

<NAME>Родовые пути. Плод как объект родов</NAME>

<QUESTION "0">

Понятие "родовые пути" включает

"0" ok="False" >малый таз

"1" ok="False" >матку, влагалище, мышцы тазового дна

"2" ok="False" >матку, мышцы тазового дна, пристеночные

мышцы таза

"3" ok="True" >костный таз, шейку матки, влагалище, мышцы

тазового дна

"4" ok="False" >тело матки, нижний сегмент матки, влагалище

<QUESTION "1">

Ширина и окружность бедер доношенного плода составляют

"0" ok="False" >13 см, 35 см

"1" ok="False" >12 см, 33 см

"2" ok="False" >11 см, 31 см

"3" ok="True" >9.5 см, 28 см

"4" ok="False" >8 см, 24 см

<QUESTION "2">

Положение плода определяется

"0" ok="False" >по расположению плода в правой или левой  
половине матки

"1" ok="True" >по отношению продольной оси плода к  
продольной оси матки

"2" ok="False" >по расположению плода в верхней или нижней  
половине матки

"3" ok="False" >по отношению головки и конечностей к  
туловищу плода

"4" ok="False" >по отношению спинки плода к передней или  
задней стенке матки

<QUESTION "3">

Позиция плода определяется

"0" ok="False" >по отношению продольной оси плода к  
продольной оси матки

"1" ok="False" >по отношению спинки плода к передней или  
задней стенке матки

"2" ok="False" >по расположению плода в левой или правой  
половине матки

"3" ok="True" >по отношению спинки плода к правой или левой  
стенке матки

"4" ok="False" >по отношению плода к верхней или нижней  
половине матки

<QUESTION "4">

Вид плода определяется

"0" ok="False" >по отношению спинки плода к левой или правой  
стенке матки

"1" ok="False" >по расположению плода ближе к передней или  
задней стенке матки

"2" ok="False" >по отношению продольной оси плода к продольной оси матки  
"3" ok="True" >по отношению спинки плода к передней или задней стенке матки  
"4" ok="False" >по отношению конечностей и головки к туловищу плода

<QUESTION "5">

Членорасположение плода определяется как  
"0" ok="False" >отношение спинки плода к передней и задней стенке матки  
"1" ok="False" >отношение продольной оси плода к продольной оси матки  
"2" ok="False" >отношение крупной части плода к плоскости входа в малый таз  
"3" ok="False" >отношение спинки плода к правой и левой стенке матки  
"4" ok="True" >взаимоотношение между головкой, конечностями и туловищем плода

<QUESTION "6">

Укажите все возможные варианты положения плода  
"0" ok="False" >косое и поперечное  
"1" ok="False" >головное и тазовое  
"2" ok="False" >переднее и заднее  
"3" ok="True" >продольное, поперечное, косое  
"4" ok="False" >стигматическое и разгибательное

<QUESTION "7">

Членорасположение плода бывает  
"0" ok="True" >стигматическим и разгибательным  
"1" ok="False" >продольным, поперечным и косым  
"2" ok="False" >передним и задним  
"3" ok="False" >головным и тазовым  
"4" ok="False" >первым и вторым

<QUESTION "8">

Вставление головки определяется  
"0" ok="False" >частью головки, которая находится ниже плоскости входа в малый таз  
"1" ok="False" >отношением стреловидного шва к мысу и симфизу  
"2" ok="True" >расположением швов и родничков в плоскости входа в малый таз  
"3" ok="False" >отношением малого родничка к правой или левой стенке таза

<QUESTION "9">

Костный таз делится  
"0" ok="True" >на большой и малый таз  
"1" ok="False" >на вход, широкую часть, узкую часть, выход  
"2" ok="False" >на большой, малый и полость таза  
"3" ok="False" >на вход, полость таза, выход  
"4" ok="False" >на широкую часть и узкую часть

<QUESTION "10">

Большой родничок образуют швы

"0" ok="False" >стреловидный, лямбдовидный

"1" ok="False" >стреловидный, лобный

"2" ok="False" >стреловидный, венечный

"3" ok="False" >венечный, лямбдовидный

"4" ok="True" >стреловидный, лобный, венечный

<QUESTION "11">

Малый таз делится на плоскости

"0" ok="False" >вход, полость, выход

"1" ok="True" >вход, широкая и узкая часть полости малого таза, выход

"2" ok="False" >терминальная, спинальная, главная, выхода

"3" ok="False" >терминальная, главная, спинальная, выхода

"4" ok="False" >терминальная, главная, выхода, спинальная

<QUESTION "12">

Плоскость входа в малый таз проходит через

"0" ok="True" >верхний внутренний край симфиза, безымянные линии, крестцовый мыс

"1" ok="False" >середину внутренней поверхности симфиза, безымянные линии, крестцовый мыс

"2" ok="False" >верхний край симфиза, середины костных пластинок вертлужных впадин, крестцовый мыс

"3" ok="False" >верхний край симфиза, безымянные линии, первый крестцовый позвонок

"4" ok="False" >нижний край симфиза, подвздошные ямки, крестцовый мыс

<QUESTION "13">

Углами ромба Михаэлиса являются

"0" ok="False" >остистый отросток 5-го поясничного позвонка, верхушка крестца, задние нижние ости подвздошных костей

"1" ok="True" >надкрестцовая ямка под остистым отростком 5-го поясничного позвонка, подкрестцовая ямка, задние верхние ости подвздошных костей

"2" ok="False" >надкрестцовая ямка под остистым отростком 5-го поясничного позвонка, верхушка крестца, задние нижние ости подвздошных костей

"3" ok="False" >остистый отросток 4-го поясничного позвонка, верхушка крестца, задние нижние ости подвздошных костей

"4" ok="False" >остистый отросток 1-го крестцового позвонка, верхушка крестца, задние верхние ости подвздошных костей

<QUESTION "14">

Плоскость широкой части полости малого таза проходит через

"0" ok="True" >середину внутренней поверхности симфиза, середины внутренних поверхностей костных пластинок вертлужных впадин, сочленение 2-го и 3-го крестцовых позвонков

"1" ok="False" >середину верхнего края лона, середины внутренних поверхностей костных пластинок вертлужных впадин, сочленение 3-го и 4-го крестцовых позвонков

"2" ok="False" >середины внутренней поверхности симфиза, ости седалищных костей, сочленение 2-го и 3-го крестцовых позвонков

"3" ok="False" >середины верхнего края лона, наиболее отдаленные точки безымянных линий, сочленение 2-го и 3-го крестцовых позвонков

"4" ok="False" >нижний край лона, середину внутренних поверхностей костных пластинок вертлужных впадин, сочленение 2-го и 3-го крестцовых позвонков

<QUESTION "15">

Внутренний слой мышц тазового дна образует

"0" ok="False" >M.Transversus Perinei Profundus

"1" ok="False" >M.Bulbocavernosus

"2" ok="False" >M.Obturatorius Internus

"3" ok="False" >M.Iliacus Internus

"4" ok="True" >M.Levator Ani

<QUESTION "16">

Средний слой мышц тазового дна образует

"0" ok="False" >M.Levator Ani

"1" ok="False" >M.Piriformis

"2" ok="False" >M.Psoas Major

"3" ok="True" >M.Transversus Perinei Profundus

"4" ok="False" >M.Ischiocavernosus

<QUESTION "17">

Наружный слой мышц тазового дна образуют

"0" ok="False" >M.Levator Ani & M.Obturatorius Internus

"1" ok="False" >M.Piriformis, M.Obturatorius Internus

"2" ok="False" >M.Iliacus Internus, M.Psoas Major

"3" ok="False" >M.Sphincter Ani Externus, M.Transversus

Perinei Profundus

"4" ok="True" >M.Bulbocavernosus, M.Ischiocavernosus, M.Sphincter Ani Externus, M.Transversus Perinei Superficialis

<QUESTION "18">

Через середину внутренней поверхности симфиза и сочленение 2-го и 3-го крестцовых позвонков проходит

"0" ok="False" >поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза

"1" ok="False" >прямой размер плоскости узкой части полости малого таза

"2" ok="True" >прямой размер плоскости широкой части полости малого таза

"3" ok="False" >поперечный размер плоскости широкой части полости малого таза

"4" ok="False" >прямой размер плоскости выхода из малого таза

<QUESTION "19">

Через седалищные бугры проходит

"0" ok="False" >прямой размер плоскости входа в малый таз

"1" ok="False" >поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза

"2" ok="True" >поперечный размер плоскости выхода из малого таза  
"3" ok="False" >поперечный размер плоскости широкой части полости малого таза  
"4" ok="False" >прямой размер плоскости узкой части полости малого таза

<QUESTION "20">  
Через ости седалищных костей проходит  
"0" ok="False" >поперечный размер плоскости широкой части полости малого таза  
"1" ok="True" >поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза  
"2" ok="False" >поперечный размер плоскости выхода из малого таза  
"3" ok="False" >прямой размер плоскости узкой части полости малого таза  
"4" ok="False" >прямой размер плоскости широкой части полости малого таза

<QUESTION "21">  
Через середины внутренних поверхностей костных пластинок вертлужных впадин проходит  
"0" ok="True" >поперечный размер плоскости широкой части полости малого таза  
"1" ok="False" >поперечный размер плоскости входа в малый таз  
"2" ok="False" >поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза  
"3" ok="False" >прямой размер плоскости широкой части полости малого таза  
"4" ok="False" >прямой размер плоскости узкой части полости малого таза

<QUESTION "22">  
Правый косой размер плоскости входа в малый таз проходит  
"0" ok="False" >от правого крестцово-подвздошного сочленения к правому лонному бугорку  
"1" ok="True" >от правого крестцово-подвздошного сочленения к левому подвздошно-лонному бугорку  
"2" ok="False" >от левого крестцово-подвздошного сочленения к правому подвздошному бугорку  
"3" ok="False" >от верхнего края большой седалищной вырезки справа до борозды запирающей мышцы слева  
"4" ok="False" >от верхнего края большой седалищной вырезки слева до борозды запирающей мышцы справа

<QUESTION "23">  
Малый поперечный размер головки плода проходит между наиболее удаленными точками  
"0" ok="True" >венечного шва  
"1" ok="False" >теменных бугров  
"2" ok="False" >лобных бугров  
"3" ok="False" >височных костей

