

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ЦЕНТР ПОСЛЕДИПЛОМНОГО И НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
Отдел программ хирургических специальностей

РАССМОТРЕНО

На заседании отдела протокол № \_\_\_\_\_

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024-года

Рук.отд. Белеков Ж.О. \_\_\_\_\_

УТВЕРЖДАЮ

Председатель УМК ЦПиНМО

Пр № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 -года

Токтосунова А.А. \_\_\_\_\_

ФОНД ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

Для переводной аттестации по специальности

002 “Акушерство и гинекология”

На 20\_\_\_\_-20\_\_\_\_ учебный год

2-курс 4-семестр

№	Наименование дисциплины	Всего часов 1152	Аудиторные занятия 10% ( 96 ч)		Практика 90%
			Лекция	Семинарские	
1.СД	Патологическое акушерство	672	28	28	616
2.СД	Неотложная помощь в акушерстве	240	10	10	220
3.СД	Новые современные методы профилактики и лечения акушерской патологии	192	8	8	176
4.	Аттестация	48	2	2	44

1.ФИО \_\_\_\_\_ подпись / \_\_\_\_\_ /

2.ФИО \_\_\_\_\_ подпись / \_\_\_\_\_ /

Эксперт –тестолог: ФИО \_\_\_\_\_ подпись/ \_\_\_\_\_ /

г.Ош - 2024

<b>№</b>	<b>Название дисциплины</b>	<b>Количество тестовых задач</b>	<b>% ное соотношение</b>
1	Патологическое акушерство	160	
2	Неотложная помощь в акушерстве	50	
3	Новые современные методы профилактики и лечения акушерской патологии	40	
<b>Итого:</b>		250	100

1. Укажите факторы риска преждевременных родов, относящихся к прошлым беременностям:

- 1) Высокий социально-экономический уровень
- 2) Многоплодная/индуцированная беременность
- 3) Возраст более 18, менее 34 лет
- 4) Конизация шейки матки

2. Назовите мероприятия, рекомендуемые для профилактики преждевременных родов:

- 1) Ограничение внутриматочных манипуляций
- 2) Не информированность о риске после ВРТ
- 3) Рутинное применение витаминов
- 4) Увеличение количества перенесенных эмбрионов

3. Выберите из нижеперечисленных вариантов препараты для вторичной профилактики преждевременных родов (в период беременности)

- 1) Прием йодомарина во время беременности
- 2) Дополнительный прием антиоксидантов
- 3) Назначение витаминных комплексов
- 4) Назначение вагинального прогестерона у женщин с преждевременными родами ванамнезе

4. Укажите наиболее точный маркер преждевременных родов

- 1) Длина шейки матки менее 3 см (по данным гинекологического исследования)
- 2) Выявление фибронектина в шейечно-вагинальном секрете
- 3) Определение фосфорилированного протеина 1 в шейечном секрете
- 4) Длина шейки матки менее 2,5 см (по данным УЗИ)

5. В женскую консультацию обратилась беременная 29 лет с жалобами на ноющие боли внизу живота и в пояснице. Срок беременности 15-16 недель. В анамнезе 1 роды и 3 мед. аборта. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 2, 5 см, наружный зев зияет, канал шейки матки закрыт, матка увеличена соответственно сроку беременности, выделения из половых путей слизистые, умеренные. Назовите наиболее вероятный диагноз

- 1) угрожающий самопроизвольный выкидыш
- 2) начавшийся самопроизвольный выкидыш
- 3) внематочная беременность
- 4) истмико-цервикальная недостаточность

6. Укажите фактор, сопровождающий невынашивание беременности, обусловленное аутоиммунными процессами

- 1) низким прикреплением плаценты
- 2) аномалиями развития плаценты
- 3) нарушениями дифференцировки ворсинчатого дерева
- 4) снижением массы тела плода

7. Охарактеризуйте состояние шейечного канала при неполном аборте

- 1) закрыт или приоткрыт слегка
- 2) закрыт полностью
- 3) открыт внутренний зев
- 4) открыт наружный и внутренний зев

8. Определите уровень здравоохранения, где Все случаи серкляжа в сроках от 22 до 26 недель в

- 1) акушерском стационаре II уровня;
- 2) акушерском стационаре III уровня
- 3) дневном стационаре;
- 4) в поликлинике по МЖ

9. За консультацией обратилась беременная 30 лет с жалобами на ноющие боли внизу живота и в пояснице. Срок беременности 16-17 недель. В анамнезе 1 роды и 2 самопроизвольных выкидыша в сроке 14-15 недель. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 2, 5 см, наружный зев зияет, канал шейки матки закрыт, матка увеличена соответственно сроку беременности, выделения из половых путей слизистые, умеренные. Определите тактику врача женской консультации

- 1) госпитализировать беременную
- 2) назначить амбулаторное лечение
- 3) прервать беременность
- 4) назначить лечение на дому, при неэффективности - госпитализация

10. В женскую консультацию обратилась женщина 28 лет с жалобами на задержку менструации в течении 2 месяцев, небольшие тянущие боли внизу живота. при влагалищном исследовании определяется матка, увеличенная до 8 недель беременности, цервикальный канал закрыт, придатки без особенностей. Установите диагноз

- 1) Беременность 8 недель. Угрожающий самопроизвольный аборт
- 2) Беременность 8 недель, неразвивающаяся беременность
- 3) Беременность 8 недель, внематочная беременность

4) Узловатая миома матки. Некроз миоматозного узла

11. Укажите причины невынашивания беременности во II триместре :

1 хромосомные нарушения

2 миома матки

3 изосенсебилизация

4 истмико-цервикальная недостаточность

12. Укажите нарушение менструальной функции , наиболее часто являющееся причиной невынашивания

1 недостаточность 1 фазы менструального цикла

2 недостаточность 2 фазы менструального цикла

3 ановуляция

4 гиперполименорея

13. Определите отличие пролонгированной беременности от переносимой беременности

1. не отличаются

2. с признаками переносимости

3. без признаков переносимости

4. патологическим изменением состоянием плаценты

14. Укажите частый преморбидный фон для переносимой беременности

1. медикаментозные лечения во время беременности

2. соматические заболевания, детские инфекции, имеющие значение в становлении гипоталамо-гипофизарных процессов, участвующих в формировании репродуктивной системы

3. различные инфекционные заболевания

4. эндокринологические нарушения организма беременной женщины

15. Определите признаки синдрома Беллентайна – Рунге

1. наличие пушковых волос

2. неплотные кости черепа

3. нормальное количество сыровидной смазки

4. багровые ладони и стопы

16. Определите осложнения при переносимой беременности и запоздалых родах

1) внутриутробная гипоксия плода

2) слабость родовой деятельности

3) клинически узкий таз

4) кефалогематома

17. Укажите осложнения, связанные с переносимостью во время родов:

1) Синдром аспирации меконием

2) Дистоция плечиков

3) Антенатальная гибель плода

4) Послеродовое кровотечение

18. Укажите разовую дозу мифепристона при индукции родов переносимой беременности

1. 50 мг

2. 100 мг

3. 150 мг

4. 200 мг

19. Первобеременная 31 лет поступила в родильный дом в сроке беременности 42 недели. ВДМ – 38 см, ОЖ – 115 см. Размеры таза: 26-28-32-20 см. Головка плода над входом в малый таз, кости головки плода плотные. При влагалищном исследовании: шейка матки длиной 3 см, отклонена кзади, плотная, наружный зев пропускает кончик пальца, внутренний зев закрыт. Установите диагноз:

1) Переносимая беременность (42 недели). Крупный плод. Незрелая шейка матки

2) Переносимая беременность (42 недели). Крупный плод

3) Переносимая беременность (42 недели). Крупный плод. Общеравномерно суженный таз

4) Переносимая беременность (42 недели). Крупный плод. Зрелая шейка матки

20. В родовое отделение 20 ноября поступила первобеременная 24 лет. Последняя менструация 29 января, первый пошевел плода 19 июня. Встала на учет 2 апреля, был определен срок беременности 8—9 недель. Жалобы на нерегулярные ноющие боли внизу живота и поясничной области в течение 10 дней, ухудшение шевеления плода. Объективно: рост 164 см, вес 73 кг. АД 115/80, 120/80 мм ртутного столба. Отеков нет. Размеры таза: 25—28—31—20 см. ВСДМ 39 см, ОЖ 103 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное 132 удара в 1 минуту. Проведена КТГ плода: 6 баллов по шкале Фишера. Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки отклонена кзади, длиной 2,5 см, плотная, зев закрыт. Головка плода прижата ко входу в таз. Мыс не достигается. Установите диагноз.

1. Беременность 42-43 недели. Переносимая беременность Патологический прелиминарный период. Крупный плод. ХВГП. Незрелая шейка матки

2. Беременность 42-43 недели. Переносимая беременность Патологический прелиминарный период. ХВГП. Зрелая шейка матки

3. Беременность 41-42 недели. Переношенная беременность Патологический прелиминарный период. Крупный плод. ХВГП. Незрелая шейка матки

4. Беременность 41-42 недели. Переношенная беременность. I период родов. Незрелая шейка матки  
21. В родильное отделение акушерского стационара II уровня поступила первобеременная 24 лет. Срок беременности 41,3 нед. Жалобы на нерегулярные ноющие боли внизу живота и поясничной области в течение 10 дней, ухудшение шевеления плода. Соматический статус без особенностей. Размеры таза: 26-28-31-20 см. ВСДМ 39 см, ОЖ 103 см. Положение плода продольное, предлежание головное, первая позиция, передний вид. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное, 132 уд./мин. Проведена КТГ плода: 6 баллов по шкале Fisher. Per vaginam: влагалище нерожавшей, шейка матки отклонена кзади, длиной 2,5 см, плотная, зев закрыт. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Диагональная конъюгата (conjugate diagonalis) 12,5 см. Установите диагноз и определите тактику ведения

1. Беременность 41,3 нед. Головное предлежание плода. «Незрелая» шейка матки. Тенденция к перенашиванию. Внутриутробная гипоксия плода. Крупный плод. Акушерская тактика- родовозбуждение.

2. Беременность 41,3 нед. Головное предлежание плода. «Незрелая» шейка матки. Внутриутробная гипоксия плода. Крупный плод. Акушерская тактика-подготовка шейки матки к родам.

