определение понятие. Этиопатогенез. Клинические варианты. Фазы шока. Диагностика. Неотложная помощь. Хирургическая тактика. Прогноз. Оперативное акушерство
50. Прерывание беременности в ранних и поздних сроках. Показания, противопоказания. Условия, техника выполнения, обезболивание.
51. Акушерские щипцы. Виды. Показания, противопоказания. Условия, техника выполнения, обезболивание.
52. Классический акушерский поворот плода на ножку. Показания, противопоказания. Условия, техника выполнения, обезболивание.
53. Экстракция плода за тазовый конец. Показания, противопоказания. Условия, техника выполнения, обезболивание.
54. Плодоразрушающие операции. Виды. Показания, противопоказания. Условия, техника выполнения, обезболивание.
55. Зашивание разрывов промежности I-II-III-IV степени. Техника операции. Послеоперационный уход.
56. Кесарево сечение в современном акушерстве. Показания, противопоказания. Условия, техника выполнения,обезболивание. Ведение послеоперационного периода.

57. Акушерский травматизм. Разрывы шейки, стенок влагалища, промежности. Методика восстановления шейки. Ушивание разрывов промежности III-IV степени.
58. Разрывы матки во время беременности, в родах. Группа риска по разрыву матки. Классификация, клиника, тактика, лечение. Объем, методика оперативного лечения в зависимости от акушерской ситуации.

• Задачи/задания для проверки уровня обученности ВЛАДЕТЬ
1. Основные методы обследования в акушерстве и гинекологии. Клинические и лабораторные методы исследования. Электрофизиологические, эндоскопические, морфологические методы исследования в акушерстве. Ультразвуковая диагностика в акушерстве: фетометрия, допплерография, оценка биофизического профиля плода.
2. Течение и ведение беременности по триместрам ее развития. Профилактика осложнений.
3. Доминанта беременности. Доминанта родов. Степень зрелости шейки. Сущность реципрокных отношений. Факторы развязывания родовой деятельности.
4. Предвестники родов. Физиологический прелиминарный период. Фазы, динамика I периода родов. Продолжительность родов в зависимости от паритета.
5. Методы оценки интенсивности и эффективности родовых сил. Гистерография. Токография. Партограмма.
6. Биомеханизм родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания. Строение и размеры малого таза. Плод как объект родов.
7. Клиническое течение и ведение родов по периодам. Профилактика кровотечения в III периоде родов. Ведение раннего послеродового периода.
8. Тазовые предлежания плода. Особенности течения беременности и родов. Биомеханизм родов. Ведение родов. Способы родоразрешения. Пособия и операции при тазовых предлежаниях плода.
9. Многоплодная беременность. Особенности течения, ведения беременности и родов. Показания для кесарева сечения.
10. Роды крупным плодом. Особенности течения и ведения. Исходы для матери и плода.
11. Физиология и патология послеродового периода: изменения гормонального фона, инволюция органов половой системы. Лактация.
12. Невынашивание беременности. Этиопатогенез. Классификация. Тактика ведения и лечения беременных с невынашиванием. Профилактика в группах риска. Течение и ведение преждевременных родов.
13. Перенашивание беременности. Влияние на плод. Этиопатогенез. Тактика ведения и лечения беременных с перенашиванием. Профилактика в группах риска. Тактика и ведение запоздалых родов.
14. Изосерологическая несовместимость крови матери и плода. Этиология, патогенез, ведение беременности. Диагностика гемолитической болезни. Родоразрешение. Профилактика и лечение иммунологического конфликта.
15. Диагностика состояния плода в родах. Профилактика и лечение гипоксии плода в I и II периодах родов. Показания к кесареву сечению.
16. Гипертензивные нарушения во время беременности и родов. Этиопатогенез, классификация ВОЗ, X пересмотра.
17. Гипертензивные нарушения. Факторы риска. Клиника. Гестационная гипертензия, протеинурия, отеки. Дифференциальная диагностика с предшествующими гипертензией, протеинурией и отеками. Клинико-лабораторные показатели. Интерпретация данных.
18. Преэклампсия: легкая, тяжелая. Клиника, диагностика, лечение. Тактика. Показания к экстренному родоразрешению.
19. HELLP – синдром. Клиника. Диагностика. Тактика
20. Эклампсия. Факторы риска. Стадии эклампсической комы. Лечение эклампсии. Помощь при приступе эклампсии.