"4" ok="False" >лямбдовидного шва

<QUESTION "24">

Малый косой размер головки плода проходит

"0" ok="False" >от переднего угла большого родничка до подзатылочной ямки

"1" ok="True" >от середины большого родничка до подзатылочной ямки

"2" ok="False" >от надпереносья до затылочного бугра

"3" ok="False" >от центра подъязычной кости до переднего угла большого родничка

"4" ok="False" >от подбородка до наиболее выступающей части затылка

<QUESTION "25">

Средний косой размер головки плода проходит

"0" ok="False" >от центра подъязычной кости до переднего угла большого родничка

"1" ok="False" >от надпереносья до затылочного бугра

"2" ok="True" >от середины границы роста волос до подзатылочной ямки

"3" ok="False" >от середины большого родничка до подзатылочной ямки

"4" ok="False" >от подбородка до наиболее выступающей части затылка

<QUESTION "26">

Большой косой размер головки плода проходит

"0" ok="False" >от середины большого родничка до подзатылочной ямки

"1" ok="False" >от переднего угла большого родничка до подзатылочной ямки

"2" ok="False" >от надпереносья до затылочного бугра

"3" ok="False" >от центра подъязычной кости до переднего угла большого родничка

"4" ok="True" >от подбородка до наиболее выступающей части затылка

<QUESTION "27">

Прямой размер головки плода проходит

"0" ok="False" >от середины большого родничка до подзатылочной ямки

"1" ok="False" >от переднего угла большого родничка до подзатылочной ямки

"2" ok="True" >от надпереносья до затылочного бугра

"3" ok="False" >от подбородка до наиболее выступающей части затылка

"4" ok="False" >от центра подъязычной кости до переднего угла большого родничка

<QUESTION "28">

Вертикальный размер головки плода проходит

"0" ok="False" >от середины большого родничка до подзатылочной ямки

"1" ok="False" >от переднего угла большого родничка до  
подзатылочной ямки  
"2" ok="False" >от надпереносья до затылочного бугра  
"3" ok="True" >от центра подъязычной кости до переднего угла  
большого родничка  
"4" ok="False" >от подбородка до наиболее выступающей части  
затылка

<QUESTION "29">  
Conjugata Anatomica - это расстояние  
"0" ok="False" >от нижнего края симфиза до крестцового мыса  
"1" ok="True" >от середины верхнего наружного края симфиза  
до крестцового мыса  
"2" ok="False" >от верхнего края симфиза до остистого  
отростка 5-го поясничного позвонка  
"3" ok="False" >от середины внутренней поверхности симфиза  
до крестцового мыса  
"4" ok="False" >от верхнего внутреннего края симфиза до  
крестцового мыса

<QUESTION "30">  
Conjugata Diagonalis - это расстояние между  
"0" ok="False" >верхним краем симфиза и крестцовым мысом  
"1" ok="True" >нижним краем симфиза и серединой крестцового  
мыса  
"2" ok="False" >серединой внутренней поверхности симфиза и  
крестцовым мысом  
"3" ok="False" >нижним краем симфиза и ямкой под остистым  
отростком 5-го поясничного позвонка  
"4" ok="False" >нижним краем симфиза и сочленением 2-го и 3-  
го крестцовых позвонков

<QUESTION "31">  
Conjugata Externa - это расстояние между  
"0" ok="False" >верхним краем лонного сочленения и остистым  
отростком 4-го поясничного позвонка  
"1" ok="True" >серединой верхнего наружного края лонного  
сочленения и надкрестцовой ямкой  
"2" ok="False" >нижним краем лона и крестцовым мысом  
"3" ok="False" >нижним краем лона и надкрестцовой ямкой  
"4" ok="False" p1="True">наиболее отдаленными точками гребней  
подвздошных костей

<QUESTION "32">  
Conjugata Vera Obstetrica - это размер  
"0" ok="True" >от середины верхнего внутреннего края симфиза  
до наиболее выступающей точки крестцового мыса  
"1" ok="False" >от середины верхнего края симфиза до  
крестцового мыса  
"2" ok="False" >от верхнего края симфиза до остистого  
отростка 5-го поясничного позвонка  
"3" ok="False" >от нижнего края симфиза до крестцового мыса  
"4" ok="False" >от середины внутренней поверхности симфиза  
до крестцового мыса

<QUESTION "33">

Плоскость входа в малый таз имеет размеры

- "0" ok="False" >прямой - 11 см, поперечный - 13 см
- "1" ok="False" >прямой - 10 см, поперечный - 12 см
- 12 см "2" ok="True" >прямой - 11 см, поперечный - 13 см, косые -
- 11 см "3" ok="False" >прямой - 11 см, поперечный - 12 см, косые -
- 12 см "4" ok="False" >прямой - 10 см, поперечный - 13 см, косые -

<QUESTION "34">

Плоскость выхода из полости малого таза имеет размеры

- "0" ok="False" >прямой - 11 см, поперечный - 13 см
- "1" ok="True" >прямой - 9.5-11 см, поперечный - 11 см
- "2" ok="False" >прямой - 9-11 см, поперечный - 10.5 см
- "3" ok="False" >прямой - 10-12 см, поперечный - 12 см
- "4" ok="False" >прямой - 9.5 см, поперечный - 10 см

<QUESTION "35">

Плоскость широкой части малого таза имеет размеры

- "0" ok="False" >прямой - 11 см, поперечный - 12 см
- "1" ok="False" >прямой - 11.5 см, поперечный - 13 см
- "2" ok="True" >прямой - 12.5 см, поперечный - 12.5 см
- "3" ok="False" >прямой - 11 см, поперечный - 10.5 см
- "4" ok="False" >прямой - 9.5 см, поперечный - 11 см

<QUESTION "36">

Плоскость узкой части полости малого таза имеет размеры

- "0" ok="False" >прямой - 11 см, поперечный - 12 см
- "1" ok="False" >прямой - 9.5 см, поперечный - 11 см
- "2" ok="True" >прямой - 11 см, поперечный - 10.5 см
- "3" ok="False" >прямой - 11 см, поперечный - 13 см
- "4" ok="False" >прямой - 12 см, поперечный - 11 см

<QUESTION "37">

Наименьшим размером малого таза является

- "0" ok="False" >прямой размер плоскости входа в малый таз
- малого таза "1" ok="False" >прямой размер плоскости узкой части
- полости малого таза "2" ok="True" >поперечный размер плоскости узкой части
- "3" ok="False" >поперечный размер выхода полости малого таза
- "4" ok="False" >косые размеры плоскости входа в малый таз

<QUESTION "38">

Наибольшим размером малого таза является

- таза "0" ok="False" >прямой размер широкой части полости малого
- малого таза "1" ok="False" >поперечный размер широкой части полости
- "2" ok="True" >поперечный размер плоскости входа в малый таз
- "3" ok="False" >косые размеры плоскости входа в малый таз



"4" ok="False" >прямой размер плоскости выхода полости  
малого таза

<QUESTION "39">

При доношенном сроке беременности окружность живота и высота  
стояния дна матки в среднем составляют

- "0" ok="False" >90 см и 30-32 см
- "1" ok="True" >100 см и 30-33 см
- "2" ok="False" >100 см и 40 см
- "3" ok="False" >85-95 см и 30 см
- "4" ok="False" >110 см и 38 см

<QUESTION "40">

Индекс Ф.А.Соловьева равен

- "0" ok="False" >12.0 см; измеряется для определения формы  
таза
- "1" ok="True" >14.0 - 16,0 см; измеряется для определения  
толщины костей
- "2" ok="False" >16.0 см; измеряется для определения размеров  
таза
- "3" ok="False" >18.0 см; измеряется для определения наружной  
конъюгаты
- "4" ok="False" >20.0 см; измеряется для определения  
диагональной конъюгаты

<QUESTION "41">

Нормальные размеры

- Distancia Spinarum,
- Distancia Cristarum,
- Diatancia Trochanterica,
- Conjugata Externa

соответственно равняются

- "0" ok="False" >23, 25, 29, 19 см
- "1" ok="False" >26, 27, 30, 21 см
- "2" ok="False" >25, 28, 30, 17 см
- "3" ok="True" >25, 28, 31, 20 см
- "4" ok="False" >24, 26, 28, 18 см

<QUESTION "42">

Наиболее информативным параметром ромба Михаэлиса является

- "0" ok="True" >его форма
- "1" ok="False" >его площадь
- "2" ok="False" >выраженность его сторон
- "3" ok="False" >длина периметра
- "4" ok="False" >длина горизонтальной диагонали

<QUESTION "43">

Укажите размеры окружности головки доношенного плода  
соответствующие малому, среднему и большому косому размерам

- "0" ok="False" >30 см, 34 см, 35-38 см
- "1" ok="False" >32 см, 36 см, 40 см
- "2" ok="True" >32 см, 33 см, 38-42 см
- "3" ok="False" >30 см, 32 см, 36 см
- "4" ok="False" >34 см, 36 см, 38 см

<QUESTION "44">

Conjugata Vera Obstetrica определяется

"0" ok="False" >с помощью тазомера

"1" ok="False" >с помощью внутреннего акушерского исследования

"2" ok="True" >по размерам наружной конъюгаты, диагональной конъюгаты, вертикальной диагонали ромба Михаэлиса

"3" ok="False" >по наружным размерам большого таза

"4" ok="False" >по индексу Соловьева

<QUESTION "45">

Диагональная конъюгата измеряется с целью определения

"0" ok="False" >наружной конъюгаты

"1" ok="False" >анатомической конъюгаты

"2" ok="True" >акушерской конъюгаты

"3" ok="False" >прямого размера плоскости узкой части полости малого таза

"4" ok="False" >местонахождения предлежащей части

<QUESTION "46">

Размер диагональной конъюгаты в норме равняется

"0" ok="False" >14 см

"1" ok="False" >11 см

"2" ok="True" >13 см

"3" ok="False" >10 см

"4" ok="False" >9 см

<QUESTION "47">

Для вычисления истинной конъюгаты необходимо

"0" ok="True" >вычесть из диагональной конъюгаты 1.5-2 см

"1" ok="False" >вычесть из диагональной конъюгаты 9-10 см

"2" ok="False" >прибавить к диагональной конъюгате 1.5-2 см

"3" ok="False" >вычесть из диагональной конъюгаты 3-4 см

"4" ok="False" >прибавить к диагональной конъюгате 3-4 см

<QUESTION "48">

Наибольшее увеличение угла наклона таза достигается в положении

"0" ok="False" >лежа с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах, подтянутыми к животу ногами

"1" ok="True" >лежа с опущенными вниз ногами (Вальхеровское положение)

"2" ok="False" >стоя

"3" ok="False" >лежа с вытянутыми ногами

"4" ok="False" >лежа с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах, разведенными в стороны ногами

<QUESTION "49">

При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:

- предлежит головка плода,
- малый родничок справа спереди,
- стреловидный шов в левом косом размере.