3. Беременность 41,3 нед. Головное предлежание плода. «Незрелая» шейка матки. Тенденция к перенашиванию. Внутриутробная гипоксия плода. Крупный плод. Акушерская тактика-кесарево сечение

4. Беременность 41,3 нед. Головное предлежание плода. «Незрелая» шейка матки. Внутриутробная гипоксия плода. Крупный плод. Акушерская тактика-продолжение беременности до начала спонтанных схваток

22. В роддом 22 июля поступила беременная Р., 30 лет. Жалобы на подтекание околоплодных вод в течение часа, учащение шевелений плода в последние 2-3 дня. Менструации с 16 лет, нерегулярные, скудные, болезненные. Последняя менструация 25-29 сентября прошлого года. Первое шевеление плода ощутила 14 февраля. С 16 недель хроническая первичная компенсированная плацентарная недостаточность, получала стационарное лечение, эффект положительный. Соматический статус без особенностей Отеков нет. ОЖ 112 см. ВДМ 38 см. Размеры таза: 25-27-30-20 см. Матка при пальпации мягкая. Предлежит головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода справа ниже пупка приглушенное, ритмичное, 125 уд/мин. При осмотре: нпо развиты правильно. Per speculum: влагалище узкое, свободное. Шейка матки конической формы, чистая. Зев округлый. Подтекают мутные, густые зеленые воды в небольшом количестве. В водах пушковые волосы, сыровидная смазка. Per vaginam: шейка матки укорочена до 2 см, мягковатая, отклонена кзади, наружный зев пропускает кончик пальца. Через своды высоко определяется плотная предлежащая часть. Мыс не достижим. Кардиотохограмма: оценка по Фишеру 4-5 баллов. Установите диагноз.

1. Беременность 40-41 недель. Хроническая плацентарная недостаточность. Внутриутробная гипоксия плода. Преждевременное излитие вод. Крупный плод. Возрастная первородящая.

2. Беременность 40-41 недель. Преждевременное излитие вод. Внутриутробная гипоксия плода. Крупный плод. Возрастная первородящая.

3. Переношенная беременность. Хроническая плацентарная недостаточность. Внутриутробная гипоксия плода. Преждевременное излитие вод. Крупный плод. Возрастная первородящая.

4. Переношенная беременность. I период родов. Крупный плод. Возрастная первородящая.

23. Беременная В., 26 лет, поступила в роддом в 13.00 часов, в сроке беременности 43 недели, по поводу начавшейся родовой деятельности. Состояние удовлетворительное. ОЖ 108 см. ВДМ 37 см. Размеры таза: 25-27-30-21 см. Пальпаторно: схватки регулярные, интенсивные, по 20-30 секунд, через 4-5 минут. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 136 уд/мин.

Per vaginam: шейка матки сглажена, края мягкие, тонкие, легко растяжимые, по проводной оси таза, открытие 3 см. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. При осмотре излились светлые околоплодные воды в количестве 100 мл. Мыс не достижим.

Кардиотохограмма: оценка по Фишеру 8 баллов. В 23.00 часа родоразрешилась живым ребенком мужского пола, массой 3900 г, длиной 50 см. Кожные покровы чистые, закричал сразу, рефлексы хорошо выражены, движения активные, сердцебиение 134 уд/мин. На головке определяется большой родничок с гранью 2 см, в области малого родничка родовая опухоль. Пушковые волосы на плечиках. Кожа не мацерирована. Ногтевые пластинки доходят до края ногтевого ложа. Послед осмотрен - цел, без патологии. Установите диагноз.

1. Запоздалые роды в 42-43 недели. Головное предлежание. Преждевременное излитие вод.

2. Запоздалые роды в 42-43 недели. Тазовое предлежание. Преждевременное излитие вод.

3. Срочные роды. Крупный плод. Преждевременное излитие вод.

4. Срочные роды. Крупный плод. Маловодие.

24. У беременной при измерении таза получены следующие данные: - D.Spinarum - 25 см - D.Cristarum - 27 см - D.Trochanterica - 30 см - C.Externa - 20 см - C.Diagonalis - 13 см, - Индекс Соловьева - 15 см.

Определите форму таза:

1. общеравномерносуженным

2. нормальным
  3. кососмещенным
  4. поперечносуженным
25. У беременной при измерении таза получены следующие данные: - D.Spinarum - 24 см - D.Cristarum - 26 см - D.Trochanterica - 28 см - C.Externa - 18 см - C.Diagonalis - 12 см. Определите форму таза:
1. общеравномерносуженный
  2. нормальный
  3. простой плоский
  4. общесуженный плоский
26. Определите тактику ведения врача при несоответствии размеров таза матери и головки живого плода
1. применение родостимулирующей терапии
  2. укладывание роженицы на бок, соответствующий позиции плода
  3. применение акушерских щипцов
  4. родоразрешение операцией кесарева сечения
27. Выберите неверный ответ. Несоответствие головки плода размерам таза матери может возникнуть:
1. при крупном плоде
  2. при неправильном вставлении головки
  3. при предлежании плаценты
  4. при гидроцефалии
28. Охарактеризуйте сократительную функцию матки при слабости родовой деятельности
1. сохранением ритма
  2. уменьшением частоты схваток
  3. снижением внутриматочного давления
  4. снижением амплитуды сокращения матки
29. Через 30 минут после начала второго периода родов у повторнородящей появились кровянистые выделения из половых путей. АД 120/70 мм.рт.ст. Схватки через 2-3 минуты по 50 секунд, хорошей силы. Матка плохо расслабляется вне схватки, болезненна при пальпации в нижнем сегменте, размеры таза 26-27-30-18 см. Сердцебиение плода глухое. Катетеризация мочевого пузыря не удается из-за механического препятствия. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, головка прижата ко входу в малый таз, на головке большая родовая опухоль. Сагиттальный шов отклонен кпереди, достигаются большой и малый роднички, расположенные на одном уровне. Установите диагноз.
1. Клинический узкий таз, начавшийся разрыв матки
  2. Общеравномерносуженный узкий таз. Слабость родовой деятельности.
  3. Поперечносуженный узкий таз. Дискоординированная родовая деятельность.
  4. Поперечносуженный узкий таз. Тетания матки.
30. Через 30 минут после начала второго периода родов диагностирован: клинический узкий таз, начавшийся разрыв матки. Определите тактику врача
1. экстренное чревосечение, нижнесрединная лапаротомия, кесарево сечение, ушивание разрыва матки.
  2. экстренное чревосечение, нижнесрединная лапаротомия, кесарево сечение, экстирпация матки
  3. экстренное чревосечение, нижнесрединная лапаротомия, кесарево сечение, ампутация матки.
  4. экстренное чревосечение, нижнесрединная лапаротомия, кесарево сечение
31. Назовите основную причину слабости родовой деятельности являются:
1. ригидность шейки матки
  2. снижение уровня эндогенных простагландинов
  3. несоответствие между размерами головки плода и тазом матери
  4. длительный прелиминарный период
32. Повторнородящая со сроком беременности 42-43 нед в родах 6 часов, безводный период 10 часов. Акушерский статус: ОЖ - 110 см, ВДМ - 39 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода - 140 уд/мин. Влагалищное исследование: шейка матки сплажена, открытие маточного зева 2 см, плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достижим. Установите диагноз.
- 1) Беременность 42-43 нед. I период родов. Крупный плод
  - 2) Беременность 42-43 нед I период родов. Дородовое излитие околоплодных вод. Первичная слабость родовой деятельности. Крупный плод
  - 3) Беременность 42-43 нед. Дородовое излитие околоплодных вод. I период родов. Крупный плод.
  - 4) Беременность 42-43 нед. Раннее излитие околоплодных вод. I период родов. Крупный плод.
33. В родильном зале районной больницы находится первородящая Л., 23 лет. Беременность 40 нед. Схватки начались 14 ч назад, темп развития родовой деятельности медленный. Околоплодные воды излились 4 ч назад, светлые. Схватки через 5-6 мин по 30 с слабые, per vaginam открытие маточного зева 7-8 см. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз. С целью усиления родовой деятельности начато внутривенное введение

окситоцина (инфузомат). Через 1 ч от начала стимуляции начались потуги через 2–3 мин по 45 с. Сердцебиение плода глухое, аритмичное, 90 уд./мин. Повторное *per vaginam*: открытие шейки матки полное, предлежание головное, головка плода расположена в плоскости выхода малого таза, сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок спереди у лона. Плодного пузыря нет. Поставьте диагноз и определить тактику.

1. Беременность 40 недель. II период срочных родов в головном предлежании. Первичная слабость родовой деятельности. Родостимуляция окситоцитом. Дистресс плода. Тактика ведения-Кесарево сечение

2. Беременность 40 недель. II период срочных родов в головном предлежании. Вторичная слабость родовой деятельности. Родостимуляция окситоцитом. Дистресс плода. Тактика ведения-Вакуум-экстракция плода.

3. Беременность 40 недель. II период срочных родов в головном предлежании. Первичная слабость родовой деятельности. Родостимуляция окситоцитом. Дистресс плода. Тактика ведения-Акушерские щипцы.

4. Беременность 40 недель. II период срочных родов в головном предлежании. Вторичная слабость родовой деятельности. Родостимуляция окситоцитом. Дистресс плода. Тактика ведения-Кесарево сечение.

34. У первородящей 30 лет 6 ч назад в ожидаемый срок начались роды. Схватки через 2–5 мин по 35–40 с, во время схваток сильные боли, больше в поясничной области. Поведение беспокойное.

Беременность четвертая, в анамнезе три-мед. аборты с последующим бесплодием. Настоящая беременность наступила с помощью ВРТ. Соматический статус и размеры таза в пределах нормы. Матка при пальпации безболезненная, вне схватки полностью не расслабляется. Положение плода продольное, предлежание головное. Сердцебиение плода 150 уд./мин, ритмичное. Предполагаемая масса плода 3100 г. *Per vaginam*: влагалище нерожавшей, шейка матки укорочена до 0,5 см, края ее плотные, плохо растяжимы. Раскрытие маточного зева 3 см. Плодный пузырь цел, на схватку не наливается, головка плода прижата ко входу в малый таз. Диагональная конъюгата (*conjugata diagonalis*) 12,5 см. Поставить диагноз и определить тактику

1. Беременность 40 недель. Отягощенный гинекологический анамнез. Беременность, наступившая в результате ВРТ. I период срочных родов в головном предлежании. Дородовое излитие околоплодных вод. Тактика-выжидательная, непрерывный КТГ плода

2. Беременность 40 недель. Отягощенный гинекологический анамнез. Беременность, наступившая в результате ВРТ. I период срочных родов в головном предлежании. Плоский плодный пузырь. Дородовое излитие околоплодных вод. Тактика-кесарево сечение.

3. Беременность 40 недель. Отягощенный гинекологический анамнез. Беременность, наступившая в результате ВРТ. I период срочных родов в головном предлежании. Плоский плодный пузырь. Дискоординация родовой деятельности. Тактика-кесарево сечение

4. Беременность 40 недель. Отягощенный гинекологический анамнез. Беременность, наступившая в результате ВРТ. I период срочных родов в головном предлежании. Плоский плодный пузырь. Дискоординация родовой деятельности. Тактика-ранняя амниотомия, непрерывный КТГ плода

35. В родильное отделение акушерского стационара II уровня доставлена роженица 19 лет, схватки начались 14 ч назад. Беременность доношенная. В анамнезе самопроизвольный выкидыш в 9 нед. беременности. Схватки через 5–6 мин по 30 с, слабые. Роженица дремлет между схватками.