21. Гипертензивные нарушения. Акушерская тактика. Показания к досрочному родоразрешению. Выбор метода родоразрешения. Профилактика гипертензивных нарушений.
22. Перинатальная охрана плода и новорожденного. Антенатальные повреждающие факторы. Гипоксия плода.
23. Синдром задержки развития плода. Формы и степени. Диагностика, лечение. Профилактика у беременных в группах риска.
24. Асфиксия и родовая травма новорожденных. Внутриутробное инфицирование плода. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
25. Аномалии развития плода. Этиология, диагностика, тактика ведения беременности и родов. Способы родоразрешения.
26. Беременность и заболевания сердечно- сосудистой системы. Приобретенные и врожденные пороки сердца, гипертоническая и гипотоническая болезнь, нейроциркуляторная дистония. Классификация, клиника, диагностика. Показания к прерыванию беременности и родоразрешению. Особенности ведения послеродового периода. Реабилитация.
27. Заболевания органов мочевыделения (пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь) Этиопатогенез, клиника, диагностика. Показания к прерыванию беременности, родов, послеродовая реабилитация.
28. Заболевания желудочно-кишечного тракта и печени. Аппендицит и беременность диагностика.
29. Анемия и беременность. Классификация анемий. Железо- дефицитная анемия. Этиопатогенез. Степени. Лечение. Профилактика.
30. Аномалии вставления головки. Разгибательные предлежания, асинклитические вставления. Причины. Диагностика.
31. Биомеханизм родов при разгибательных предлежаниях: переднеголовное, лицевое, лобное. Ведение родов.
32. Неправильные положения плода (поперечные, косые). Особенности течения беременности, родов. Запущенное поперечное положение плода. Диагностика. Тактика. Профилактика осложнений.
33. Анатомически узкий таз. Классификация. Биомеханизм родов в зависимости от анатомической формы узкого таза. Течение и ведение родов в зависимости от формы и степени сужения таза.
34. Клинически узкий таз. Определение, понятие. Классификация по степеням несоответствия. Причины клинического несоответствия. Симптомы прижатия. Угрожающий разрыв матки. Тактика.
35. Аномалии родовой деятельности. Классификация. Слабость родовых сил. Причины. Клиника. Диагностика. Особенности течения и ведения родов. Регуляция родовой деятельности. Влияние аномальной родовой деятельности на плод. Факторы риска.
36. Дискоординация родовой деятельности. Причины. Диагностика. Особенности течения беременности. Факторы риска. Терапия.
37. Акушерские кровотечения. Классификация. Кровотечения в I половине беременности: самопроизвольные выкидыши, пузырный занос, шеечно-перешеечная беременность. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Тактика ведения.
38. Кровотечения во II половине беременности, в первом и втором периоде родов. Предлежание плаценты. Классификация. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Тактика ведения. Показания к оперативному вмешательству. Объем операции.
39. Преждевременная отслойка нормально-расположенной плаценты. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Профилактика. Прогноз. Группы риска. Современные подходы к ведению беременности и родов. Способы родоразрешения.