ОПРЕДЕЛИТЕ положение, позицию и вид плода

"0" ok="False" >положение плода продольное, 1-я позиция,  
передний вид  
"1" ok="True" >положение плода продольное, 2-я позиция,  
передний вид  
"2" ok="False" >положение плода продольное, 1-я позиция,  
задний вид  
"3" ok="False" >положение плода продольное, 2-я позиция,  
задний вид  
"4" ok="False" >положение плода поперечное, 2-я позиция,  
передний вид

<QUESTION "50">

При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:

- предлежит головка плода,
- малый родничок справа сзади,
- стреловидный шов в правом косом размере.

ОПРЕДЕЛИТЕ положение, позицию и вид плода

"0" ok="False" >положение плода продольное, 2-я позиция,  
передний вид  
"1" ok="False" >положение плода продольное, 1-я позиция,  
задний вид  
"2" ok="False" >положение плода косое, 2-я позиция, задний  
вид  
"3" ok="True" >положение плода продольное, 2-я позиция,  
задний вид  
"4" ok="False" >положение плода косое, 1-я позиция, передний  
вид

<QUESTION "51">

При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:

- предлежит головка плода,
- малый родничок слева спереди,
- стреловидный шов в правом косом размере.

ОПРЕДЕЛИТЕ положение, позицию и вид плода

"0" ok="False" >положение плода продольное, 1-я позиция,  
задний вид  
"1" ok="False" >положение плода продольное, 2-я позиция,  
передний вид  
"2" ok="False" >положение плода поперечное, 1-я позиция,  
передний вид  
"3" ok="False" >положение плода продольное, 2-я позиция,  
задний вид  
"4" ok="True" >положение плода продольное, 1-я позиция,  
передний вид

<QUESTION "52">

При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:

- предлежит головка плода,
- малый родничок слева,
- стреловидный шов в поперечном размере.

ОПРЕДЕЛИТЕ положение, позицию и вид плода

"0" ok="False" >положение плода поперечное, 1-я позиция,  
передний вид

"1" ok="False" >положение плода продольное, 1-я позиция,  
передний вид  
"2" ok="True" >положение плода продольное, 1-я позиция  
"3" ok="False" >положение плода продольное, 2-я позиция,  
передний вид  
"4" ok="False" >положение плода продольное, 2-я позиция

<QUESTION "53">

При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:

- предлежит тазовый конец плода,
- крестец плода слева спереди.

ОПРЕДЕЛИТЕ положение, позицию и вид плода

"0" ok="True" >положение плода продольное, 1-я позиция,  
передний вид  
"1" ok="False" >положение плода продольное, 2-я позиция,  
передний вид  
"2" ok="False" >положение плода поперечное, 1-я позиция,  
передний вид  
"3" ok="False" >положение плода продольное, 1-я позиция,  
задний вид  
"4" ok="False" >положение плода продольное, 2-я позиция,  
задний вид

<QUESTION "54">

При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:

- предлежит тазовый конец плода,
- крестец плода справа спереди.

ОПРЕДЕЛИТЕ положение, позицию и вид плода

"0" ok="False" >положение плода поперечное, 1-я позиция,  
передний вид  
"1" ok="True" >положение плода продольное, 2-я позиция,  
передний вид  
"2" ok="False" >положение плода продольное, 1-я позиция,  
задний вид  
"3" ok="False" >положение плода продольное, 2-я позиция,  
задний вид  
"4" ok="False" >положение плода поперечное, 2-я позиция,  
передний вид

<QUESTION "55">

При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:

- предлежит тазовый конец плода,
- крестец справа сзади.

ОПРЕДЕЛИТЕ положение, позицию и вид плода

"0" ok="False" >положение плода продольное, 1-я позиция,  
передний вид  
"1" ok="True" >положение плода продольное, 2-я позиция,  
задний вид  
"2" ok="False" >положение плода продольное, 1-я позиция,  
задний вид  
"3" ok="False" >положение плода продольное, 2-я позиция,  
передний вид  
"4" ok="False" >положение плода поперечное, 2-я позиция,  
задний вид

<QUESTION "56">

При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:

- нижний полюс головки находится на уровне интерспинальной линии,
- крестцовая впадина выполнена головкой неполностью,
- пальпируются последние крестцовые позвонки.

ОПРЕДЕЛИТЕ местонахождение головки плода

"0" ok="False" >головка прижата к плоскости входа в малый таз

"1" ok="False" >головка фиксирована малым сегментом в плоскости входа в малый таз

"2" ok="True" >головка фиксирована большим сегментом в плоскости входа в малый таз

"3" ok="False" >головка в полости малого таза

"4" ok="False" >головка на тазовом дне

<QUESTION "57">

При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:

- предлежит головка плода,
- нижний ее полюс располагается ниже интерспинальной линии,
- крестцовая впадина выполнена полностью,
- пальпируются позвонки копчика и седалищные бугры.

ОПРЕДЕЛИТЕ местонахождение головки плода

"0" ok="False" >головка прижата к плоскости входа в малый таз

"1" ok="True" >головка в полости малого таза

"2" ok="False" >головка большим сегментом фиксирована в плоскости входа в малый таз

"3" ok="False" >головка в выходе таза

"4" ok="False" >головка малым сегментом фиксирована в плоскости входа в малый таз

<QUESTION "58">

При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:

- предлежит головка плода,
- пальпации доступны верхний край симфиза, безьянные линии, крестцовая впадина на всем протяжении. ОПРЕДЕЛИТЕ местонахождение головки плода

"0" ok="False" >головка в полости малого таза

"1" ok="False" >головка большим сегментом фиксирована в плоскости входа в малый таз

"2" ok="False" >головка малым сегментом фиксирована во входе в таз

"3" ok="True" >головка прижата к плоскости входа в малый таз

"4" ok="False" >головка плода в выходе малого таза

<QUESTION "59">

При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:

- предлежит головка плода,
- частично определяются безьянные линии, нижний край симфиза,
- на значительном протяжении прощупывается крестцовая впадина.

На основании этих данных можно заключить, что головка плода

"0" ok="False" >прижата к плоскости входа в малый таз

"1" ok="True" >малым сегментом фиксирована во входе в малый таз

"2" ok="False" >большим сегментом фиксирована во входе в  
малый таз  
"3" ok="False" >в полости малого таза  
"4" ok="False" >в выходе таза

</GROUP>

<GROUP "1" excount="2,0,2,3,0,3">

<NAME>Биомеханизм родов</NAME>

<QUESTION "0">

При заднем виде затылочного вставления

"0" ok="False" >во входе в таз головка совершает разгибание

разгибание  
"1" ok="True" >в выходе из таза головка совершает сгибание и

"2" ok="False" >головка прорезывается окружностью 35 см

большого родничка  
"3" ok="False" >родовая опухоль формируется в области

"4" ok="False" >ведущей точкой является центр лба

<QUESTION "1">

При заднем виде затылочного вставления

"0" ok="False" >во входе в таз головка совершает разгибание

родничка  
"1" ok="False" >головка прорезывается окружностью 34 см

"2" ok="False" >ведущей точкой является область большого

родничка  
"3" ok="True" >внутренний поворот головки чаще происходит на  
135 градусов  
"4" ok="False" >форма головки шаровидная

<QUESTION "2">

При переднеголовном вставлении

сгибание  
"0" ok="False" >во входе в малый таз головка совершает

затылком кпереди  
"1" ok="False" >в полости таза головка поворачивается

"2" ok="False" >головка прорезывается, совершая сгибание

"3" ok="True" >головка рождается прямым размером

"4" ok="False" >родовая опухоль расположена в области лба

<QUESTION "3">

При переднеголовном вставлении

родничка  
"0" ok="True" >ведущей точкой является область большого

"1" ok="False" >роды возможны только в переднем виде

невозможны  
"2" ok="False" >роды через естественные родовые пути

"3" ok="False" >родовая опухоль формируется в области малого

родничка  
"4" ok="False" >головка рождается большим косым размером

<QUESTION "4">

При лицевом вставлении

"0" ok="True" >головка прорезывается вертикальным размером

"1" ok="False" >головка прорезывается в разгибании

"2" ok="False" >ведущей точкой является надпереносье

- "3" ok="False" >форма головки "молоткообразная"
- "4" ok="False" >точкой фиксации является подбородок

<QUESTION "5">

При переднем виде затылочного вставления

- "0" ok="False" >ведущей точкой является большой родничок
- "1" ok="False" >во входе в таз головка совершает разгибание
- "2" ok="False" >точкой фиксации является затылочный бугор
- "3" ok="False" >родовая опухоль формируется в области задней теменной кости
- "4" ok="True" >головка рождается в разгибании

<QUESTION "6">

При заднем виде затылочного вставления роды характеризуются

- "0" ok="False" >стремительным течением периода раскрытия
- "1" ok="True" >высокой частотой акушерского травматизма
- "2" ok="True" >затяжным течением периода изгнания
- "3" ok="False" >запоздальным излитием околоплодных вод
- "4" ok="False" >высокой частотой инфекционных осложнений

<QUESTION "7">

Роды в тазовом предлежании встречаются с частотой

- "0" ok="False" >1%
- "1" ok="True" >3-5%
- "2" ok="False" >8%
- "3" ok="False" >10%
- "4" ok="False" >20%

<QUESTION "8">

Этиологическими факторами возникновения тазового предлежания плода являются

- "0" ok="True" >многоплодная беременность
- "1" ok="True" >аномалии развития матки
- "2" ok="True" >пороки развития плода
- "3" ok="True" >миомы матки
- "4" ok="True" >крупные размеры плода

<QUESTION "9">

При тазовых предлежаниях

- "0" ok="False" >внутренний поворот головки не является обязательным
- "1" ok="True" >головка рождается в сгибании
- "2" ok="False" >головка рождается окружностью 35 см
- "3" ok="False" > в плоскости входа в малый таз происходит сгибание головки плода
- "4" ok="False" >форма головки "башенная"

<QUESTION "10">

При тазовых предлежаниях

- "0" ok="False" >можно избежать прижатия пуповины
- "1" ok="False" >положение плода неправильное
- "2" ok="True" >роды считаются патологическими
- "3" ok="False" >позиция плода определяется по малому родничку

"4" ok="False" >наружный поворот туловища не является обязательным

<QUESTION "11">

Среди тазовых предлежаний наиболее благоприятным является

- "0" ok="False" >смешанное ягодичное
- "1" ok="False" >ножное предлежание передний вид
- "2" ok="True" >чистое ягодичное предлежание передний вид
- "3" ok="False" >ножное предлежание задний вид
- "4" ok="False" >чистое ягодичное предлежание задний вид

<QUESTION "12">

Наиболее неблагоприятным из тазовых предлежаний считается

- "0" ok="False" >чистое ягодичное
- "1" ok="False" >неполное ножное
- "2" ok="True" >полное ножное
- "3" ok="False" >смешанное ягодичное
- "4" ok="False" >коленное