Объективно: рост 163 см, вес 65 кг. Размеры таза 26–29–32–21 см. АД 110/70, 115/70 мм рт. ст. Положение плода продольное, предлежание головное, Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд./мин. Предполагаемая масса плода 3400 г. *Per vaginam*: влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, края мягкие, растяжимые, открытие 4 см. Плодный пузырь цел. Головка плода прижата ко входу в малый таз, *sutura sagittalis* в правом косом размере таза, *fonticulus parvus* слева спереди. Мыс не достигается. Установите диагноз и определите тактику ведения на данном этапе.

1. Беременность 40 недель. ОГА. I период срочных родов (активная фаза) в головном предлежании. Первичная слабость родовой деятельности

2. Беременность 40 недель. ОГА. I период срочных родов (латентная фаза) в головном предлежании. Первичная слабость родовой деятельности

3. Беременность 40 недель. ОГА. I период срочных родов (латентная фаза) в головном предлежании. Вторичная слабость родовой деятельности

4. Беременность 40 недель. ОГА. II период срочных родов (латентная фаза) в головном предлежании. Первичная слабость родовой деятельности

36. Определите врачебную тактику при диагнозе: первичная слабость родовой деятельности, открытие шейки матки на 4 см, безводный период 6 часов?

1 вскрытие плодного пузыря

2 медикаментозный отдых

3 стимуляция родовой деятельности

4 кесарево сечение

37. Повторнородящая 28 лет, 3 года назад-кесарево сечение в нижнематочном сегменте по поводу клинически узкого таза. Родовая деятельность слабая. Полная соразмерность головки плода и таза

матери. Длительность родов 5 часов. Шейка укорочена до 1,5 см., цервикальный канал проходим для одного пальца. Плодный пузырь цел. Определите акушерскую тактику.

- 1 стимуляция родовой деятельности на фоне спазмолитиков
- 2 амниотомия и стимуляция простагландинами
- 3 медикаментозный сон-отдых на 2-3 часа, затем амниотомия и родостимуляция
- 4 операция кесарево сечение

38. Укажите показание для индукции родов:

- 1.внутриутробная гибель плода
- 2.макросомия плода
- 3.по желанию женщины
- 4.ЗВУР, неудовлетворительное состояние плода

39. Назовите механический метод индукции родов:

- 1.амниотомии
2. окситоцина
- 3.мифепристона
- 4.катетера Фоллея

40. Определите сроки назначения окситоцина при отсутствии плодного пузыря:

1. не ранее чем через 6 часов после введения последней дозы PGE
2. не позже чем через 6 часов после введения последней дозы PGE
3. не позже, чем через 4 часа после последней дозы мизопростола
4. не ранее, чем через 4 часа после последней дозы мизопростола.

41. Определите сроки назначения окситоцина, если была индукция мизопростолом

1. не позже, чем через 4 часа после последней дозы мизопростола
2. не ранее, чем через 4 часа после последней дозы мизопростола
3. не позже, чем через 6 часа после последней дозы мизопростола
4. не ранее, чем через 6 часа после последней дозы мизопростола

42. Определите открытия маточного зева, при котором рекомендуется рутинная амниотомия.

.Более \_\_\_\_ см

- 1)3см
- 2)4см
- 3)5 см
- 4) 7см

43. Выберите предпочтительный метод родовозбуждения при наличии зрелой шейки :

- 1)амниотомия
- 2)медицинский сон-отдых
- 3)простогландины
- 4)катетер Фоллея

44. Пациентка А.Р.Л., 22 лет поступила в родильный дом 10 декабря. При поступлении жалобы на схваткообразные боли, носящие регулярный характер. Схватки продолжительностью по 25-30 секунд, интервал между ними составляет 3-4 минуты. Околоплодные воды не изливались. Женщина ощущает схватки в течение 8 часов. Последние менструации были с 06.03 по 11.03, в ожидаемый срок. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. РВ: шейка сглажена, открытие маточного зева 4 см. Плодный пузырь цел, наливается слабо при схватках. Головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок справа, сзади, ниже большого. Таз емкий: мыс не достигим, экзостозов нет, диагональная конъюгата более 12 см. Установите диагноз и тактику ведения.

1. Беременность 39 - 40 недель. Головное предлежание. I период родов. I слабость родовой деятельности. Амниотомия, родостимуляция.
2. Беременность 39 - 40 недель. Головное предлежание. I период родов. II слабость родовой деятельности. Кесарево сечение.
3. Беременность 39 - 40 недель. Головное предлежание. I период родов. I слабость родовой деятельности. Выжидательная тактика
4. Беременность 39 - 40 недель. Головное предлежание. I период родов. II слабость родовой деятельности. Выжидательная тактика

45. Пациентка А.Р.Л., 21 года поступила в родильный дом по скорой помощи 15 сентября. При поступлении жалобы на схваткообразные боли, носящие нерегулярный характер, в течение 6 часов. Схватки продолжительностью по 10-15 секунд, через 4-5 минут. Околоплодные воды не изливались. Последние менструации были с 08.12 по 11.12, в ожидаемый срок. Живот увеличен за счет беременной матки, соответственно доношенной гестации, остроконечной формы. Положение плода продольное, головка слегка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, 160 в минуту, слева ниже пупка. Размеры таза: 24- 26-28-18. Рост пациентки - 155 см. РВ: шейка матки сглажена, открытие цервикального канала 3 см. Края тонкие, растяжимые. Плодный пузырь цел, натянут на головке плода. Головка плода слегка прижата ко входу в малый таз. Установите диагноз и тактику ведения.

1. Беременность 39 - 40 недель. Головное предлежание. Начало I периода родов. Плоский плодный пузырь. ОРСТ I ст. сужения. Кесарево сечение
2. Беременность 39 - 40 недель. Головное предлежание. Дородовое излитие околоплодных вод. Кесарево сечение.
3. Беременность 39 - 40 недель. Головное предлежание. Начало I периода родов. Плоский плодный пузырь. ОРСТ I ст. сужения. Произвести раннюю инструментальную амниотомию.. При возникновении клинического несоответствия родоразрешить операцией кесарева сечения.
4. Беременность 39 - 40 недель. Первичная слабость родовой деятельности. Произвести раннюю инструментальную амниотомию.. При возникновении клинического несоответствия родоразрешить операцией кесарева сечения.
46. Охарактеризуйте затяжные роды – это:
  1. роды, которые протекают медленнее, чем нормальные роды
  2. полное прекращение прогресса родов
  3. вариант нормальных родов
  4. роды, которые протекают быстрее, чем нормальные роды
47. Определите дальнейшую тактику ведения при при отсутствии продвижения головки плода в течение одного часа после начала введения окситоцина и расположении головки плода 2/5 и выше:
  1. кесарево сечение
  2. акушерские щипцы
  3. вакуум-экстракция
  4. перидуральная анестезия
48. Укажите возможные причины временного ослабления родов:
  1. полный мочевой пузырь
  2. опорожненный мочевой пузырь
  3. свобода передвижения
  4. присутствие партнера в родах
49. Определите показания к операции кесарева сечения в плановом порядке при тазовом предлежании плода являются:
  - 1 анатомическое сужение таза
  - 2 возраст первородящей старше 25 лет
  - 3 привычное невынашивание, мертворождение в анамнезе
  - 4 гипотрофия плода различной этиологии
50. Укажите метод родоразрешения при ножном предлежании доношенного плода средних размеров и выявлении хронической гипоксии:
  - 1 амниотомия и стимуляция родовой деятельности простагландинами
  - 2 роды через естественные родовые пути с последующей экстракцией плода за тазовый конец
  - 3 роды через естественные родовые пути с применением перидуральной анестезии
  - 4 кесарево сечение
51. Определите точку фиксации при чистом ягодичном предлежании:
  - 1 седалищный бугор
  - 2 передняя подвздошная ость
  - 3 задняя ягодица
  - 4 передняя ягодица
52. Определите размер прорезывания последующей головки при тазовом предлежании:
  - 1 малым косым
  - 2 средним косым
  - 3 прямым размером
  - 4 большим косым
53. Укажите осложнения, возникающие в родах при тазовых предлежаниях:
  - 1 интранатальная гипоксия плода
  - 2 родовая травма плода
  - 3 аномалии родовой деятельности
  - 4 травма родовых путей
54. Повторнобеременная, первородящая, 28 лет. В анамнезе 2 самопроизвольных выкидыша. В родах - 14 ч. Открытие шейки 6 см. Соразмерность головки плода и таза матери полная. Предлежание - тазовое. Безводный промежуток 10 ч. На КТГ- гипоксия плода. Схватки редкие, короткие, слабые. Определите акушерскую тактику:
  - 1 начать антибактериальную терапию
  - 2 провести профилактику асфиксии плода
  - 3 начать стимуляцию родовой деятельности
  - 4 произвести операцию кесарева сечения
55. Укажите характерное осложнение во втором периоде родов при тазовом предлежании плода:
  - 1 разгибание головки плода
  - 2 поворот плода спинкой кпереди

3 выпадение петли пуповины

4 гипоксия плода

56. Пациентка А.Р.Л., 23 лет поступила в родильный дом 31 декабря с доношенной беременностью. При поступлении жалобы на схваткообразные боли, носящие регулярный характер. Схватки продолжительностью по 45-50 секунд, интервал между ними составляет 2-3 минуты. Околоплодные воды не изливались. Высота дна матки - 40 см, окружность живота - 102 см. Положение плода продольное, предлежащая часть – мягкая. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 в 1 минуту выше пупка слева. Размеры таза: 24-26-28- 18 см. Рост пациентки - 160 см. При бимануальном внутреннем исследовании выявлено, что шейка матки сглажена, открытие маточного зева 6 см. Плодный пузырь цел, наливается при схватках. Ягодицы прижаты ко входу в малый таз, межвертельная линия в левом косом размере. Установите диагноз. Какие дополнительные методы исследования необходимо произвести.?

1. Беременность 39 - 40 недель. Тазовое предлежание крупного плода. I период родов. ОРСТ I ст. Кардиотокография, УЗИ.

2. Беременность 39 - 40 недель. Ножное предлежание крупного плода. I период родов. ОРСТ I ст. Кардиотокография, УЗИ.

3. Беременность 39 - 40 недель. Тазовое предлежание крупного плода. I период родов. Поперечносуженный таз. Кардиотокография, УЗИ.