40. Кровотечения в третьем периоде родов. Нарушения отделения плаценты и выделения последа. Аномалии прикрепления плаценты (плотное прикрепление, приращение плаценты). Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Оказание необходимой помощи.
41. Кровотечения в раннем и позднем послеродовых периодах. Гипотоническое, атоническое, коагулопатическое кровотечение. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Последовательные этапы борьбы с гипотоническим кровотечением. Профилактика акушерских кровотечений. Поздние послеродовые кровотечения. Этиопатогенез. Клиника. Лечение. Профилактика.
42. Гиповолемический шок и терминальные состояния в акушерстве. Изменения в организме при острой кровопотере. Гемодинамические реологические нарушения. Степени шока. Лечение шока и терминальных состояний.
43. Диссеменированный синдром внутрисосудистого свертывания крови (ДВС). Акушерские ситуации как причина ДВС. Фазы шока. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
44. Шоковое легкое, шоковая матка, шоковая почка. Острая почечная недостаточность. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. Реабилитация больных перенесших шок и терминальные состояния.
45. Принципы инфузионно- трансфузионной терапии. Посттрансфузионные осложнения.
46. Послеродовые септические заболевания. Этапы послеродовой инфекции. Клиника, диагностика, профилактика и лечение.
47. Послеродовой мастит. Этиопатогенез, клиника. Дифференциальная диагностика, профилактика, лечение.
48. Перитонит после кесарево сечения. Классификация, этиопатогенез, диагностика, лечение.
49. Септический шок. Определение понятие. Этиопатогенез. Клинические варианты. Фазы шока. Диагностика. Неотложная помощь. Хирургическая тактика. Прогноз. Оперативное акушерство
50. Прерывание беременности в ранних и поздних сроках. Показания, противопоказания. Условия, техника выполнения, обезболивание.
51. Акушерские щипцы. Виды. Показания, противопоказания. Условия, техника выполнения, обезболивание.
52. Классический акушерский поворот плода на ножку. Показания, противопоказания. Условия, техника выполнения, обезболивание.
53. Экстракция плода за тазовый конец. Показания, противопоказания. Условия, техника выполнения, обезболивание.
54. Плодоразрушающие операции. Виды. Показания, противопоказания. Условия, техника выполнения, обезболивание.
55. Зашивание разрывов промежности I-II-III-IV степени. Техника операции. Послеоперационный уход.
56. Кесарево сечение в современном акушерстве. Показания, противопоказания. Условия, техника выполнения,обезболивание. Ведение послеоперационного периода.
57. Акушерский травматизм. Разрывы шейки, стенок влагалища, промежности. Методика восстановления шейки. Ушивание разрывов промежности III-IV степени.
58. Разрывы матки во время беременности, в родах. Группа риска по разрыву матки. Классификация, клиника, тактика, лечение. Объем, методика оперативного лечения в зависимости от акушерской ситуации.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ:
- Проведение практических занятий, контроль СРС, проверка конспектов лекций, рефератов, истории болезни – в традиционном режиме.
Обучение складывается из аудиторных занятий, включающих лекционный курс и практические занятия, и самостоятельной работы. Основное учебное время выделяется на

практическую работу по определенным заболеваниям. Широко используется курация больных, клинические разборы и освоение практических навыков работы с роженицами.
Практические занятия проводятся в виде работы у постели больного, демонстрации тематического видеоматериала и других наглядных пособий, решения ситуационных задач, тестовых заданий, разбора клинических примеров. Работа студента в группе формирует чувства коллективизма, личной ответственности и коммуникабельность. Необходимо уделять внимание формированию навыков общения с больным.
Работа с пациентами способствует формированию деонтологического поведения, аккуратности, дисциплинированности.
При разборе нозологических форм по определенным заболеваниям рекомендовано придерживаться следующей последовательности:
- определение;
- актуальность изучаемой нозологической формы и история изучаемого вопроса;
- этиология;
- патогенез, в том числе генетических факторов в развитии заболевания, наличие сопутствующей патологии, патоморфология;
- клиническая картина;
- критерии оценки степени тяжести течения в разные периоды болезни;
- осложнения;
- возможные исходы, критерии выздоровления, развития хронического течения, причины летальных исходов;
- лабораторная и инструментальная диагностика;
- критерии постановки диагноза в разные периоды заболевания;
- дифференциальный диагноз;
- лечение: этиологическое, патогенетическое, симптоматическое с учетом возраста и тяжести течения заболевания, оказание экстренной медицинской помощи при неотложных состояниях, лечение тяжелых форм заболеваний, лечение и профилактика возможных осложнений, лечение в условиях стационара и в амбулаторных условиях;
- диспансеризация, реабилитация;
- профилактика.
В соответствии с требованиями ФГОС ВО необходимо широкое использование в учебном процессе активных и интерактивных форм проведения занятий (деловые ролевые игры, разбор конкретных клинических ситуаций, выполнение заданий поисково-исследовательского характера при помощи интернет – ресурсов и т.д.). Удельный вес занятий, проводимых в интерактивных формах, должен составлять не менее 10% аудиторных занятий.

МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:
1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы.
2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля.
3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины, совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ:
При построении практического занятия преподаватели придерживаются следующего общего ориентировочного плана:
1. Организационный этап занятия (время - до 2%);
1) перекличка;

2) задание на дом следующей темы;
3) мотивация темы данного практического занятия;
4) ознакомление студентов с целями и планом занятия;
2. Контроль и коррекция исходного уровня знаний (время - до 20%):
1) теоретический опрос по текущей теме;
2) коррекция преподавателем теоретических знаний студентов;
3) этап демонстрации преподавателем практических навыков (время - до 15%)
4) этап демонстрации самостоятельной работы студентов (защита доклада с презентацией) (время - до 45%)
5) заключительный этап занятия (время - до 18%):
а) итоговый заключительный контроль сформированных теоретических знаний и умений с помощью решения ситуационных задач;
б) подведение итогов практического занятия (характеристика преподавателем выполнения студентами всех целей занятия и индивидуальная оценка знаний и навыков).

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ
подразумевает подготовку к практическим занятиям и включает изучение специальной литературы по теме (рекомендованные учебники, методические пособия, ознакомление с материалами, опубликованными в монографиях, специализированных журналах, на рекомендованных медицинских сайтах); выполнение заданий поисково-исследовательского характера с помощью интернет-ресурсов; подготовка конспектов, выступлений на семинаре, рефератов, мультимедийных презентаций; проведение деловых игр. Самостоятельная работа рассматривается как вид учебной работы по дисциплине и выполняется в пределах отводимых на СРС часов. Каждый обучающийся обеспечивается доступом к учебно-методическому кабинету кафедры и библиотечным фондам ВУЗа.
По каждому разделу на кафедре разработаны методические рекомендации для студентов, а также методические указания для преподавателей.
Рекомендации по планированию и организации времени, необходимого для изучения дисциплины.
1. Рекомендуется следующим образом организовать время, необходимое для изучения дисциплины: Изучение конспекта лекции в тот же день, после лекции – 10-15 минут.
Изучение конспекта лекции за день перед следующей лекцией – 10-15 минут. Изучение теоретического материала поучебнику и конспекту – 1 час в неделю. Подготовка к практическому занятию – 2 час.
Всего в неделю – 3 часа 30 минут.
2. Описание последовательности действий студента:
Для понимания материала и качественного его усвоения рекомендуется следующая последовательность действий:
После прослушивания лекции и окончания учебных занятий, при подготовке к занятиям следующего дня, нужно сначала просмотреть и обдумать текст лекции, прослушанной сегодня (10-15 минут).
При подготовке к лекции следующего дня, нужно просмотреть текст предыдущей лекции, подумать о том, какая может быть тема следующей лекции (10-15 минут).
В течение недели выбрать время (1-час) для работы с рекомендуемой литературой в библиотеке.
При подготовке к практическим занятиям следующего дня, необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме домашнего задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи.
3. Рекомендации по использованию материалов учебно-методического комплекса. Рекомендуется использовать методические указания по курсу и текст лекций преподавателя.

4. Рекомендации по работе с литературой:
Теоретический материал курса становится более понятным, когда дополнительно к прослушиванию лекции и изучению конспекта, изучаются и книги. Легче освоить курс, придерживаясь одного учебника и конспекта. Рекомендуется, кроме «заучивания» материала, добиться состояния понимания изучаемой темы дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько простых упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?.
5. Советы по подготовке к рубежному и промежуточному контролю:
Дополнительно к изучению конспектов лекции необходимо пользоваться учебником. Кроме «заучивания» материала, очень важно добиться состояния понимания изучаемых тем дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?.
При подготовке к промежуточному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно решить несколько типовых задач из каждой темы. При решении задач всегда необходимо уметь качественно интерпретировать итог решения.
6. Указания по организации работы по выполнению домашних заданий. При выполнении домашних заданий необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи, а затем приступить к расчетам и сделать качественный вывод.
7. При подготовке к промежуточному и рубежному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно выполнить несколько типовых заданий.
8. Отработки пропущенных занятий:
Контроль над усвоением студентами материала учебной программы дисциплины осуществляется систематически преподавателем кафедры и отражается в журнале преподавателя и в баллах. Студент, получивший неудовлетворительную оценку по текущему материалу, обязан подготовить данный раздел и ответить по нему преподавателю на индивидуальном собеседовании.
Пропущенная без уважительных причин лекция должна быть отработана методом устного опроса лектором или подготовки реферата по материалам пропущенной лекции в течение месяца со дня пропуска. Возможны и другие методы отработки пропущенных лекций (опрос на практических, тестовый контроль и т.д.). Отработка практических занятий.
- Каждое занятие, пропущенное студентом без уважительной причины, отрабатывается в обязательном порядке. Отработки проводятся по расписанию кафедры, согласованному с деканатом.
- Пропущенные занятия должны быть отработаны в течение 10 дней со дня пропуска. Пропущенные студентом без уважительной причины семинарские занятия отрабатываются не более одного занятия в день. Пропущенные занятия по уважительной причине (по болезни, пропуски с разрешения деканата) отрабатываются по тематическому материалу без учета часов.
- Студент, не отработавший пропуск в установленные сроки, допускается к очередным занятиям только при наличии разрешения декана или его заместителя в письменной форме. Не разрешается устранение от очередного семинарского занятия студентов, слабо подготовленных к данным занятиям.