<QUESTION "13">

Форма головки у новорожденных, родившихся в тазовых предлежаниях

- "0" ok="False" >долихоцефалическая
- "1" ok="True" >шаровидная
- "2" ok="False" >брахицефалическая
- "3" ok="False" >неправильная
- "4" ok="False" >башенная

<QUESTION "14">

При головном предлежании плода наружный поворот головки в плоскости выхода из малого таза

- "0" ok="False" >происходит по закону неравноплечного рычага
- "1" ok="False" >заканчивается переходом плода в противоположную позицию
- "2" ok="True" >сопровождается поворотом головки в сторону, противоположную первоначальной позиции плода
- "3" ok="False" >завершается переходом плечиков в поперечный размер плоскости выхода из малого таза
- "4" ok="False" >завершается переходом плечиков в один из косых размеров плоскости выхода из малого таза

<QUESTION "15">

Внутренний поворот головки

- "0" ok="False" >происходит в широкой части малого таза
- "1" ok="False" >происходит на тазовом дне
- "2" ok="True" >происходит при переходе из широкой в узкую часть полости малого таза
- "3" ok="False" >происходит в плоскости входа в малый таз
- "4" ok="False" >начинается в плоскости входа и заканчивается на тазовом дне

<QUESTION "16">

После окончания внутреннего поворота головки



"0" ok="False" >стреловидный шов устанавливается в поперечном размере входа в малый таз  
"1" ok="True" >стреловидный шов устанавливается в прямом размере узкой части полости малого таза  
"2" ok="False" >затылок всегда обращен кпереди  
"3" ok="False" >всегда следует разгибание головки  
"4" ok="False" >всегда следует сгибание и разгибание головки

<QUESTION "17">  
Точкой фиксации на головке в родах при тазовом предлежании является

"0" ok="False" >передний угол большого родничка  
"1" ok="True" >подзатылочная ямка  
"2" ok="False" >затылочный бугор  
"3" ok="False" >середина большого родничка  
"4" ok="False" >надпереносье

<QUESTION "18">  
Прижатие пуповины в родах при тазовых предлежаниях начинается с момента

"0" ok="False" >рождения пупочного кольца  
"1" ok="False" >рождения ягодиц  
"2" ok="True" >рождения туловища до нижнего угла передней лопатки  
"3" ok="False" >внутреннего поворота головки  
"4" ok="False" >врезывания ягодиц

<QUESTION "19">  
Середина границы роста волос и подзатылочная ямка являются точками фиксации

"0" ok="False" >при переднем виде затылочного вставления  
"1" ok="False" >при переднеголовном вставлении  
"2" ok="True" >при заднем виде затылочного вставления  
"3" ok="False" >при лобном вставлении  
"4" ok="False" >при лицевом вставлении

<QUESTION "20">  
Надпереносье и затылочный бугор являются точками фиксации  
"0" ok="False" >при переднем виде затылочного вставления  
"1" ok="False" >при заднем виде затылочного вставления  
"2" ok="False" >при лобном вставлении  
"3" ok="True" >при переднеголовном вставлении  
"4" ok="False" >при лицевом вставлении

<QUESTION "21">  
Верхняя челюсть и наиболее выступающая часть затылка являются точками фиксации

"0" ok="False" >при переднем виде затылочного вставления  
"1" ok="False" >при заднем виде затылочного вставления  
"2" ok="True" >при лобном вставлении  
"3" ok="False" >при переднеголовном вставлении  
"4" ok="False" >при лицевом вставлении

<QUESTION "22">

Малый родничок является проводной точкой в родах  
"0" ok="True" >при переднем виде затылочного вставления  
"1" ok="False" >при лобном вставлении  
"2" ok="False" >при лицевом вставлении  
"3" ok="False" >при переднеголовном вставлении  
"4" ok="False" >при заднем виде затылочного вставления

<QUESTION "23">

Большой родничок является проводной точкой  
"0" ok="False" >при переднем виде затылочного вставления  
"1" ok="True" >при переднеголовном вставлении  
"2" ok="False" >при заднем виде затылочного вставления  
"3" ok="False" >при лобном вставлении  
"4" ok="False" >при лицевом вставлении

<QUESTION "24">

Подъязычная кость является точкой фиксации в родах  
"0" ok="False" >при переднем виде затылочного вставления  
"1" ok="False" >при лобном вставлении  
"2" ok="True" >при лицевом вставлении  
"3" ok="False" >при переднеголовном вставлении  
"4" ok="False" >при заднем виде затылочного вставления

<QUESTION "25">

Центр лба является проводной точкой  
"0" ok="False" >при переднем виде затылочного вставления  
"1" ok="False" >при заднем виде затылочного вставления  
"2" ok="False" >при переднеголовных вставлениях  
"3" ok="True" >при лобном вставлении  
"4" ok="False" >при лицевом вставлении

<QUESTION "26">

Подбородок является проводной точкой в родах  
"0" ok="False" >при переднем виде затылочного вставления  
"1" ok="False" >при заднем виде затылочного вставления  
"2" ok="False" >при переднеголовном вставлении  
"3" ok="False" >при лобном вставлении  
"4" ok="True" >при лицевом вставлении

<QUESTION "27">

Головка рождается окружностью, соответствующей прямому размеру  
"0" ok="True" >при переднеголовном вставлении  
"1" ok="False" >при заднем виде затылочного вставления  
"2" ok="False" >при лицевом вставлении  
"3" ok="False" >при переднем виде затылочного вставления  
"4" ok="False" >при лобном вставлении

<QUESTION "28">

Головка рождается окружностью, соответствующей малому косому  
размеру

"0" ok="False" >при заднем виде затылочного вставления  
"1" ok="True" >при переднем виде затылочного вставления  
"2" ok="False" >при переднеголовном вставлении  
"3" ok="False" >при лицевом вставлении

"4" ok="False" >при лобном вставлении

<QUESTION "29">

Головка рождается окружностью, соответствующей среднему косому размеру

"0" ok="False" >при переднем виде затылочного вставления

"1" ok="False" >при переднеголовном вставлении

"2" ok="True" >при заднем виде затылочного вставления

"3" ok="False" >при лобном вставлении

"4" ok="False" >при лицевом вставлении

<QUESTION "30">

Головка рождается окружностью, соответствующей размеру, близкому к большому косому

"0" ok="False" >при переднем виде затылочного вставления

"1" ok="False" >при заднем виде затылочного вставления

"2" ok="False" >при лицевом вставлении

"3" ok="False" >при переднеголовном вставлении

"4" ok="True" >при лобном вставлении

<QUESTION "31">

Головка рождается окружностью, соответствующей вертикальному размеру

"0" ok="False" >при переднем виде затылочного вставления

"1" ok="False" >при заднем виде затылочного вставления

"2" ok="False" >при лобном вставлении

"3" ok="True" >при лицевом вставлении

"4" ok="False" >при переднеголовном вставлении

<QUESTION "32">

Долихоцефалическая форма головки характерна для родов

"0" ok="False" >при переднеголовном и затылочном вставлении

предлежаниях

"1" ok="False" >при затылочных вставлениях и тазовых

"2" ok="False" >при затылочных и разгибательных вставлениях

"3" ok="True" >при затылочных вставлениях

"4" ok="False" >при переднеголовном и лобном вставлениях

<QUESTION "33">

Родовой опухолью называется

"0" ok="False" >кровоизлияние в мягкие ткани головки

"1" ok="False" >кровоизлияние под надкостницу кости черепа

конфигурации головки

"3" ok="True" >отек мягких тканей предлежащей части,

обусловленное венозным застоем ниже пояса соприкосновения

"4" ok="False" >кровоизлияние в подкожную клетчатку

<QUESTION "34">

При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:

- лобный шов в левом косом размере,
- передний угол большого родничка - слева сзади.
- надбровные дуги, глазницы, спинка носа

ОПРЕДЕЛИТЕ вставление головки, позицию и вид плода

"0" ok="False" >лобное вставление, 1-я позиция, передний вид  
"1" ok="False" >лобное вставление, 2-я позиция, передний вид  
"2" ok="True" >лобное вставление, 1-я позиция, задний вид  
"3" ok="False" >переднеголовное вставление, 2-я позиция,  
задний вид  
"4" ok="False" >переднеголовное вставление, 1-я позиция,  
задний вид

<QUESTION "35">

При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:

- предлежит головка,
- лицевая линия в правом косом размере,
- слева спереди - подбородок.

ОПРЕДЕЛИТЕ вставление головки, позицию и вид плода

"0" ok="False" >переднеголовное вставление, 2-я позиция,  
задний вид  
"1" ok="False" >лицевое вставление, 1-я позиция, задний вид  
"2" ok="False" >лицевое вставление, 1-я позиция, передний  
вид  
"3" ok="False" >лицевое вставление, 2-я позиция, передний  
вид  
"4" ok="True" >лицевое вставление, 2-я позиция, задний вид

<QUESTION "36">

При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:

- предлежат ягодицы и стопы плода,
- крестец слева спереди.

ОПРЕДЕЛИТЕ разновидность тазового предлежания, позицию и вид плода

"0" ok="False" >чистое ягодичное предлежание, 1-я позиция,  
передний вид  
"1" ok="False" >ножное предлежание, 2-я позиция, передний  
вид  
"2" ok="True" >смешанное ягодичное предлежание, 1-я позиция,  
передний вид  
"3" ok="False" >смешанное ягодичное предлежание, 2-я  
позиция, передний вид  
"4" ok="False" >смешанное ягодичное предлежание, 1-я  
позиция, задний вид

<QUESTION "37">

При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:

- стреловидный шов в левом косом размере,
- большой родничок по проводной оси таза.

ОПРЕДЕЛИТЕ вставление головки

"0" ok="False" >задний вид затылочного вставления  
"1" ok="False" >лицевое вставление  
"2" ok="False" >лобное вставление  
"3" ok="True" >переднеголовное вставление  
"4" ok="False" >передний вид затылочного вставления

<QUESTION "38">

При ОСМОТРЕ НОВОРОЖДЕННОГО обнаружено:

- форма головки неправильная, вытянутая в направлении лба,
- родовая опухоль на области лба.

Данные роды произошли

- "0" ok="False" >в лицевом вставлении
- "1" ok="True" >в лобном вставлении
- "2" ok="False" >в переднеголовном вставлении
- "3" ok="False" >в заднем виде затылочного вставления
- "4" ok="False" >в переднем виде затылочного вставления

<QUESTION "39">

При ОСМОТРЕ НОВОРОЖДЕННОГО обнаружено:

- родовая опухоль особенно деформирует губы и веки.