4. Беременность 39 - 40 недель. Тазовое предлежание крупного плода. I период родов. Нет необходимости дополнительных методов исследования

57. Укажите признак смешанно-ягодичного предлежания

1. предлежит одна ножка

2. предлежат обе ножки плода

3. предлежат ягодички и стопы плода

4. предлежат коленки плода

58. Укажите место, где располагается родовая опухоль при родах в ягодичных предлежаниях

1) на задней ножке

2) на передней ягодичке

3) на передней ножке

4) на передней ножке

59. Укажите расположение плаценты при предлежании:

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

60. Укажите расположение плаценты, при котором происходит частая ее «Миграция»

1) передней стенке матки

2) задней стенке матки

3) правой стенке матки

4) левой стенке матки

61. Определите причину кровотечения из половых путей при низкой плацентации

1) отслойка плаценты

2) склерозирование ворсин низко расположенной плаценты

3) дистрофические изменения ворсин хориона;

4) повышенное отложение фибриноидного вещества на поверхности плаценты;

62. Укажите наиболее характерный симптом низкой плацентации

1) артериальная гипотония

2) артериальная гипертензия

3) анемия

4) кровянистые выделения из половых путей

63. Укажите самый достоверный метод исследования при низкой плацентации плаценты

1) наружное акушерское исследование

2) внутреннее акушерское исследование

3) кольпоскопия

4) ультразвуковое сканирование

64. Укажите срок беременности, при котором впервые возникает кровотечение при предлежании плаценты

1) 8–12 нед

2) 16–20 нед

3) 22–24 нед

4) 28–32 нед

65. Определите характерный для полного истинного приращения плаценты признак:

1 сильное кровотечение из половых путей через 5-10 мин после рождения плода

2 небольшие кровянистые выделения из половых путей сразу после рождения плода

3 острый ДВС- синдром

4 отсутствие кровянистых выделений из половых путей в раннем послеродовом периоде

66. Определите метод родоразрешения при неполном предлежании плаценты, кровотечении из родовых путей до 200 мл и открытии маточного зева на 5-6 см:

1 через естественные родовые пути с ранней амниотомией и родостимуляцией

2 через естественные родовые пути с гемотрансфузией

3 через естественные родовые пути с ранней амниотомией

4 путем кесарева сечения

67. У повторнородящей, 26 лет установлено смешанное ягодичное предлежание плода. Во втором периоде родов отмечено выпадение петли пуповины, урежение сердцебиения плода до 100 уд. В минуту и глухость сердечных тонов. При влагалищном исследовании обнаружено: ягодичцы и стопы плода находятся в полости малого таза, во влагалище определяется выпавшая петля пуповины.

Определите тактику ведения на данном этапе.

1) заправить петлю пуповины, продолжить консервативное ведение родов

2) провести лечение асфиксии плода

3) продолжить консервативное ведение родов с оказанием пособия по Цовьянову

4) произвести операцию кесарева сечения в экстренном порядке

68. Повторнобеременная, 36 лет с доношенной беременностью поступила в стационар с излившимися околоплодными водами. В анамнезе кесарево сечение, произведенное 2 года назад в связи с острой гипоксией плода, послеродовый период осложнился эндометритом. Определите тактику ведения данной пациентки

1) начать вести роды через естественные родовые пути под кардиомониторным контролем.

2) провести профилактику внутриутробной гипоксии плода

3) провести исследование маточно-плацентарного кровотока

4) выполнить операцию кесарева сечения в экстренном порядке

69. Второй период родов, головка прижата ко входу в малый таз. Полное открытие шейки матки.

Лобный шов в поперечном размере, надбровные дуги слева. Определите тактику ведения:

1 консервативное ведение родов

2 родостимуляция

3 краниотомия

4 операция кесарева сечение

70. Определите тактику врача при перитоните, обусловленном несостоятельностью швов на матке после кесарева сечения:

1 экстренное чревосечение – надвлагалищная ампутация матки

2 экстирпация матки с оставлением незашитого влагалища

3 экстирпация матки с маточными трубами и дренирование брюшной полости через влагалище и латеральные каналы

4 интенсивная антибактериальная и инфузионная терапия, при отсутствии эффекта в течение 24 часов – экстирпация матки

71. Определите тактику ведения при повреждении мочевого пузыря во время операции кесарево сечение после ушивания дефекта :

1 проведение терапии уроантисептиками

2 выполнение пункционной нефростомии

3 постоянная катетеризация мочевого пузыря в течение 7-12 дней

4 выполнение открытой нефростомии

72. Определите показания к корпоральному кесарево сечению:

1 при наличии обширного спаечного процесса в области нижнего маточного сегмента

2 при выраженном варикозном расширении сосудов в области нижнего маточного сегмента

3 при планируемом последующем удалении матки

4 при неправильном положении плода

73. Охарактеризуйте признак несостоятельности рубца на матке в нижнем маточном сегменте

1 ротацию матки

2 толщину ткани нижнего сегмента менее 3 мм

3 спайки с соседними органами в области рубца на матке

4 наличие рубцовых изменений - локальных или по всей длине

74. Укажите срок беременности для проведения планового кесарева сечения

1) 37 недель

2) 38 недель

3) 39 недель

4) 41 неделя

75. Укажите оптимальную температуру воздуха в операционной при операции кесарева сечения

1) 22 градуса

2) 24 градуса

3) 25 градусов

4) 27 градусов

76. Укажите разрез на матке в предыдущих родах (кесарево сечение), наименее угрожаемый по разрыву матки

1. Т-образный разрез

2. Вертикальный разрез

3. Корпоральный

4. Поперечный

77. Определите состояние, для которого наиболее характерен длительный гипертонус матки

1) для предлежания плаценты

2) для преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты

3) для шеечно-перешеечной беременности

4) для тазовых предлежаниях

78. Укажите признак, характерный для преждевременной отслойки плаценты, расположенной на передней стенке матки.

1) локальная болезненность

2) схваткообразные боли в крестце и пояснице

3) отеки нижних конечностей

4) отеки передней брюшной стенки

79. Укажите характерный признак полного истинного приращения плаценты

1) отсутствие каких-либо кровянистых выделений из половых путей в послеродовом 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

80. Определите место врастания ворсин при истинном приращении плаценты

1) в базальный слой слизистой оболочки

2) в миометрий

3) в компактный слой слизистой оболочки

4) в спонгиозный слой слизистой оболочки

81. Определите тактику ведения пациентки при истинном приращении нормально расположенной плаценты

1) ручное отделение плаценты

2) выскабливание послеродовой матки

3) тампонада матки тампоном с фибриногеном

4) надвлагалищная ампутация матки

82. Определите тактику ведения пациентки при частичном плотном прикреплении плаценты на фоне физиологической кровопотери

1) одномоментное внутривенное введение окситоцина

2) капельное внутривенное введение метилэргометрина

3) внутримышечное введение питуитрина

4) ручное отделение плаценты

83. Назовите патологию, которая часто осложняется преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты

1) гестоз

2) воспалительные изменения эндометрия

3) инфекционно-аллергический васкулит

4) иммунологический конфликт между матерью и плодом

84. Назовите наиболее опасный клинический признак выраженной формы преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты

1) геморрагический синдром

2) болевой синдром

3) острая гипоксия плода

4) ДВС-синдром

85. Укажите условия для проведения влагалищного исследования при подозрении на предлежание плаценты

1) в женской консультации

2) в приемном покое родильного дома

3) в родильном отделении и только при развернутой операционной

4) не производят из-за опасности возникновения профузного кровотечения

86. Определите тактику родоразрешения пациентки при неполном предлежании плаценты, значительном кровотечении из родовых путей и открытии маточного зева на 5-6 см

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

87. Назовите признак, имеющий наибольшее значение в выборе тактики родоразрешения при неполном предлежании плаценты

1) предлежание плода (головное, тазовое)

2) состояние шейки матки (сглажена, укорочена, полностью открыта)

3) состояние плода (живой, мертвый)

4) выраженность кровотечения

88. Назовите частую причину задержки внутриутробного развития плода :

1 инфекции

2 генетические нарушения

3 злоупотребление мучными продуктами

4 диабет

89. Назовите причину развития симметричной внутриутробной задержки развития плода:

1 синдром Дауна

2 фенилкетонурия

3 микроцефалия

4 герпес

90. Назовите причины асимметричной внутриутробной задержки развития плода

1 гипертензия

2 токсикоз

3 дискордантные близнецы

4 краснуха

91. Выберите неправильное суждение. Для профилактики задержки развития рекомендуется

1 планировать беременность

2 регулярно наблюдаться у врача по беременности

3 регулярное стационарное лечение

4 отказ от вредных привычек

92. В гинекологическое отделение доставлена женщина Л., 22 лет. с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей. Из анамнеза: последняя менструация два месяца назад. Соматический статус без особенностей. Per speculum: шейечный канал раскрыт, виден нижний полюс плодного яйца, выступающего во влагалище. Per vaginam: тело матки увеличено до 6-недельного срока беременности, мягкой консистенции. Придатки не определяются. Своды влагалища не нависают. Выделения кровянистые, яркие, обильные. Канал шейки пропускает палец, в нем определяется плодное яйцо, свободно по всей окружности. Установите диагноз.

1. Беременность 6 недель. Самопроизвольный аборт в ходу

2. Беременность 6 недель. Угрожающий аборт

3. Беременность 6 недель. Начавшийся аборт

4. Беременность 6 недель. Неразвивающаяся беременность.

93. Беременная Н., 24 лет, обратилась в женскую консультацию при сроке беременности 6-7 недель. Данная беременность - 3-я, две первые - закончились самопроизвольными выкидышами в сроках 12-13 и 15-16 недель с выскабливанием полости матки. Из анамнеза выяснено, что в детстве часто болела ангиной, менархе с 15 лет, месячные нерегулярные, через 40-45 дней, по 3-4 дня. Последние месячные 2,5 месяца тому назад. Объективно: рост - 168 см, масса - 60 кг, рост волос на верхней губе, в области сосков, по белой линии живота. Установите диагноз.

1) Беременность 6-7 недель. Угрожающий самопроизвольный выкидыш

2) Беременность 6-7 недель. Привычное невынашивание. Гирсутизм.

3) Беременность 6-7 недель. Аборт в ходу. ОАА

4) Беременность 6-7 недель. Угрожающий самопроизвольный выкидыш

94. Первороберменная 24 лет поступила с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей. Последняя менструация 2,5 месяцев тому назад. Влагалищное исследование: шейка матки длиной 3 см, наружный зев закрыт, матка увеличена до 8-9 недель беременности. Придатки не определяются. Выделения из половых путей кровянистые, умеренные. Поставьте диагноз:

1) Беременность 8-9 недель. Угрожающий самопроизвольный выкидыш

2) Беременность 8-9 недель. Начавшийся самопроизвольный выкидыш

3) Беременность 8-9 недель. Неполный самопроизвольный выкидыш

4) Беременность 8-9 недель. Аборт в ходу

95. Повторнобеременная со сроком беременности 22-23 недели поступила в роддом с жалобами на чувство тяжести внизу живота. Матка увеличена до 22-23 недель беременности, возбудима. В анамнезе: преждевременные роды в сроке 31-32 недели, самопроизвольный выкидыш в сроке 20-21 нед. Влагалищное исследование: шейка матки длиной 1,5 см, мягкая, цервикальный канал свободно проходим для 1 поперечного пальца, плодный пузырь цел. Предлежащая часть высоко над входом в малый таз. Поставьте диагноз:

- 1) Беременность 22-23 нед. Начавшийся аборт. ОАА
- 2) Беременность 22-23 нед. Неполный аборт
- 3) Беременность 22-23 нед. Угрожающий поздний выкидыш. ИЦН. ОАА
- 4) Беременность 22-23 нед. Аборт в ходу

96. Больная 31 года поступила в стационар с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей и тянущие боли внизу живота. Задержка месячных - 2 месяца. В анамнезе - три самопроизвольных выкидыша. При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, цианотична, наружный зев пропускает кончик пальца, матка тестоватой консистенции, увеличена до 8 недель беременности, придатки без патологии, своды глубокие. Симптом "зрачка" отрицательный. Установите предварительный диагноз

- а) дисфункция яичников
- б) угрожающий выкидыш
- в) начавшийся выкидыш
- г) аборт в ходу

97. Повторнородящая 37 лет. Роды срочные 2. Схватки начались 10 часов тому назад, интенсивные. Головка прижата ко входу в м/таз. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 160 уд/мин. Признак Вастена (+). Нижний сегмент болезненный. Контракционное кольцо на уровне пупка. При влагалищном исследовании открытие зева полное, плодного пузыря нет, предлежит лоб, корень носа, надбровные дуги, глазницы. Головка прижата ко входу в м/таз. Роженица тужится. Установите диагноз, определите тактику ведения.