- Для студентов, пропустивших семинарские занятия из-за длительной болезни, отработка должна проводиться после разрешения деканата по индивидуальному графику, согласованному с кафедрой.
- В исключительных случаях (участие в межвузовских конференциях, соревнованиях, олимпиадах, дежурство и др.) декан и его заместитель по согласованию с кафедрой могут освобождать студентов от отработок некоторых пропущенных занятий.

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ КУРАЦИИ ПАЦИЕНТКИ.

1.Теоретическая подготовка к курации пациентки (ознакомление с тематикой больного).
2.Распределение пациенток среди студентов.
3.Установление доверительного контакта с пациенткой.
5.Сбор жалоб и анамнеза болезни и жизни пациентки.
6.Осмотр и обследование по системам внутренних органов.
7.Осмотр и описание клинического статуса.
8.Постановка предварительного диагноза.
9.Сбор лабораторных данных исследования.
10.Проведение дифференциального диагноза.
11.Постановка клинического диагноза.
12.Определение тактики предполагаемого ведения пациентки.
13.Написание дневников, этапного или выписного эпикриза в в учебной истории больного.
14.Краткое резюме по этиологии, патогенезу, клинике и лечению по современным данным литературных источников.
15.Обсуждение учебной истории болезни в группе среди студентов и с преподавателем кафедры.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ.

Студент заполняет историю болезни согласно указанной схеме:
1. Общие сведения о пациентке;
2. Жалобы.
3. Анамнез болезни (anamnesis mobi).
4. Анамнез жизни (namnesis vitae).
5. Объективное исследование.
6. Травматологический (ортопедический) статус.
7. Предварительный диагноз с обоснованием.
8. Лабораторные, инструментальные и дополнительные методы исследования.
9. Клинический диагноз.
10. Обоснование клинического диагноза.
11. Лечение.
12. Дневник.
13. Эпикриз.
14. Использованная литература.

ДОКЛАД С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ. Правила подготовки и написание:

Устное выступление - доклад должен представлять собой не пересказ чужих мыслей, а попытку самостоятельной проблематизации и концептуализации определенной, достаточно узкой и конкретной темы. Все имеющиеся в работе сноски тщательно выверяются и снабжаются «адресами». Недопустимо включать в свою работу выдержки из работ других авторов без указания на это, пересказывать чужую работу близко к тексту без отсылки к ней, использовать чужие идеи без указания первоисточника. Это касается и источников, найденных в Интернете. Необходимо указывать полный адрес сайта.

Все случаи плагиата должны быть исключены. В конце работы дается исчерпывающий список всех использованных источников.

Подготовка доклада к занятию.