Данные роды произошли

- "0" ok="False" >в переднем виде затылочного вставления
- "1" ok="False" >в переднеголовном вставлении
- "2" ok="False" >в лобном вставлении
- "3" ok="False" >в заднем виде затылочного вставления
- "4" ok="True" >в лицевом вставлении

<QUESTION "40">

При ОСМОТРЕ НОВОРОЖДЕННОГО обнаружено:

- форма головки - брахицефалическая,  
- родовая опухоль в области большого родничка.

Данные роды произошли

- "0" ok="False" >в лобном вставлении
- "1" ok="False" >в лицевом вставлении
- "2" ok="True" >в переднеголовном вставлении
- "3" ok="False" >в переднем виде затылочного вставления
- "4" ok="False" >в заднем виде затылочного вставления

</GROUP>

<GROUP "2" excount="2,0,2,3,0,3">

<NAME>Диспансеризация беременных и их обследование в ЖК</NAME>

<QUESTION "0">

Беременная должна встать на учет в женской консультации до срока беременности

- "0" ok="False" >5 недель
- "1" ok="True" >12 недель
- "2" ok="False" >14 недель
- "3" ok="False" >16 недель
- "4" ok="False" >20 недель

<QUESTION "1">

Физиологическая беременность продолжается

- "0" ok="False" >240 дней
- "1" ok="True" >280 дней
- "2" ok="False" >320 дней
- "3" ok="False" >220 дней
- "4" ok="False" >300 дней

<QUESTION "2">

Перинатальный период продолжается

"0" ok="False" >с 12 недель беременности до рождения плода  
"1" ok="False" >с 20 недель беременности до 7-х суток после родов включительно

"2" ok="False" >с 28 недель беременности до 56-го дня после родов включительно  
"3" ok="True" >с 22 недель беременности до 7 суток после родов включительно  
"4" ok="False" >с 32 недель беременности до 7 суток после родов включительно

<QUESTION "3">

Беременная должна посещать женскую консультацию в первой половине беременности

"0" ok="False" >1 раз в неделю  
"1" ok="False" >1 раз в 10 дней  
"2" ok="False" >1 раз в 2 недели  
"3" ok="True" >1 раз в месяц  
"4" ok="False" >2 раза в триместр

<QUESTION "4">

Во второй половине беременности беременная должна посещать женскую консультацию

"0" ok="False" >1 раз в неделю  
"1" ok="False" >1 раз в 10 дней  
"2" ok="True" >1 раз в 2 недели  
"3" ok="False" >1 раз в месяц  
"4" ok="False" >2 раза в триместр

<QUESTION "5">

При наблюдении в женской консультации каждая беременная обязательно должна быть осмотрена

"0" ok="False" >терапевтом, хирургом, стоматологом, лор-специалистом  
"1" ok="True" >терапевтом, стоматологом, окулистом, лор-специалистом, при наличии показаний - другими специалистами  
"2" ok="False" >терапевтом, гематологом, стоматологом, венерологом  
"3" ok="False" >стоматологом, лор-специалистом, при наличии показаний - другими специалистами  
"4" ok="False" >терапевтом, инфекционистом, стоматологом, венерологом

<QUESTION "6">

Здоровая беременная должна быть осмотрена терапевтом

"0" ok="True" >2 раза за беременность  
"1" ok="False" >2 раза в месяц  
"2" ok="False" >2 раза в триместр  
"3" ok="False" >1 раз в 2 месяца  
"4" ok="False" >3 раза в месяц

<QUESTION "7">

Выкидышем называется прерывание беременности

"0" ok="False" >до 28 недель  
"1" ok="False" >до 32 недель  
"2" ok="False" >до 25 недель  
"3" ok="True" >до 22 недель  
"4" ok="False" >до 30 недель

<QUESTION "8">

Женщина получает при одноплодной беременности дородовый отпуск при сроке беременности

- "0" ok="True" >30 недель
- "1" ok="False" >32 недели
- "2" ok="False" >35 недель
- "3" ok="False" >28 недель
- "4" ok="False" >34 недели

<QUESTION "9">

Клинический анализ крови у беременных в женской консультации проводится

- "0" ok="False" >2 раза в месяц
- "1" ok="False" >1 раз в месяц
- "2" ok="True" >3 раза за беременность
- "3" ok="False" >2 раза в триместр
- "4" ok="False" >1 раз в 2 месяца

<QUESTION "10">

При наблюдении в женской консультации исследование общего анализа мочи беременным проводится

- "0" ok="False" >2 раза в триместр
- "1" ok="False" >1 раз в месяц
- "2" ok="False" >2 раза в месяц
- "3" ok="False" >1 раз в неделю
- "4" ok="True" >к каждому посещению врача

<QUESTION "11">

Реакция Вассермана в течение беременности проводится

- "0" ok="False" >1 раз
- "1" ok="False" >каждые 2 месяца
- "2" ok="False" >1 раз в месяц
- "3" ok="True" >3 раза
- "4" ok="False" >2 раза в триместр

<QUESTION "12">

Исследование мазков на гонококки Нейссера у беременных производится

- "0" ok="False" >1 раз за беременность
- "1" ok="False" >1 раз в месяц
- "2" ok="False" >каждые 2 месяца
- "3" ok="True" >3 раза за беременность
- "4" ok="False" >2 раза в триместр

<QUESTION "13">

Ультразвуковое исследование с целью пренатальной диагностики должно проводиться

- "0" ok="False" >однократно в I триместре беременности
- "1" ok="False" >однократно в II триместре беременности
- "2" ok="True" >трижды в I, II и III триместрах беременности
- "3" ok="False" >в I и II триместрах беременности
- "4" ok="False" >по строгим показаниям

<QUESTION "14">

Основной задачей психопрофилактической подготовки беременной к родам является

"0" ok="False" >разъяснение влияния факторов внешней среды на течение беременности и развитие плода

"1" ok="False" >ознакомление с основами гигиены режима и питания беременных

"2" ok="False" >разъяснение физиологической сущности родов и течения послеродового периода

"3" ok="True" >устранение психогенного компонента родовой боли

"4" ok="False" >ознакомление беременных со строением и функциями половых органов, клиническим течением родов

<QUESTION "15">

Психопрофилактическая подготовка беременных к родам начинается

"0" ok="False" >с 12 недель

"1" ok="False" >с 15-16 недель

"2" ok="False" >с 20-22 недель

"3" ok="False" >с 26-28 недель

"4" ok="True" >с 30 недель

<QUESTION "16">

Перво- и повторнобеременные начинают ощущать шевеления плода соответственно

"0" ok="False" >с 16 и 14 недель

"1" ok="False" >с 18 и 16 недель

"2" ok="True" >с 20 и 18 недель

"3" ok="False" >с 22 и 20 недель

"4" ok="False" >с 24 и 22 недель

<QUESTION "17">

Влагалищное исследование при диспансерном наблюдении за беременной во II триместре

"0" ok="False" >должно проводиться при подозрении на предлежание плаценты

"1" ok="False" >проводится для уточнения характера предлежащей части

"2" ok="False" >должно проводиться при каждой явке

"3" ok="False" >проводится один раз за триместр

"4" ok="True" >проводится только при наличии показаний

<QUESTION "18">

Для уточнения 30-недельного срока беременности можно использовать

"0" ok="False" >рентгенологический метод

"1" ok="True" >УЗИ

"2" ok="False" >ЭКГ и ФКГ плода

"3" ok="False" >амниоскопию

"4" ok="False" >цитологический метод

<QUESTION "19">

Признак Пискачака относится к группе

"0" ok="False" >предположительных признаков беременности



"1" ok="False" >сомнительных признаков беременности  
"2" ok="True" >вероятных признаков беременности  
"3" ok="False" >достоверных признаков беременности

<QUESTION "20">

Признак Горвица-Гегара относится к группе

"0" ok="False" >предположительных признаков беременности  
"1" ok="False" >сомнительных признаков беременности  
"2" ok="True" >вероятных признаков беременности  
"3" ok="False" >достоверных признаков беременности

<QUESTION "21">

Гиперсекреция хорионического гонадотропина наблюдается при

"0" ok="True" >многоплодной беременности  
"1" ok="False" >раннем сроке беременности  
"2" ok="False" >внематочной беременности  
"3" ok="True" >пузырном заносе

<QUESTION "22">

Появление молозива относится к группе

"0" ok="True" >вероятных признаков беременности  
"1" ok="False" >предположительных признаков беременности  
"2" ok="False" >сомнительных признаков беременности  
"3" ok="False" >достоверных признаков беременности

<QUESTION "23">

Среди признаков беременности раннего срока прекращение менструаций относится к группе

"0" ok="True" >вероятных признаков беременности  
"1" ok="False" >предположительных признаков беременности  
"2" ok="False" >сомнительных признаков беременности  
"3" ok="False" >достоверных признаков беременности

<QUESTION "24">

Цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки относится к группе

"0" ok="True" >вероятных признаков беременности  
"1" ok="False" >предположительных признаков беременности  
"2" ok="False" >сомнительных признаков беременности  
"3" ok="False" >достоверных признаков беременности

<QUESTION "25">

К сомнительным признакам беременности относятся

"0" ok="False" >пальпация частей плода, выслушивание сердечных тонов плода  
"1" ok="False" >ультразвуковая и рентгенологическая регистрация изображения плода, регистрация сердечной деятельности плода  
"2" ok="False" >прекращение месячных, цианоз слизистой влагалища, изменение величины, формы и консистенции матки  
"3" ok="True" >изменение аппетита, обонятельных ощущений, тошнота по утрам, неустойчивость настроения  
"4" ok="False" >положительные биологические и иммунологические реакции на беременность

<QUESTION "26">

Вероятным признаком беременности является

- "0" ok="False" >регистрация движений плода
- "1" ok="True" >положительная иммунологическая реакция на беременность
- "2" ok="False" >изменение аппетита
- "3" ok="False" >регистрация сердечных тонов плода
- "4" ok="False" >ультразвуковая регистрация изображения плода

<QUESTION "27">

Достоверным признаком беременности является

- "0" ok="False" >изменение формы, величины и консистенции матки
- "1" ok="False" >тошнота, рвота по утрам
- "2" ok="False" >цианоз слизистой влагалища
- "3" ok="False" >положительная биологическая реакция
- "4" ok="True" >пальпация частей плода

<QUESTION "28">

Появление признаков Горвица-Гегара и Губарева-Гауса при беременности ранних сроков обусловлено

- "0" ok="False" >асимметрией матки
- "1" ok="False" >сокращением матки при пальпации
- "2" ok="False" >увеличением матки
- "3" ok="False" >размягчением тела матки
- "4" ok="True" >размягчением перешейка матки

<QUESTION "29">

Признак Снегирева для диагностики беременности раннего срока заключается

- "0" ok="False" >в асимметрии матки
- "1" ok="False" >в размягчении перешейка
- "2" ok="False" >в перегибе матки
- "3" ok="True" >в сокращении матки при ее пальпации
- "4" ok="False" >в легкой смещаемости шейки матки