1. Срочные роды. Второй период родов. Лобное предлежание. Клинически узкий таз. Угрожающий разрыв матки. Родоразрешить путем операции кесарева сечения в экстренном порядке
2. Срочные роды. Первый период родов. Лобное предлежание. Клинически узкий таз. Угрожающий разрыв матки. Родоразрешить путем операции кесарева сечения в экстренном порядке.
3. Срочные роды. Второй период родов. Слабость родовой деятельности. Родостимуляция.
4. Срочные роды. Второй период родов. Слабость родовой деятельности. Вакуум Экстракция плода.

98. Беременность 32-33 нед. По данным УЗИ - неполное предлежание плаценты. Жалобы на незначительные тянущие боли внизу живота. Определите тактику врача ГСВ

1 наблюдение за беременной на дому с соблюдением постельного режима, назначением спазмолитиков и токолитиков

2 динамический ультразвуковой контроль в амбулаторных условиях за процессом миграции плаценты

3 срочная госпитализация с назначением строго постельного режима, проведение терапии

направленной на сохранение беременности и оптимизации функции фетоплацентарного комплекса

4 тактика врача зависит от состояния плода и самочувствия беременной

99. Определите условия вторичного наложения швов на промежность в послеродовом периоде:

- 1 отсутствие раневого отделяемого
- 2 отсутствие инфильтрата по линии разрыва
- 3 нормальная температура тела
- 4 разрыв промежности III — IV степени

100. Охарактеризуйте клиническую картину классического послеродового эндометрита:

- 1 развивается на 1-5 сутки после самопроизвольных или оперативных родов
- 2 фебрильная лихорадка
- 3 озноб
- 4 тахикардия

101. Назовите условие, от которого зависит частота эндометрита после кесарева сечения

- 1 от наличия хронических очагов инфекции у женщин
- 2 от длительности безводного промежутка
- 3 от шовного материала
- 4 от длительности родов

102. Укажите условие, обуславливающее субинволюцию матки после самопроизвольных родов

- 1 остатки плацентарной ткани, оболочек
- 2 особенность расположения матки
- 3 лохиометра
- 4 многоплодная беременность

102. Определите тактику для профилактики послеоперационных септических осложнений в послеоперационном периоде :

- 1 аспирационно-промывное дренирование полости матки
- 2 антибактериальная терапия
- 3 утеротоническая терапия
- 4 физические факторы

103. Назовите эндоскопический признак послеродового эндометрита

- 1 гнойно-фибринозный налет на стенках матки
- 2 расширение полости матки
- 3 наличие некротической децидуальной ткани

4 значительное количество кровяных сгустков

104. Назовите эндоскопический признак субинволюции матки

- 1 расширение полости матки
- 2 наличие большого количества сгустков крови
- 3 пласты децидуальной ткани
- 4 инъецированные и легко кровоточащие сосуды

105. Укажите состояние для которого характерна гистероскопическая картина на 8-9 сутки послеродового периода (гнойно-фибринозный налет на стенках матки, тяжистая ткань черного цвета, взбухающая над стенкой матки, мутные лохии со зловонным запахом)

- 1 эндомиометрит
- 2 эндомиометрит с задержкой плацентарной ткани
- 3 субинволюция матки
- 4 эндомиометрит с некрозом децидуальной ткани

106. Беременность 33-34 нед. Настоящая беременность 8-я по счету. В анамнезе 2 родов и 5 искусственных абортов, 2 из которых осложнились эндомиометритом. Пациентка предъявляет жалобы на продолжающиеся обильные кровяные выделения из половых путей. Болей нет. При пальпации матка в обычном тоне. Определите наиболее вероятные причины кровотечения

- 1 преждевременная отслойка низко расположенной плаценты
- 2 карцинома шейки матки
- 3 начавшиеся преждевременные роды
- 4 предлежание плаценты

107. Назовите препарат, применяемый для снижения кровопотери во время операции кесарева сечения

- 1) Дицинон
- 2) Транексамовая кислота
- 3) Окситоцин
- 4) Физиологический раствор

108. Назовите метод предпочтительного восстановления матки после операции кесарева сечения

- 1) Однорядным швом
- 2) Двурядным швом
- 3) Скобами
- 4) Баллоном

109. Назовите анестезию первого выбора при кесаревом сечении

- 1) Общая
- 2) Спинальная
- 3) Эпидуральная
- 4) Местная

110. Укажите сроки начала специфического лечения при обнаружении в шейке матки хламидий, микоплазмы, уреаплазмы или стрептококка группы во время беременности

- 1) с момента диагностики
- 2) только после 13 – 14 недель
- 3) только после 16 недель, когда сформируется плацента
- 4) только перед родоразрешением

111. Укажите причины синдрома дыхательных расстройств у плода :

- 1 внутриутробное инфицирование
- 2 пороки развития сердца
- 3 пороки развития диафрагмы
- 4 родовая травма

112. Укажите сроки, когда плод наиболее чувствителен к вирусному инфицированию:

1. В ранние сроки беременности
2. В середине беременности
- 3 В последние сроки беременности
4. Чувствительность к вирусному инфицированию не зависит от срока беременности

113. Опишите течение хронических инфекционных процессов во время беременности:

1. Находятся в стойкой ремиссии
2. Обычно обостряются
3. Влияние не выявлено
4. Протекают атипично

114. Назовите инфекции, являющиеся наиболее частой причиной эмбриопатий при внутриутробном инфицировании

1. Микотические
2. Бактериальные.
3. Вирусные
4. Паразитарные

115. Укажите сроки беременности поражения плода, приводящие к развитию инфекционных фетопатий:

1. 6 – 11 недель
2. 12 – 17 недель
3. 18 – 27 недель
4. 28 – 32 недели

116. Укажите сроки начала формирования воспалительной реакция у плода в ответ на инфицирование

1. 12 – 15 недель
2. 16 – 27 недель
3. 28 – 32 недели
4. 33 – 36 недель

117. Укажите осложнение, характерное при заболевании беременной краснухой:

1. Преждевременное прерывание беременности
2. Аномалии развития плода
3. Тяжелые поражения материнского организма
4. Первичная плацентарная недостаточность

118. Назовите фактор, определяющий тактику акушера-гинеколога, при заболевании краснухой во время беременности

1. Тяжесть клинических проявлений у матери
2. Срок беременности
3. Наличие сопутствующей патологии
4. Наличие заболевания краснухой у пациентки в анамнезе

119. Назовите частые для заболевания гриппом в I триместре беременности осложнения:

1. Аномалии развития плаценты
2. Врожденные пороки развития плода
3. Самопроизвольный выкидыш
4. Холестаз беременных

120. Назовите осложнение, развивающаяся при заболевании гриппом в 32 – 34 недели беременности:

1. Плацентарная недостаточность
2. Железодефицитная анемия
3. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
4. Эмболия околоплодными водами

121. Перечислите условия возникновения резус конфликтной беременности

1. аборт в анамнезе у резус-отрицательной беременной
2. переливание в анамнезе несовместимой крови по резус-фактору
3. сенсибилизацию матери к резус- фактору
4. наличие резус-отрицательного плода у резус-отрицательной матери

122. Укажите сроки, наиболее оптимальные для операции искусственного прерывания беременности по желанию женщины при наличии у нее резус-отрицательной крови

1. До 8-й недели беременности
2. На 9 – 10-й неделе беременности
3. На 11 – 12-й неделе беременности.
4. После 12 недель беременности.

123. Обоснуйте, проводится ли профилактика резус-сенсибилизации повторно беременной женщине, если в первую беременность антирезусный гамма-глобулин был введен в положенные сроки?

1. Проводится, паритет родов не имеет значения
2. Не проводится, так как правильная профилактика в первую беременность исключает развитие сенсибилизации
3. Не проводится, так как при повторной беременности, независимо от проведенной профилактики, сенсибилизация не возникает
4. Вопрос о проведении профилактики решается накануне родоразрешения

124. Охарактеризуйте темп развития гемолитической болезни плода

1. Постепенное
2. Молниеносное
3. Интермиттирующее
4. Течение гемолитической болезни в подавляющем большинстве случаев злокачественное.