Основные этапы подготовки доклада:

•выбор темы;

•консультация преподавателя;
•подготовка плана доклада;
•работа с источниками и литературой, сбор материала;
•написание текста доклада;
•оформление рукописи и предоставление ее преподавателю до начала доклада, что определяет готовность студента к выступлению;
•выступление с докладом, ответы на вопросы.
Тематика доклада предлагается преподавателем в ФОС.
Мультимедийные презентации - вид самостоятельной работы студентов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков студента по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материаловпрезентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у студентов навыки работы на компьютере.
Материалы-презентации готовятся студентом в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.
Требование к студентам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.
1. Тема презентации выбирается студентом из предложенного списка ФОС и должна быть согласованна с преподавателем и соответствовать теме занятия.
2. Этапы подготовки презентации
Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы)
Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы:
- как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации?
- что будет на слайде?
- что будет говориться?
- как будет сделан переход к следующему слайду?
3. Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:
- Имеет смысл быть аккуратным. Неряшливо сделанные слайды (разнобой в шрифтах и отступах, опечатки, типографические ошибки) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам студент - докладчик подошёл спустя рукава.
- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.
- Количество слайдов не более 30.
- Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.
- Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация, а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.
- Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1–2 минуты.
- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации.
- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.
- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.
- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого.
- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.

- Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издалека. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте.
4. Студент обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.
5. Инструкция докладчикам.
- сообщать новую информацию;
- использовать технические средства;
- знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;
- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;
- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;
Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение.
Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать:
- название презентации;
- сообщение основной идеи;
- современную оценку предмета изложения;
- краткое перечисление рассматриваемых вопросов;
- живую интересную форму изложения;
Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и
заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов. Заключение – это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.
ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К НАПИСАНИЮ ТЕСТОВ:
1. В одном тестовом задании 100 закрытых вопросов.
2. К вопросам даются готовые ответы на выбор, один из которых правильный и остальные неправильные.
3. За каждый правильный ответ – 1 балл.
4. Общая оценка определяется как сумма набранных процентов.
5. Набранное количество процентов переводится в баллы.
ЭТАЛОННЫЙ ВАРИАНТ ТЕСТА:
Для нормализации обменных процессов у плода и стимуляции окислительных реакций цикла Кребса применяют:
1. глюкозу (5-10%) раствор с инсулином
2. токолитики
3. спазмолитики
4. седативные препараты
5. все перечисленное.
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА ПО АКУШЕРСТВУ. ЭТАЛОННЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА.
УСЛОВИЕ: В роддом поступила первородящая 24 лет. В течение нескольких дней-головная боль, плохое самочувствие. До появления жалоб чувствовала себя здоровой. При осмотре: отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки. При кипячении мочи-большой хлопьевидный осадок. Артериальное давление 180/100 мм. рт. ст. Наружное исследование: тазовое предлежание, схватки через 4-5 минут, с/б плода слева, выше пупка, 140 уд. в минуту. Размеры таза: 25-28-31-20см. Влагалищное исследование: открытие полное, плодный пузырь цел, слева и спереди прощупывается левая ножка. Задняя поверхность лона и крестцовая впадина свободны. При проведении влагалищного исследования появились судороги, продолжавшиеся 3-4 мин., с потерей сознания.

1) Оцените состояние роженицы при поступлении.
2) Определите период родов.
3) О чем свидетельствует наличие плодного пузыря на данный момент родов?
4) Причина, спровоцировавшая судороги?
5) Какова тактика врача?
ОТВЕТЫ:
1) Эклампсия.
2) II период родов.
3) О физиологическом течении I периода родов.
4) Влагалищное исследование без ингаляционного наркоза.
5) Кесарево сечение.
Исходный уровень знаний студентов определяется тестированием и обязательным устным собеседованием, текущий контроль усвоения предмета определяется устным опросом в ходе практических занятий во время клинических разборов, при решении типовых ситуационных задач и модулей.
В конце цикла предусматривается проведение тестового контроля по всем пройденным темам в сочетании с устным собеседованием. Итоговый контроль включает в себя:
- собеседование по теоретическим вопросам;
- контроль практических умений и навыков;
- решение ситуационных задач.
ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ
При явке на диференцированный зачет или экзамен студенты обязаны иметь при себе зачётные книжки, которые они предъявляют экзаменатору в начале экзамена.
На промежуточном контроле студент должен верно ответить на теоретические вопросы билета и выполнить ситуационные задания.
Студенты могут использовать технические средства, справочно-нормативную литературу, наглядные пособия,учебные рограммы.
Оценка промежуточного контроля:
- min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия)
- 20-25 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ(в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению)
- 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания).
Вопросы по акушерству включены в Итоговую государственную аттестацию выпускников.