<QUESTION "30">

Признак Пискачака для диагностики беременности раннего срока заключается

- "0" ok="True" >в асимметрии матки
- "1" ok="False" >в усиленном перегибе матки кпереди
- "2" ok="False" >в размягчении перешейка матки
- "3" ok="False" >в сокращении матки при пальпации
- "4" ok="False" >в легкой смещаемости шейки матки

<QUESTION "31">

Ложно-отрицательные ответы при определении хорионического гонадотропина наблюдаются

- "0" ok="True" >в раннем сроке беременности
- "1" ok="False" > при многоплодной беременности
- "2" ok="False" > при пузырном заносе
- "3" ok="True" > при эктопической беременности
- "4" ok="False" > при сахарном диабете женщины

<QUESTION "32">

Иммунологический метод диагностики беременности ранних сроков основан на реакции между

- "0" ok="False" >прогестероном в крови и антисывороткой
- "1" ok="True" >хорионическим гонадотропином в моче и антисывороткой
- "2" ok="False" >прегнандиолом и антисывороткой
- "3" ok="False" >эстрогенам и антисывороткой
- "4" ok="False" >плацентарным лактогеном и антисывороткой

<QUESTION "33">

К диагностическим признакам, связанным с изменениями формы и консистенции беременной матки, относятся признаки

- "0" ok="False" >Клейна, Россье, Хохенбихлера
- "1" ok="False" >Роговина и Занченко-Шатц-Унтербергера
- "2" ok="True" >Пискачека, Снегирева, Губарева-Гауса, Горвица-Гегара, Гентера
- "3" ok="False" >Альфельда, Шредера и Довженко
- "4" ok="False" >Микулича, Штрассмана и Чукалова-Кюстнера

<QUESTION "34">

Максимальная концентрация хорионического гонадотропина наблюдается на сроке беременности

- "0" ok="False" >20 недель
- "1" ok="False" > 16 недель
- "2" ok="False" >24 недель
- "3" ok="True" >10 недель
- "4" ok="False" >5 недель

<QUESTION "35">

Дно матки определяется у верхнего края лонного сочленения

- "0" ok="False" > 10 недель
- "1" ok="False" >16 недель
- "2" ok="False" >20 недель
- "3" ok="True" >12 недель
- "4" ok="False" > 8 недель

<QUESTION "36">

При сроке беременности 24 недели дно матки находится

- "0" ok="False" >на середине между верхним краем лонного сочленения и пупком
- "1" ok="True" > на уровне пупка
- "2" ok="False" > на 10 см выше верхнего края лонного сочленения
- "3" ok="False" > на 2 п/п выше пупка
- "4" ok="False" > на уровне реберных дуг

<QUESTION "37">

Максимальная высота стояния дна матки наблюдается

- "0" ok="True" >в 36 недель
- "1" ok="False" >в 38 недель
- "2" ok="False" >в 39 недель
- "3" ok="False" >в 40 недель
- "4" ok="False" >в начале 1-го периода родов

<QUESTION "38">

При сроке беременности 36 недель дно матки

- "0" ok="False" >на уровне пупка, окружность живота - 80 см
- "1" ok="True" >достигает мечевидного отростка
- "2" ok="False" >на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком, окружность живота - 85-90 см, лобнозатылочный размер головки плода - 9.5-10 см
- "3" ok="False" >на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком, окружность живота - 100 см
- "4" ok="False" >на середине расстояния между пупком и лоном

<QUESTION "39">

Для вычисления предполагаемой даты родов у первобеременных к дате первого шевеления плода необходимо прибавить

- "0" ok="False" >16 недель
- "1" ok="False" >18 недель
- "2" ok="True" >20 недель
- "3" ok="False" >22 недели
- "4" ok="False" >25 недель

<QUESTION "40">

Срок родов у повторнородящей женщины может быть вычислен прибавлением к дате первого шевеления плода

- "0" ok="False" >25 недель
- "1" ok="True" >22 недель
- "2" ok="False" >18 недель
- "3" ok="False" >20 недель
- "4" ok="False" >16 недель

<QUESTION "41">

Срок родов может быть вычислен путем прибавления к дате начала дородового отпуска

- "0" ok="False" >4 недели
- "1" ok="False" >6 недель
- "2" ok="False" >8 недель
- "3" ok="True" >10 недель
- "4" ok="False" >12 недель

<QUESTION "42">

Для уточнения срока беременности (может быть) использовано

- "0" ok="False" >рентгенологическое исследование
- "1" ok="False" >иммунологическое исследование
- "2" ok="True" >метод УЗИ
- "3" ok="False" >ФКГ и исследование плода
- "4" ok="False" >влагалищное исследование

<QUESTION "43">

При измерении наружной конъюгаты беременная находится в положении

- "0" ok="False" >стоя
- "1" ok="False" >лежа на спине
- "2" ok="False" >на боку с вытянутыми ногами

"3" ok="True" >на боку с согнутой в тазобедренном и коленном суставе нижележащей ногой и вытянутой вышележащей

"4" ok="False" >на боку с согнутой в тазобедренном и коленном суставе вышележащей ногой и вытянутой нижележащей

<QUESTION "44">

Измерение диагональной конъюгаты производят

"0" ok="False" >для вычисления индекса Соловьева

"1" ok="True" >при влагалитном исследовании

"2" ok="False" >с помощью тазомера от верхнего края лона до остистого отростка 5-го поясничного позвонка

"3" ok="False" >в положении женщины стоя

"4" ok="False" >в положении женщины лежа на боку

<QUESTION "45">

Синтез хорионического гонадотропина происходит

"0" ok="False" >в надпочечниках

"1" ok="True" >в синцитиотрофобласте

"2" ok="False" >в гипофизе

"3" ok="False" >в яичниках

"4" ok="False" >в матке

<QUESTION "46">

Первым приемом Леопольда-Левицкого определяют

"0" ok="True" >высоту стояния дна матки

"1" ok="False" >характер предлежащей части плода

"2" ok="False" >позицию плода

"3" ok="False" >вид позиции плода

"4" ok="False" >отношение предлежащей части ко входу в малый

таз

<QUESTION "47">

Вторым приемом Леопольда-Левицкого определяют

"0" ok="False" >высоту стояния дна матки

"1" ok="False" >характер предлежащей части плода

"2" ok="True" >позицию плода

"3" ok="False" >членорасположение плода

"4" ok="True" >положение плода

<QUESTION "48">

Третьим приемом Леопольда-Левицкого определяют

"0" ok="False" >высоту стояния дна матки

"1" ok="True" > предлежащую часть плода

"2" ok="False" >позицию плода

"3" ok="False" >вид позиции плода

"4" ok="True" >отношение предлежащей части плода ко входу в

малый таз

<QUESTION "49">

Определение предполагаемой массы плода при доношенном сроке беременности

"0" ok="True" >по формуле Лебедева, Якубова, Бабадаглы

"1" ok="False" >только по окружности живота

"2" ok="False" > только по высоте стояния дна матки

"3" ok="False" >по индексу Соловьева  
"4" ok="True" >по данным фетометрии при УЗИ

<QUESTION "50">

Измерение окружности живота беременной женщины производится

"0" ok="False" >в положении лежа на боку  
"1" ok="False" >в положении стоя  
"2" ok="False" >на уровне дна матки  
"3" ok="True" >на уровне пупка  
"4" ok="False" >для определения зрелости плода

<QUESTION "51">

Продолжительность декретного отпуска у женщины при физиологическом течении беременности и родов составляет

"0" ok="False" >180 дней  
"1" ok="False" >196 дней  
"2" ok="True" >140 дней  
"3" ok="False" >156 дней  
"4" ok="False" >70 дня

</GROUP>

<GROUP "3" excount="2,0,2,3,0,3">

<NAME>Клиническое течение родов</NAME>

<QUESTION "0">

Роды делятся на периоды

"0" ok="False" >раскрытия, изгнания, последовый, послеродовый  
"1" ok="True" >раскрытия, изгнания, последовый  
"2" ok="False" >сглаживания шейки, раскрытия, изгнания  
"3" ok="False" >подготовительный, раскрытия, последовый  
"4" ok="False" >подготовительный, раскрытия, изгнания, ранний послеродовый

<QUESTION "1">

Началом родов следует считать

"0" ok="False" >излитие околоплодных вод  
"1" ok="False" >продвижение плода по родовым путям  
"2" ok="False" >появление схваток с периодичностью 15-20 минут  
"3" ok="False" >вставление головки  
"4" ok="True" >начало регулярных схваток, приводящих к структурным изменениям в шейке матки

<QUESTION "2">

Потуги отличаются от схваток

"0" ok="False" >увеличением частоты сокращений матки  
"1" ok="False" >увеличением интенсивности сокращений матки  
"2" ok="True" >присоединением сокращений мышц брюшного пресса, диафрагмы, тазового дна  
"3" ok="False" >присоединением сокращений мышц, выстилающих стенки таза  
"4" ok="False" >увеличением частоты, силы и продолжительности сокращений матки

<QUESTION "3">

Родильница должна находиться под наблюдением в родильном отделении в течение

- "0" ok="False" >30 минут
- "1" ok="False" >1 часа
- "2" ok="True" >2 часов
- "3" ok="False" >4 часов
- "4" ok="False" >6 часов

<QUESTION "4">

Первый период родов называется

- "0" ok="False" >подготовительным периодом
- "1" ok="True" >периодом раскрытия
- "2" ok="False" >периодом изгнания
- "3" ok="False" >латентным периодом
- "4" ok="False" >периодом сглаживания шейки матки

<QUESTION "5">

Первый период родов продолжается

- "0" ok="False" >от начала регулярных схваток до сглаживания шейки матки
- "1" ok="False" >от начала регулярных схваток до рождения плода
- "2" ok="True" >от начала регулярных схваток до полного открытия маточного зева
- "3" ok="False" >от начала регулярных схваток до вставления головки плода
- "4" ok="False" >от начала схваткообразных болей в низу живота до раскрытия маточного зева до 7-8 см

<QUESTION "6">

Основное отличие схваток первого периода родов от схваток подготовительного периода связано

- "0" ok="False" >с продолжительностью интервалов
- "1" ok="False" >с интенсивностью сокращений
- "2" ok="True" >с развитием структурных изменений в шейке матки
- "3" ok="False" >с продолжительностью сокращений
- "4" ok="False" >с болезненностью

<QUESTION "7">

Нормальная родовая деятельность в начале первого периода родов характеризуется продолжительностью схваток

- "0" ok="False" >50-60 сек
- "1" ok="False" >30-40 сек
- "2" ok="False" >20-30 сек
- "3" ok="True" >15-20 сек
- "4" ok="False" >5-10 сек