125. Укажите, вводится ли антирезусный гамма-глобулин при тупых травмах живота во время беременности

1. Да
2. Нет, так как риск формирования ретрохориальной гематомы минимален
3. Введение гамма-глобулина зависит от срока беременности, при котором произошла травма
4. Введение гамма-глобулина зависит от желания пациентки

126. Определите сроки первого введения антирезусного гамма-глобулина при отсутствии антител у беременной

1. 18 – 20 недель
2. 26 – 28 недель
3. 28 – 32 недели
4. 35 – 37 недель

127. Пациентка 19 лет, группа крови В(І) Rh(-). Первая беременность, первые роды. В детском возрасте перенесла гемотрансфузию, профилактика резус-сенсibilизации не проведена. Определите тактику ведения данной пациентки

1. Наблюдение в ЖК, введение антирезусного гамма-глобулина в 28 недель
2. Наблюдение в ЖК, при появлении антител до 28 недель – направление в перинатальный центр.
3. Направление в перинатальный центр на сроке 20 – 22 недели
4. Наблюдение как при физиологической беременности

128. Укажите эффективными методами лечения резус-сенсibilизации

1. Трансплантация кожного лоскута от мужа
2. Плазмаферез
3. Неспецифическая десенсибилизирующая терапия
4. Введение антирезусного гамма-глобулина

129. Укажите частоту обследования женщины на наличие антител при резус конфликтной беременности:

1. 1 раз в неделю
2. 1 раз в 2 недели.
3. 1 раз в 3 недели.
4. 1 раз в месяц

130. Укажите меры профилактики резус-сенсibilизации:

1. Плазмаферез
2. Неспецифическая профилактика
3. Переливание крови с учетом резус-фактора
4. Трансплантация кожного лоскута от мужа

131. Укажите частые осложнения беременности при глистных инвазиях :

1. Самопроизвольное прерывание беременности
2. Развитие анемии
3. Преэклампсия
4. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

132. Назовите причины развития железодефицитной анемии у беременных

1. хроническая незначительная кровопотеря
2. нарушение всасывания железа в ЖКТ
3. хронический пиелонефрит
4. расход железа на фетоплацентарный комплекс

133. Определите, где снижается количество железа при железодефицитной анемии:

- 1 в селезенке
- 2 в костном мозге
- 3 в печени
- 4 в крови

134. Назовите характерный для железодефицитной анемии признак:

- 1 снижение концентрации гемоглобина
- 2 низкий цветовой показатель
- 3 анизоцитоз, пойкилоцитоз
- 4 уменьшение размеров эритроцитов (микроцитоз)

135. Назовите препараты, применяемые для лечения железодефицитной анемии

- 1 витамин В<sub>12</sub>
- 2 фолиевая кислота
- 3 витамин В<sub>6</sub>, В<sub>1</sub>
- 4 препараты железа

136. Укажите непосредственные причины возникновения анемии у беременных

1. от недостатка витаминов
2. от недостатка железа
3. от избытка микроэлементов
4. от нарушения режима труда и отдыха

137. Выберите неправильный ответ. Предрасполагающими факторами анемий у беременных могут быть:

1. частые и обильные кровотечения
2. гипоцидные гастриты
3. длительное кормление детей грудным молоком
4. длительное бесплодие

138. Укажите нехарактерный для анемии признак :

1. сухость кожи, ломкость ногтей
2. мышечная слабость
3. гипертония
4. снижение гемоглобина ниже 90 г/л

139. Укажите пути попадания токсоплазмы при беременности к плоду:

1. Трансплацентарно
2. Восходящим путем.
3. Гематогенно.
4. Лимфогенно.

140. Назовите частую форму клинического течения токсоплазмоза у беременных

1. В виде гриппоподобных состояний
2. В виде выраженной интоксикации
3. В виде астено-диспептического синдрома
4. Без выраженной клиники

141. Укажите маловероятный путь инфицирования плода и новорожденного при наличии у матери цитомегаловирусной инфекции

1. Трансплацентарный
2. При прохождении плода через естественные родовые пути во время родов
3. Грудное вскармливание
4. Лимфогенный

142. Назовите, развитие какого осложнения беременности гельминтозы часто имитируют у беременных:

1. Печеночной недостаточности
2. Язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
3. Холецистит
4. Раннего токсикоза

143. Укажите, с какими патологиями связано увеличение количества амниотической жидкости (многоводие):

1. аномалиями центральной нервной системы и дефектами нервной трубки
2. водянкой плода
3. пороками опорно-двигательного аппарата
4. сахарным диабетом у матери

144. Укажите, с чем сочетается уменьшение количества амниотической жидкости (маловодие):

- 1 пороками почек плода
- 2 внутриутробной задержкой плода
- 3 хромосомными нарушениями
- 4 внутриутробным инфицированием

145. Выберите состояние, для которого характерно многоводие

1. диабет беременных
2. резус-конфликта
3. фето-плацентарной недостаточности
4. нормально протекающей беременности

146. Укажите основной методы диагностики многоводия

1. ультразвуковом обследовании
2. рентгенографии плода в любом случае
3. влагалищном исследовании
4. томография плода

147. Определите показание для определения альфа-фетопротеина в крови беременной :

1. диабете
2. гестозе
3. подозрении на пороки развития ЦНС плода
4. хромосомных абберациях у отца

148. Перечислите критерии нормальной КТГ

- 1 базальный ритм 120-160 уд/мин
- 2 амплитуда variability базального ритма 10-25 уд/мин
- 3 регистрируются 2 акцелерации и более за каждые 10 мин наблюдения
- 4 спорадические, ранние короткие децелерации

149. Укажите, что отражают результаты кардиотокографии

- 1 степень выраженности гипоксии плода
- 2 степень насыщенности кислородом тканей плода
- 3 функцию сердца плода
- 4 характер реактивности сердечно-сосудистой системы плода

150. Определите причины брадикардии у плода

- 1 декомпенсация функции миокарда на фоне выраженной гипоксии

2 применение парасимпатолитиков

3 выраженная гипогликемия у матери

4 хориоамнионит

151. Укажите частое осложнение, развивающееся при первичном инфицировании женщины генитальным герпесом во время беременности

1. Преэклампсия

2. Невынашивание беременности

3. Сочетанное инфицирование цитомегаловирусом

4. Хориоамнионит

152. Определите сроки, когда при наличии у беременной токсоплазмоза токсоплазмы редко попадают к плоду (эмбриону):

1. При хронической фазе инфекции

2. При зачатии

3. В сроке после 22 недель беременности

4. В сроке после 28 недель беременности

153. Определите типичные фетопатии при токсоплазмозе

1. Фиброэластоз миокарда

2. Фетальный муковисцидоз

3. Гидроцефалия

4. Ретенционные кисты печени

154. Укажите причину развития ДВС в акушерстве

1. рвота беременных

2. мертвый плод

3. тазовое предлежание

4. многоплодной беременности

155. Укажите фактор, определяющий развития ДВС при мертвом плоде :

1 срок беременности

2 наличие отягощенного акушерского анамнеза

3 наличие пороков развития плода

4 длительность пребывания мертвого плода в матке

156. Определите акушерскую тактику при продолжающемся кровотечении (кровопотеря 1200 мл) во время операции кесарева сечения, производимой по поводу отслойки нормально расположенной плаценты:

1 повторное введение утеротонических препаратов

2 введение простагландинов в толщу миометрия

3 надвлагалищная ампутация матки

4 экстирпация матки

157. Назовите значение шокового индекса при кровопотере равной 20-25% от ОЦК

1 0,8

2 1,0

3 1,2

4 1,4

158. Дайте определение шоковому индексу. 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) произведение частоты пульса на показатель систолического АД

159. Укажите наиболее частую причину позднего послеродового кровотечения

1) нарушение сократительной способности мышцы матки

2) нарушения в системе гемостаза

3) задержка в матке остатков плацентарной ткани

4) трофобластическая болезнь;

160. Укажите период начала антибиотикопрофилактика при кесаревом сечении

1) Во время операции

2) Перед операцией

3) После извлечения плода

4) После операции

161. Назовите первый препарат выбора для антибиотикопрофилактики при операции кесарева сечения

1) Цефазолин

2) Клиндамицин

3) Доксициклин

4) Гентамицин

162. Укажите сроки ранней активация после операции кесарева сечения

- 1) Через 3 часа
- 2) Через 4-6 часа
- 3) Через 6-8 часов
- 4) первые сутки

163. Назовите основное осложнение в раннем послеродовом периоде после операции кесарева сечения

- 1) Кровотечение
- 2) Гнойно-воспалительные осложнения
- 3) Тромбоэмболические осложнения
- 4) Преэклампсия

164. Укажите противопоказания при наложении щипцов:

- 1) полное раскрытие шейки матки
- 2) отсутствие плодного пузыря
- 3) мёртвый плод
- 4) слабость родовой деятельности

165. Укажите препараты, назначаемые для обеспечения восстановления объема циркулирующей крови и поддержание сердечного выброса (стартовый раствор) при эмболии амниотической жидкостью

- 1) Свежезамороженная плазма
- 2) Эритроцитарная масса
- 3) Коллоиды
- 4) Кристаллоидами

166. Определите, кого необходимо вызвать после диагностики эмболии амниотической жидкостью

- 1) Анестезиолога-реаниматолога
- 2) Хирурга
- 3) Пульмолога
- 4) Терапевта

167. Укажите, какие компоненты можно обнаружить при патологоанатомическом исследовании легких в артериолах и капиллярах у больной с эмболией амниотической жидкостью

- 1) Чешуйки эпидермиса плода
- 2) Гнойный экссудат
- 3) Опухолевые клетки с морфологией центробластов
- 4) Присутствие амилоида

168. Опишите состояние развивающееся при эмболии амниотической жидкостью

- 1) Респираторный ацидоз, метаболический алкалоз
- 2) Респираторный ацидоз, метаболический ацидоз, лактатацидоз
- 3) Респираторный алкалоз, метаболический ацидоз
- 4) Респираторный алкалоз, метаболический алкалоз

169. Назовите неотложное состояние, требующее дифференциальной диагностики с эмболией амниотической жидкостью

- 1) Гипертонический криз
- 2) Расслаивающаяся аневризма аорты
- 3) Гипергликемическая кома
- 4) Приступ бронхиальной астмы

170. Определите тактику ведения при развитии прогрессирующей преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты во время беременности

- 1) родовозбуждение
- 2) раннюю амниотомию
- 3) токолиз
- 4) кесарево сечение

171. Укажите препараты, применяемые при консервативном ведении родов у рожениц с преждевременной непрогрессирующей отслойкой плаценты

- 1) спазмолитики
- 2) промедол
- 3) окситоцин
- 4) партусистен

172. Укажите объем кровопотери, при котором необходимо произвести ручное отделение плаценты

- 1) до 100 мл
- 2) до 200 мл
- 3) до 400 мл
- 4) до 600 мл

173. Определите, какие препараты необходимо вводить при отсутствии эффекта стабилизации гемодинамики у пациентки с диагнозом эмболия амниотической жидкостью от введения 30 мл/кг плазмозаменителей в течение 1-го часа

- 1) Вазопрессоров и инотропных препаратов
- 2) Эритроцитарной массы
- 3) Кристаллоидов
- 4) Свежезамороженной плазмы

174. Определите значения которое не должно превышать систолического АД, при эмболии амниотической жидкостью до остановки кровотечения на фоне инфузионной терапии

- 1) 90-100 мм рт.ст.
- 2) 100-110 мм.рт.ст.
- 3) 130-140 мм.рт.ст.
- 4) 60-70 мм.рт.ст.

175 Определите показание к гемотрансфузии пациентке с диагнозом эмболия амниотической жидкостью

- 1) 70 г/л
- 2) 80 г/л
- 3) 90 г/л
- 4) 100 г/л

176. Укажите основные причины развития септического шока в акушерстве:

- 1 эндометрит
- 2 мастит
- 3 пиелонефрит
- 4.перитонит

177 Укажите критерии сепсиса

- 1)Повышение температуры тела до 38 и более, наличие инфекции, увеличение ЧСС
- 2)Органная дисфункция, подозрение на инфекцию или документально подтвержденная инфекция
- 3)Повышение лейкоцитов, трансаминаз, повышение температуры тела до 37,7 0С
- 4)Наличие синдрома системного воспалительного ответа, увеличение гемокрита

178. Укажите фактор, способствующий прогрессированию септического процесса в акушерстве

- 1) Снижение активности клеточного звена иммунитета у беременных и родильниц
- 2) Молодой возраст
- 3) Отсутствие преморбидного /соматического фона
- 4) Чувствительность микрофлоры к антибактериальным препаратам широкого спектра действия

179. Определите клинический симптомам хорионамнионита

- 1) Тахикардия у матери, тахикардия у плода, гнойные и зловонные околоплодные воды, болезненность матки, лейкоцитоз у матери
- 2) Брадикардия у матери, тахикардия у плода, гнойные выделения из влагалища, тромбоцитоз или трмбоцитопения, увеличение СОЭ. Болезненность матки
- 3) Тахикардия у матери, брадикардия у плода, ЗВУР плода, гнойные выделения из влагалища, болезненность матки, лейкоцитоз у матери и у плода
- 4) Брадикардия у матери, брадикардия у плода, преждевременный разрыв плодных оболочек, зеленые околоплодные воды, бледность кожных покровов, холодный пот, болезненность матки, кровянистые выделения из влагалища

180. Укажите сроки возникновения классической формы послеродового эндометрита

- 1) На 1-5 сутки
- 2) На 8 сутки
- 3) На 9-11 сутки
- 4) На 5-7 сутки

181. Укажите сроки возникновения абортивной формы послеродового эндометрита

- 1) На 1-5 сутки
- 2) На 8 сутки
- 3) На 2-4 сутки
- 4) На 5-7 сутки

182. Укажите сроки возникновения стертой формы послеродового эндометрита

- 1) На 1-5 сутки
- 2) На 8 сутки
- 3) На 2-4 сутки

4) На 5-7 сутки

183. Укажите сроки возникновения акушерского перитонита вследствие неполноценности рубцана матке, при его расплавлении

1) На 1-2 сутки

2) На 3-4 сутки

3) На 4-9 сутки

4) Спустя 42 дня после вмешательства

184. Определите фазу перитонита, для которой характерны: интенсивный болевой синдром, напряжения мышц передней брюшной стенки, тахикардия до 120 уд в мин, тахипноэ, незначительное повышение ад, умеренный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево

1) Реактивная фаза

2) Токсическая фаза

3) Терминальная фаза

4) Фаза замедления

185 Определите фазу перитонита, для которой характерны: признаки общей тяжелой интоксикации, заостренные черты лица, «блестящие» глаза, эйфория, бледность кожных покровов, тахикардия более 120 в мин, гектическая температура тела, высокий лейкоцитоз, ослабление мышц передней брюшнойстенки, боль имеет разлитой характер без четкойлокализации

1) реактивная фаза

2) Токсическая фаза

3) Терминальная фаза

4) Фаза замедления

186. В гинекологическом отделении находится пациентка М, 27 лет. поступила в приемный покой спустя 4 суток после родов с жалобами на подъем температуры до 38 0с и гнойные выделения из половых путей. была выявлена тахикардия до 100 уд в минуту. при пальпации отмечается болезненность и пастозность матки. в клиническом анализе крови:лейкоциты  $19 \times 10^9/л$ , соэ 15 мм/час. по данным УЗИ отмечатся увеличение полости матки, повышение эхогенности в области задней стенки матки. Укажите наиболее вероятный диагноз:

1) Местный перитонит

2) Послеродовый эндометрит

3) Хориоамнионит

4) Миома матки

187. Выберите неверный ответ. При разрыве промежности II степени повреждается

1 задняя спайка

2 стенки влагалища

3 мышцы промежности

4 наружный сфинктера прямой кишки

188. Выберите неверный ответ .Насильственные разрывы шейки матки могут быть при

1 наложении акушерских щипцов

2 повороте плода на ножку с последующим его извлечением

3 плодоразрушающих операциях

4 длительного сдавления шейки матки головкой плода при узком тазе

189. Повторнородящая 36 лет. В анамнезе - два искусственных аборта и одни роды путем операции кесарева сечения по поводу отслойки низко расположенной плаценты. Доставлена в родильный дом с регулярной родовой деятельностью. Внезапно у роженицы появились кровянистые выделения из половых путей, боли внизу живота, АД снизилось до 85/45 мм рт. ст. Сердцебиение плода не прослушивается. Родовая деятельность прекратилась. Какое осложнение развилось у роженицы?

1 преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

2 предлежание плаценты, кровотечение

3 разрыв матки

4 эмболия околоплодными водами

190. Через два часа после родов крупным плодом (4200 г) у родильницы внезапно появились боли в животе, отмечается выраженное вздутие живота, положительные симптомы раздражения брюшины, умеренные кровяные выделения из половых путей. АД 100/60 мм рт.ст. Пульс 90 уд. в мин., напряжен. Язык сухой. Матка плохо контурируется при пальпации. Какое осложнение развилось у роженицы?

1 парез кишечника

2 острый аппендицит

3 разрыв матки

4 перитонит

191 Укажите тактику врача ГСВ по профилактике акушерского травматизма у беременной с анатомически узким тазом.

1 специальный учет в женской консультации беременных с анатомически узким тазом

- 2 своевременное выявление крупного плода
- 3 предупреждение перенашивания беременности
- 4 своевременное выявление аномалий положения плода

192. На вторые сутки после операции кесарева сечения у женщины отмечается тахикардия до 98 уд/мин, перистальтика не определяется, вздутие живота, при пальпации живота - болезненность, напряжение передней брюшной стенки. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Температура тела 38°C, ЧДД 25 в мин. живот не участвует в акте дыхания, при перкуссии - притупление в отлогих местах. общий анализ крови: г/л 86, лейкоциты 22,0x10<sup>9</sup>/л, п 20%, с 80%, токсическая зернистость нейтрофилов; СОЭ 58 мм/ч. Укажите наиболее вероятный диагноз:

- 1) Сепсис
- 2) Послеродовый перитонит
- 3) Послеоперационный перитонит
- 4) Перфоративный перитонит

193. Укажите патологию, для которой характерны: Лихорадка у матери более 37,8, тахикардия у матери, тахикардия у плода, гнойные и зловонные околоплодные воды, болезненность матки, лейкоцитоз у матери

- 1) Эндометрита
- 2) Пиелонефрита
- 3) Хориоамнионита
- 4) Акушерского сепсиса

194. Укажите маркер сепсиса

- 1) лейкоциты
- 2) Ig M
- 3) Пресепсин
- 4) Фибриноген

196. Определите тактику ведения при осложненных формах послеродовых септических заболеваний

- 1) Показан перевод родильниц на 3 уровень оказания медицинской помощи
- 2) При эндометрите с частичной несостоятельностью шва на матке проводится гистероскопия в амбулаторных условиях
- 3) Показано наложение вторичных швов на матку в стационаре II уровня
- 4) Во всех случаях проводится гистерэктомия

197. Укажите, показание к сохранению матки

- 1) Помимо матки не выявлено других очагов инфекции
- 2) Выявлен и санирован инфекционный очаг экстрагенитальной локализации
- 3) Прогрессируют признаки полиорганной недостаточности
- 4) Отмечается рост биомаркеров и антенатальная гибель плода на фоне инфекционного процесса любой локализации

196. Определите сроки, когда допустимы повышения температуры тела после родоразрешения (в том числе после кесарева сечения), связанное с дегидратацией

- 1) до 24 часов
- 2) до 12 часов
- 3) до двух суток
- 4) первые два часа

197. Укажите объем допустимой дозы начальной инфузионной терапии кристаллоидами при сепсисе и септическом шоке

- 1) До 10 мл/кг
- 2) До 50 мл/кг
- 3) 500 мл
- 3) До 30 мл/кг

198. Выберите неверный ответ. Для избежания дополнительной травматизации и гипоксии плода во время родов предпочтительнее оперативное родоразрешение:

- 1) если ранее был проведен инвазивный метод обследования плода
- 2) тяжелой анемии плода
- 3) отечной форме гемолитической болезни плода
- 4) после внутриматочного переливания плоду

199. Укажите методы оперативного влагалищного родоразрешения при живом плоде

- 1) Родоразрешение с помощью акушерских щипцов, вакуум-экстрактора
- 2) Эпизиотомия

3) Перинеотомия

4) Наружновнутренний поворот плода на ножку

200. Определите показания к оперативному влагалищному родоразрешению

1) С целью укорочения второго периода родов по показаниям со стороны матери/или плода

2) При отсутствии медицинских показаний к исключению потуг по состоянию матери в плановом порядке

3) По желанию роженицы

4) По желанию медицинского работника

201. Укажите основные условия проведения влагалищных оперативных родов

1) Полное открытие маточного зева и отсутствие плодного пузыря

2) Мертвый плод

3) Тазовое предлежание, а также при затруднении выведения головки при родах в тазовом предлежании (акушерские щипцы)

4) Не соответствие размеров таза матери и головки плода

202. Укажите осложнения новорожденного при хориоамнионите

1) Неонатальный сепсис, пневмония

2) Синдром иммунодефицита

3) Анемия, тромбоцитопения

4) Геморрагические высыпания, кровоточивость

203. Укажите осложнения в родах, характерное у плода с задержкой внутриутробного развития:

1 асфиксия

2 гипоксическое поражение мозга

3 аспирация меконием

4 транзиторная гипогликемия

204. Укажите УЗИ критерии диагностики ассиметричной формы задержки роста плода:

1 уменьшение количества околоплодных вод

2 уменьшение размеров печени у плода

3 наличие пороков развития почек у плода

4 гипотрофия туловища при обычных размерах головки

205. Определите КТГ - признаками страдания плода :

1 наличие спорадических акцелераций

2 синусоидальный ритм

3 вариабельность базального ритма более 150-155 уд в мин

4 наличие поздних децелераций

205. Укажите показания к перинео- или эпизио-томии:

1 ригидная промежность

2 преждевременные роды

3 угрожающая асфиксия плода

4 тазовое предлежание плода

206 Укажите эхокардиографические признаки плаценты, характерными для гемолитической болезни:

1 уменьшение толщины плаценты по сравнению с гестационным сроком и повышение ее преждевременного старения

2 толщина плаценты соответствует гестационному сроку, но имеется преждевременное ее старение

3 увеличение толщины плаценты по сравнению с гестационным сроком без УЗ признаков ее старения

4 увеличение толщины плаценты по сравнению с гестационным сроком и преждевременное ее старение

207. Укажите сроки визуализации желточного мешка в норме во время беременности

1 5-6 нед.

2 7-8 нед

3 9-11 нед

4 12-14 нед

208. Укажите причины развития нарушения у плода при внутриутробной задержке развития плода

1 метаболические

2 гематологические

3 гипоксия

4 синдром персистирующего фетального кровообращения

209. Беременная сообщает, что выкуривает одну пачку сигарет в день. Обоснуйте целесообразность УЗИ на 30 неделе гестации. Оценивается:

1 количество околоплодных вод

2 размеры плода

3 пороки развития плода

4 появление признаков преждевременного старения плаценты

210 Дайте определение материнской смертности:

1 обусловленная беременностью смерть женщины, наступившая в период беременности

2 обусловленная беременностью смерть женщины, наступившая в течение 42 дней после ее окончания

3 смерть женщины, наступившая во время родов

4 обусловленная беременностью смерть женщины, наступившая в период беременности, родов или в течение 42 дней после ее окончания по причине, не связанной с несчастными случаями.