<QUESTION "8">

В конце первого периода родов нормальная родовая деятельность характеризуется схватками через

- "0" ok="False" >3-4 минуты
- "1" ok="True" >2-3 минуты

- "2" ok="False" >5-6 минут
- "3" ok="False" >6-7 минут
- "4" ok="False" >30-60 секунд

<QUESTION "9">

Первый период родов заканчивается

- "0" ok="False" >сглаживанием шейки
- "1" ok="False" >вставлением головки плода
- "2" ok="False" >появлением схваток потужного характера
- "3" ok="False" >опусканием головки плода на тазовое дно
- "4" ok="True" >полным раскрытием маточного зева

<QUESTION "10">

Второй период родов

- "0" ok="False" >заканчивается рождением головки
- "1" ok="False" >обычно длится от 2-х до 4-х часов
- "2" ok="False" >начинается с излития околоплодных вод
- "3" ok="False" >начинается с момента фиксации головки большим сегментом во входе в малый таз
- "4" ok="True" >называется периодом изгнания

<QUESTION "11">

Второй период родов продолжается

- "0" ok="False" >от вскрытия плодного пузыря до рождения плода
- "1" ok="True" >от полного раскрытия маточного зева до рождения плода
- "2" ok="False" >от вставления головки до рождения плода
- "3" ok="False" >от сглаживания шейки матки до рождения плода
- "4" ok="False" >от начала схваток потужного характера до рождения плода

<QUESTION "12">

Сердцебиение плода во втором периоде родов следует выслушивать

- "0" ok="True" >после каждой потуги
- "1" ok="False" >каждые 15 минут
- "2" ok="False" >каждые 10 минут
- "3" ok="False" >каждые 5 минут
- "4" ok="False" >при врезывании головки

<QUESTION "13">

Третий период родов продолжается

- "0" ok="False" >от отделения плаценты до рождения последа
- "1" ok="True" >от рождения плода до рождения последа
- "2" ok="False" >от рождения плода до отделения плаценты
- "3" ok="False" >от полного раскрытия маточного зева до рождения последа
- "4" ok="False" p1="True">два часа после рождения последа

<QUESTION "14">

Максимальная продолжительность третьего периода родов составляет

- "0" ok="False" >3-5 минут
- "1" ok="False" >10-15 минут



- "2" ok="True" >30 минут
- "3" ok="False" >40-45 минут
- "4" ok="False" >50-60 минут

<QUESTION "15">

Профилактика кровотечения в третьем и раннем послеродовом периодах проводится

"0" ok="False" >в/м введением 1 мл окситоцина в конце 2-го периода родов

"1" ok="True" >в/в введением 1 мл окситоцина в момент прорезывания головки

"2" ok="False" >в/м введением 1 мл метилэргометрина с последней потугой

"3" ok="False" >в/м введением 1 мл гифотоцина с последней потугой

"4" ok="False" p1="True">подкожным введением 1 мл маммофизина в конце 1-го периода родов

<QUESTION "16">

Средняя продолжительность нормальных родов у перво- и повторнородящих составляет соответственно

"0" ok="True" >12-14 час и 7-8 час

"1" ok="False" >8-10 час и 4-6 час

"2" ok="False" >15-18 час и 10-12 час

"3" ok="False" >18-24 час и 14-16 час

"4" ok="False" >6-8 час и 4-5 час

<QUESTION "17">

Физиологическая кровопотеря в родах не превышает

"0" ok="False" >1.5 % массы роженицы

"1" ok="False" >1.0 % массы роженицы

"2" ok="False" >300 мл

"3" ok="True" >0.5 % массы роженицы

"4" ok="False" >150 мл

<QUESTION "18">

Масса роженицы - 50 кг. Физиологическая кровопотеря не должна превышать

"0" ok="False" >400 мл

"1" ok="True" >250 мл

"2" ok="False" >300 мл

"3" ok="False" >500 мл

"4" ok="False" >350 мл

<QUESTION "19">

Особенностью раскрытия шейки матки у первородящих женщин является

"0" ok="True" >последовательное раскрытие внутреннего и наружного зева

"1" ok="False" >одномоментное раскрытие внутреннего и наружного зева

"2" ok="False" >последовательное укорочение и сглаживание ее

"3" ok="False" >раскрытие шейки матки, затем ее укорочение и сглаживание

"4" ok="False" >раскрытие наружного, а затем внутреннего зева

<QUESTION "20">

Особенностью раскрытия шейки матки у повторнородящих является  
наружного зева

"0" ok="True" >одновременное разворачивания внутреннего и  
зева

"1" ok="False" >последовательное укорочение и сглаживание ее

"2" ok="False" >раскрытие наружного, а затем внутреннего

"3" ok="False" >независимость этого процесса от ретракции

зева  
"4" ok="False" >раскрытие внутреннего, а затем наружного

<QUESTION "21">

Излитие вод следует считать своевременным

"0" ok="False" >до начала родовой деятельности

"1" ok="False" >в первом периоде родов

"2" ok="False" >во втором периоде родов

"3" ok="False" >при раскрытии маточного зева до 6 см

"4" ok="True" >при раскрытии маточного зева более 6 см

<QUESTION "22">

Ранним называется излитие околоплодных вод

"0" ok="False" >до начала родов

"1" ok="False" >до начала второго периода родов

"2" ok="False" >при раскрытия маточного зева больше 6 см

"3" ok="True" >при раскрытии маточного зева до 6 см

"4" ok="False" >до начала потуг

<QUESTION "23">

Излитие околоплодных вод считается преждевременным

"0" ok="True" >до начала родовой деятельности

"1" ok="False" >в первом периоде родов

"2" ok="False" >во втором периоде родов

"3" ok="False" >до раскрытия маточного зева на 7 см

полного  
"4" ok="False" >при раскрытии маточного зева от 5 см до

<QUESTION "24">

При раннем излитии околоплодных вод возрастает риск развития

"0" ok="False" >родовых травм матери

"1" ok="True" >слабости родовой деятельности

расположенной плаценты  
"2" ok="False" >преждевременной отслойки нормально

"3" ok="False" >стремительного течения родов

"4" ok="False" >родовой травмы у плода

<QUESTION "25">

При преждевременном излитии околоплодных вод повышается степень  
риска

"0" ok="False" >родовой травмы матери

расположенной плаценты  
"1" ok="False" >преждевременной отслойки нормально

- "2" ok="True" >инфекционных осложнений
- "3" ok="False" >родовой травмы у плода
- "4" ok="False" >развития бурной родовой деятельности

<QUESTION "26">

- При преждевременном излитии околоплодных вод необходимо
- "0" ok="False" >начать родостимулирующую терапию
  - "1" ok="False" >проводить профилактику родового травматизма матери
  - "2" ok="False" >проводить профилактику родового травматизма плода
  - "3" ok="False" >проводить влагалищные исследования каждые 5-6 часов
  - "4" ok="True" >своевременно решить вопрос о родовозбуждении

<QUESTION "27">

- Запоздалым считается излитие околоплодных вод
- "0" ok="False" >после раскрытия маточного зева на 5 см
  - "1" ok="False" >после раскрытия маточного зева на 7 см
  - "2" ok="True" >после полного раскрытия маточного зева
  - "3" ok="False" >после фиксации головки большим сегментом в плоскости входа в малый таз
  - "4" ok="False" >после появления потуг

<QUESTION "28">

- При запоздалом излитии околоплодных вод возникает риск развития
- "0" ok="False" >инфекционных осложнений
  - "1" ok="False" >слабости родовой деятельности
  - "2" ok="True" >преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты
  - "3" ok="False" >родовой травмы у матери
  - "4" ok="False" >родовой травмы у плода

<QUESTION "29">

- Окрашивание околоплодных вод меконием при головных предлежаниях свидетельствует
- "0" ok="False" >о пороках развития плода
  - "1" ok="False" >о гемолитической болезни плода
  - "2" ok="True" >о гипоксии плода
  - "3" ok="False" >о хориоамнионите
  - "4" ok="True" >о внутриутробной инфекции плода

<QUESTION "30">

- Своевременная амниотомия должна быть произведена
- "0" ok="False" >с появлением регулярных схваток
  - "1" ok="False" >при раскрытии маточного зева до 5 см
  - "2" ok="True" >при раскрытии маточного зева более 7-8 см
  - "3" ok="False" >при появлении потуг
  - "4" ok="False" >после сглаживания шейки матки

<QUESTION "31">

- Влагалищное исследование должно производиться
- "0" ok="True" >при излитии околоплодных вод

"1" ok="False" >при появлении потуг  
"2" ok="False" >в III периоде родов  
"3" ok="False" >каждые 2-3 часа для уточнения акушерской  
ситуации  
"4" ok="False" >каждые 10 часов для уточнения акушерской  
ситуации

<QUESTION "32">

Продолжительность второго периода родов у первородящих и повторнородящих

"0" ok="False" > 6 и 4 ча  
"1" ok="False" > 1 час и 30 минут  
"2" ok="True" > 2 и 1 час  
"3" ok="False" > 4 и 3 часа  
"4" ok="False" > 30 минут и 10 минут

<QUESTION "33">

Профилактика офтальмобленнореи проводится

"0" ok="False" >новорожденным от матерей с гонореей в анамнезе введением 30% раствора альбуцида  
"1" ok="True" >всем новорожденным введением на конъюнктивы 1-2 капель свежего 30% раствора альбуцида  
"2" ok="False" >всем новорожденным введением на конъюнктивы свежего 5% раствора азотнокислого серебра  
"3" ok="False" >новорожденным от матерей с отягощенным гинекологическим анамнезом введением 30% раствора альбуцида  
"4" ok="False" >новорожденным от матерей с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями гениталий введением свежего 30% раствора альбуцида

<QUESTION "34">

Признаками отделения плаценты от стенки матки являются

"0" ok="False" >Признак Снегирева  
"1" ok="False" >Признак Пискачика  
"2" ok="True" >Признак Кюстнера-Чукалова  
"3" ok="True" >Признак Альфельда  
"4" ok="True" >Признак Штрассмана

<QUESTION "35">

При отсутствии признаков отделения плаценты и кровотечения к ручному отделению плаценты и выделению последа приступают через

"0" ok="False" >2 часа  
"1" ok="False" >1.5 часа  
"2" ok="False" >1 час  
"3" ok="True" >30 минут  
"4" ok="False" >15 минут

<QUESTION "36">

К операции ручного отделения плаценты и выделения последа следует приступить

"0" ok="False" >при наличии признаков отделения плаценты и появлении кровотечения  
"1" ok="True" >при отсутствии признаков отделения плаценты и появлении кровотечения