211 Укажите медицинский документ, осуществляющий передачу информации о течении беременности в роддом.

1 полис обязательного медицинского страхования

2 родовой сертификат

3 обменная карта

4 индивидуальная карта беременной.

212 Укажите сроки предоставления беременной дородового декретного отпуска.

1 в любом сроке при взятии на учет по поводу беременности

2 до 12 недель

3 в 30 недель

4 в 40 недель

213. Выберите из перечисленного тот срок, в котором начинают ощущать шевеления плода первобеременные женщины.

1 16 недель

2 18 недель

3 20 недель

4 28 недель

214. Выберите, что из перечисленного является достоверным признаком беременности.

1 задержка менструации

2 увеличение живота

3 нагрубание молочных желез

4 выслушивание сердцебиения плода

215. Укажите препараты, которые необходимо подключить к лечению, если после проведения инфузионной терапии 30 мл/кг введения вазопрессоров и инотропных препаратов не стабилизируется гемодинамика при септическом шоке

1) Кортикостероиды

2) Препараты крови

3) Иммуномодуляторы

4) Методы экстракорпоральной детоксикации

216. Укажите препарат первого выбора для коррекции гипотензии у пациенток с септическим шоком

1) Норэпинефрин

2) Преднизолон

3) Строфантин

4) Гидрокортизон

217. Определите тактику ведения беременной с тяжелой преэклампсией при сроке 25-27 недель

1) Прекращение жизнеугрожающей беременности

2) Пролонгирование беременности, при условии контролируемой гипертензии

3) Подготовка, родоразрешение

4) Пролонгирование беременности, при условии неконтролируемой гипертензии

218 Определите тактику ведения беременной с тяжелой преэклампсией при сроке 34 недели

1) Прекращение жизнеугрожающей беременности

2) Пролонгирование беременности, при условии контролируемой гипертензии

3) Подготовка, родоразрешение

4) Пролонгирование беременности, при условии неконтролируемой гипертензии

219. Определите сроки родоразрешения при HELLP синдроме при сроке менее 34 недель

1) В течение 48 часов

2) Экстренное родоразрешение

3) Пролонгирование беременности до 36 недель

4) Пролонгирование беременности до 38 недель

220. Определите анатомо-физиологические особенности аппендицита у беременных

1 смещение слепой кишки выше безымянной линии

2 тазовое расположение червеобразного отростка

3 смещение червеобразного отростка латерально (кнаружи)

4.смещение червеобразного отростка вверх

221. Укажите сроки , когда частота удаления неизмененного червеобразного отростка у беременных максимальная

- 1) в первом триместре
- 2) в третьем триместре
- 3) во втором триместре
- 4) не зависит от срока беременности

222. Назовите стандарт лечения острого аппендицита в первой половине беременности в настоящее время

- 1) консервативная терапия
- 2) лапароскопическая аппендэктомия
- 3) нижнесрединная лапаротомия, аппендэктомия
- 4) открытая аппендэктомия из местного доступа

223. Укажите методику «входа» в брюшную полость при лапароскопической аппендэктомии у беременных

- 1) открыто по методике Хассона
- 2) при помощи иглы Вереша
- 3) целесообразно использовать привычный для оперирующего хирурга способ «входа»
- 4) не имеет значение.

224. Определите тактику ведения при наличии острого аппендицита с местным перитонитом у пациентки с беременностью 32 – 36 недель

- 1) аппендэктомии
- 2) кесарева сечения
- 3) ампутация матки
- 4) экстирпации матки

225. Выберите неверный ответ. К ультразвуковым признакам острого аппендицита у беременных относится

- 1) активная перистальтика аппендикса
- 2) отсутствие перистальтической активности
- 3) ригидность при дозированной компрессии
- 4) увеличение диаметра, утолщение стенки

226. Выберите неверный ответ. Для острого аппендицита у беременных характерно

- 1) болезненности при пальпации правой поясничной области
- 2) боли и болезненности при пальпации в правом нижнем квадранте живота
- 3) диффузных болей в околопупочной области, мигрирующие в правый нижний квадрант живота
- 4) мышечного напряжения передней брюшной стенки в правом нижнем квадранте

227. Укажите безопасное расстояние от определяемого уровня дна матки до точки введения первого троакара

- 1) на менее 1 см
- 2) не менее 2 см
- 3) не менее 4 см
- 4) не менее 5 см

228. Укажите неверный ответ: Выберите верные суждения относительно острого аппендицита у беременных

- 1) в послеоперационном периоде необходимо использовать только те лекарственные средства, которые абсолютно необходимы и безопасны для развивающегося плода
- 2) диагностическая и лечебная лапароскопия могут быть выполнены на любых сроках беременности
- 3) диагностическая и лечебная лапароскопия могут быть выполнены только до 7-8 недель беременности
- 4) острый аппендицит и его осложнения сами по себе не требуют каких-либо хирургических вмешательств на детородных органах женщины вне зависимости от срока гестации

229. Укажите нехарактерный для острого аппендицита у беременных симптом

- 1) болезненности при пальпации правой поясничной области
- 2) боли и болезненности при пальпации в правом нижнем квадранте живота

- 3) диффузных болей в околопупочной области, мигрирующие в правый нижний квадрант живота
- 4) мышечного напряжения передней брюшной стенки в правом нижнем квадранте

230. Назовите метод исследования, который неприменим при беременности

- 1) диагностическая лапароскопия
- 2) компьютерная томография с контрастным усилением
- 3) магнитно-резонансная томография
- 4) нативная компьютерная томография

**22 тема: Ведение и тактика при Гипертензивных нарушениях беременности в рамках нового национального клинического протокола МЗ КР.**

231. Укажите патогенетические механизмы позднего гестоза:

- 1 снижение объема циркулирующей крови
- 2 снижение объема циркулирующей плазмы
- 3 повышение вязкости крови
4. снижение объема циркулирующих эритроцитов

232. Укажите характерный для сочетанных форм позднего гестоза признак:

- 1 раннее начало (в конце 2-го триместра беременности)
- 2 преобладание симптомов экстрагенитального заболевания, на фоне которого развился гестоз
- 3 нарушение маточно-плацентарного кровотока
- 4 обязательное наличие триады Цангенмейстера

233. Определите показания к применению диуретических препаратов у больных с поздним гестозом

- 1 анурия
- 2 высокая гипертензия (180/100 мм. рт. ст. и выше)
- 3 отеки нижних конечностей
- 4 отек головного мозга

234. Определите основное звено патогенеза позднего гестоза беременных

- 1 генерализованная вазоконстрикция
- 2 гиповолемия
- 3 ДВС синдрома
4. гиперволемия

234. Определите ранний клинический симптом позднего гестоза

- 1 анурия
- 2 снижение диуреза
- 3 повышение пульсового давления
- 4 повышение диастолического давления

235. Опишите изменения в крови, характерные для Hellp синдрома:

- 1 резкое повышение уровня трансаминаз
- 2 количество трансаминаз в норме
- 3 гиперкалиемия
- 4 гипокалиемия

236. Определите сроки развития сочетанной формы позднего гестоза :

1. 20-26 недель беременности
- 2 27-32 недели беременности
- 3 33-36 недель беременности
- 4 37-39 недель беременности

237. Беременность 36 нед. Гестоз средней степени тяжести. Предполагаемая масса плода 2100 г.

Неготовность шейки матки к родам. Хроническая гипоксия плода. Определите врачебную тактику:

- 1 пролонгировать беременность на 1-2 недели на фоне проведения патогенетической терапии
- 2 начать родовозбуждение простагландинами при целом плодном пузыре
- 3 провести родовозбуждение окситоцином с предварительной амниотомией
- 4 родоразрешить путем операции кесарева сечения

238. Определите показания к дискретному плазмафезу при поздних гестозах :

- 1 высокое АД
- 2 выраженный отечный синдром
- 3 протеинурия
- 4 плацентарная недостаточность

239. Определите показания для проведения дискретного плазмафеза при гестозах

- 1 острый жировой гепатоз беременных (ОЖГБ)
- 2 припадок судорог
- 3 HELLP-синдром
- 4 постэклаптическая кома

240 Диагностика доклинических форм гестоза осуществляется на основании:

- 1 уменьшения числа тромбоцитов до  $160 \cdot 10^9/\text{л}$
- 2 нарушения маточно-плацентарного кровотока
- 3 активации перекисного окисления липидов
- 3 гиперкоагуляции в клеточном и плазменном звеньях гемостаза

241 Укажите тактику ведения беременной с тяжелой преэклампсией при сроке 22-24 недели

- 1) Прекращение жизнеугрожающей беременности
- 2) Пролонгирование беременности, при условии контролируемой гипертензии
- 3) Подготовка, родоразрешение
- 4) Пролонгирование беременности, при условии неконтролируемой гипертензии

**23 тема: Эффективные перинатальные технологии на современном этапе.**

242. Определите, какая из перечисленных процедур имеет минимальный риск для плода:

- 1 биопсия ворсин хориона
- 2 кордоцентез
- 3 биопсия тканей плода
- 4 амниоцентез

243. Опишите критерии нормальной кардиотокограммы плода:

- 1 базальный ритм 120-160 уд в мин
- 2 наличие 4-5 акселераций в течение 30 мин
- 3 отсутствие децелераций
- 4 амплитуда акселераций 3-5

244. Укажите патологию, которую позволяет выявить исследование амниотической жидкости у плода:

- 1 дефекты нервной трубки
- 2 адреногенитальный синдром
- 3 дисфункцию щитовидной железы
- 4 поликистоз почек

245. Укажите, о чем свидетельствует появление на кардиотокограмме децелерации «DIP II» :

- 1 физиологическом состоянии плода
- 2 асфиксии
- 3 инфицировании
- 4 пороках развития

246. Укажите, о чем позволяет судить Биофизический профиль плода:

- 1 двигательных движениях
- 2 двигательной активности
- 3 тонусе плода
- 4 количестве околоплодных вод

247. укажите, какая из перечисленных процедур даёт возможность наиболее раннего изучения ДНК у плода:

- 1 амниоцентез
- 2 биопсии ворсин хориона
- 3 кордоцентез
- 4 биопсия тканей плода

248 УЗ критерием преждевременного старения плаценты является появление III степени её зрелости до:

- 1 36 нед.
- 2 37 нед.
- 3 38 нед.
- 4 39 нед.

249. «Воротниковое пространство» плода в 10-15 недель беременности не считается патологическим при размере:

- 1 5 мм
- 2 4 мм
- 3 3 мм
- 4 2 мм

250. Укажите оптимальный срок для выявления врожденных пороков развития плода:

- 1 11-16 недель
- 2 19-23 недели
- 3 32-28 недель
- 4 24-27 недель