"2" ok="False" >при отсутствии признаков отделения плаценты в течение 15 минут  
"3" ok="True" >при отсутствии признаков отделения плаценты в течение 30 минут  
"4" ok="False" >при наличии признаков отделения плаценты в течение 1 часа

<QUESTION "37">

При наличии признаков отделения плаценты для выделения последа могут быть применены приемы

"0" ok="False" >Гентера и Довженко  
"1" ok="False" >Роговина и Занченко  
"2" ok="False" >Шредера и Чукалова-Кюстнера  
"3" ok="True" >Абуладзе и Креде-Лазаревича  
"4" ok="False" >Альфельда и Штрассмана

<QUESTION "38">

Способ Абуладзе применяется

"0" ok="False" >при отсутствии признаков отделения плаценты в течение 2 часов  
"1" ok="False" >при отсутствии признаков отделения плаценты в течение 30 минут  
"2" ok="False" >при появлении кровотечения и отсутствии признаков отделения плаценты  
"3" ok="True" >при наличии признаков отделения плаценты для выделения последа  
"4" ok="False" >при задержке отделения доли плаценты

<QUESTION "39">

Средства для подготовки шейки матки к родам

"0" ok="False" >прогестерон, спазмолитики, витамины, седативные, ферментативные средства  
"1" ok="False" >прогестерон, антигистаминные, витамины, спазмолитики, лидаза  
"2" ok="True" >мифепристон, ламинарии, динопростон  
"3" ok="False" >эстрогены, антигистаминные, седативные, диуретики  
"4" ok="False" >седативные, антигистаминные, слабительные, средства, улучшающие тканевой обмен

<QUESTION "40">

Степень раскрытия маточного зева по Шатц-Унтербергеру-Занченко соответствует расстоянию между

"0" ok="False" >пупком и контракционным кольцом  
"1" ok="False" >дном матки и контракционным кольцом  
"2" ok="False" >дном матки и мечевидным отростком грудины  
"3" ok="False" >контракционным кольцом и мечевидным отростком грудины  
"4" ok="True" >контракционным кольцом и верхним краем симфиза

<QUESTION "41">

Степень раскрытия маточного зева при определении приемом Роговина соответствует

"0" ok="False" >расстоянию между дном матки и мечевидным отростком грудины  
"1" ok="False" >расстоянию между пограничной бороздой и верхним краем лона  
"2" ok="True" >величине: 10 см минус расстояние между дном матки и мечевидным отростком грудины  
"3" ok="False" >величине: 45 см минус высота стояния дна матки  
"4" ok="False" >расстоянию между дном матки и пупком

<QUESTION "42">

Для наружного определения степени раскрытия маточного зева применяются приемы

"0" ok="False" >Рудакова, Гентера  
"1" ok="False" >Шредера, Чукалова-Кюстнера  
"2" ok="False" >Альфельда, Штрассмана, Чукалова-Кюстнера  
"3" ok="True" >Роговина, Шатц-Унтербергера-Занченко  
"4" ok="False" >Абуладзе, Креде-Лазаревича

<QUESTION "43">

Ручное пособие при головном предлежании проводится с целью

"0" ok="True" >защиты промежности матери  
"1" ok="False" >обеспечения постепенности прорезывания головки плода  
"2" ok="False" >выведения головки плода наименьшей окружностью  
"3" ok="False" >содействия освобождению головки и плечиков плода  
"4" ok="False" >предупреждение травм плода

<QUESTION "44">

Принцип пособия по Цовьянову при чистом ягодичном предлежании плода

"0" ok="False" >защита промежности  
"1" ok="True" >сохранение правильного членорасположения плода  
"2" ok="False" >выведение плечевого пояса  
"3" ok="False" >бережное выведение головки плода  
"4" ok="False" >предупреждение запрокидывания головки плода

<QUESTION "45">

К ведению родов по методу Цовьянова при чистом ягодичном предлежании приступают

"0" ok="False" >при полном раскрытии маточного зева  
"1" ok="False" >при ягодичах, находящихся в полости малого таза  
"2" ok="True" >при прорезывании ягодиц  
"3" ok="False" >при рождении плода до пупочного кольца  
"4" ok="False" >при появлении потуг

<QUESTION "46">

Для определения массы плода по таблице А.В.Рудакова необходимо знать

"0" ok="False" >окружность живота, высоту стояния дна матки

"1" ok="True" >высоту стояния дна матки, половину поперечной окружности матки  
"2" ok="False" >срок беременности, окружность живота  
"3" ok="False" >окружность живота и половину поперечной окружности матки  
"4" ok="False" >размеры головки плода

<QUESTION "47">

К признакам переносимости плода относится

"0" ok="False" >масса плода более 4500 г  
"1" ok="True" >симптомы "банные стопки" и "ручки прачки"  
"2" ok="False" >повышенная мягкость костей черепа  
"3" ok="False" >окружность головки плода более 35 см  
"4" ok="False" >отсутствие первородной смазки

<QUESTION "48">

Оценка новорожденного по шкале АПГАР

"0" ok="True" >построена на анализе 5 показателей  
"1" ok="False" >включает данные о КОС  
"2" ok="False" >позволяет судить о степени гипотрофии  
"3" ok="False" >проводится однократно в первую минуту после рождения  
"4" ok="False" >определяется при ежедневном осмотре педиатра

<QUESTION "49">

Плод считается крупным при массе тела более

"0" ok="False" >3000 г  
"1" ok="False" >3500 г  
"2" ok="False" >3800 г  
"3" ok="True" >4000 г  
"4" ok="False" >4500 г

<QUESTION "50">

Диагноз преждевременных родов может быть поставлен при рождении плода

"0" ok="False" >массой 3000 г, длиной 50 см  
"1" ok="False" >массой 2800 г, длиной 48 см  
"2" ok="False" >массой 2600 г, длиной 47 см  
"3" ok="False" >массой 450 г, длиной 22см  
"4" ok="True" >массой 2300 г, длиной 44 см

<QUESTION "51">

При оценке состояния новорожденного по шкале АПГАР учитываются

"0" ok="False" >масса тела, длина, срок гестации  
"1" ok="True" >частота сердечных сокращений и дыхания, окраска кожных покровов, рефлексы, мышечный тонус  
"2" ok="False" >частота сердечных сокращений и дыхания, окраска кожных покровов  
"3" ok="False" >сознание, степень депрессии  
"4" ok="False" >частота сердечных сокращений, общее состояние

<QUESTION "52">

Состоянию средней тяжести у новорожденного соответствуют оценки по шкале АПГАР

- "0" ok="True" >в 1-ую минуту после рождения - 5 баллов через 5 минут - 6 баллов
- "1" ok="False" >в 1-ую минуту после рождения - 8 баллов через 5 минут - 9 баллов
- "2" ok="False" >в 1-ую минуту после рождения - 2 балла через 5 минут - 3 балла
- "3" ok="False" >в 1-ую минуту после рождения - 3 балла через 5 минут - 4 балла
- "4" ok="False" >в 1-ую минуту после рождения - 8 баллов через 5 минут - 8 баллов

<QUESTION "53">

Нормальная частота сердцебиения плода во время беременности

- "0" ok="False" >170-180 ударов в минуту
- "1" ok="True" >120-140 ударов в минуту
- "2" ok="False" >190-200 ударов в минуту
- "3" ok="False" >90-100 ударов в минуту
- "4" ok="False" >80-90 ударов в минуту

<QUESTION "54">

При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:

- шейка матки укорочена до 1,5 см, размягчена полностью, расположена по проводной оси таза,
- цервикальный канал проходим для 2 поперечного пальца за внутренний зев. Степень зрелости шейки матки соответствует определению

- "0" ok="False" >шейка "незрелая"
- "1" ok="False" >шейка "созревающая"
- "2" ok="False" >шейка "неполностью созревшая"
- "3" ok="True" >шейка "зрелая"
- "4" ok="False" >шейка рубцоводеформированная

<QUESTION "55">

При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:

- шейка матки длиной 3.5 см, плотная, отклонена от проводной оси таза кзади,
- наружный зев закрыт.

Эти данные свидетельствуют

- "0" ok="False" >о "зрелой" шейке
- "1" ok="True" >о "незрелой" шейке
- "2" ok="False" >о "созревающей" шейке
- "3" ok="False" >о "неполностью созревшей" шейке
- "4" ok="False" p1="True">о наличии готовности организма к

родам

<QUESTION "56">

При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:

- шейка матки сглажена,
- открытие маточного зева 5 см,
- плодный пузырь вскрылся во время исследования.

Диагноз

- "0" ok="False" >1-й период родов, преждевременное излитие околоплодных вод



"1" ok="False" >2-й период родов, раннее излитие  
околоплодных вод  
"2" ok="True" >1-й период родов, раннее излитие околоплодных  
вод  
"3" ok="False" >1-й период родов, своевременное излитие  
околоплодных вод  
"4" ok="False" >2-й период родов, запоздалое излитие  
околоплодных вод

<QUESTION "57">

Повторнобеременная поступила в родильный дом с жалобами на излитие вод и начало регулярных схваток 5 часов назад. При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:

- раскрытие маточного зева полное,
  - плодного пузыря нет,
  - предлежит головка, малым сегментом фиксирована во входе в малый таз.
- Диагноз

"0" ok="False" >1-й период родов, преждевременное излитие  
вод  
"1" ok="False" >1-й период родов, раннее излитие вод  
"2" ok="False" >2-й период родов, преждевременное излитие  
вод  
"3" ok="True" >2-й период родов, раннее излитие вод  
"4" ok="False" >2-й период родов, запоздалое излитие вод

<QUESTION "58">

При ОСМОТРЕ РОЖЕНИЦЫ обнаружено:

- дно матки на 4 см ниже мечевидного отростка,
- контракционное кольцо на 6 см выше верхнего края лона.

Предполагаемое раскрытие маточного зева составляет

"0" ok="False" >4 см  
"1" ok="True" >6 см  
"2" ok="False" >10 см  
"3" ok="False" >2 см  
"4" ok="False" >8 см

<QUESTION "59">

При ОСМОТРЕ РОЖЕНИЦЫ установлено:

- дно матки на 2 см ниже мечевидного отростка грудины,
- пограничная борозда на 8 см выше верхнего края лона.

Предполагаемое раскрытие маточного зева составляет

"0" ok="True" >8 см  
"1" ok="False" >6 см  
"2" ok="False" >4 см  
"3" ok="False" >5 см  
"4" ok="False" >2 см

<QUESTION "60">

В течение 30 минут после рождения плода отсутствуют признаки отделения плаценты, кровотечения нет.

Врач должен

"0" ok="False" >применить прием Креде-Лазаревича  
"1" ok="True" >произвести ручное отделение плаценты и  
выделение последа

- "2" ok="False" >применить прием Абуладзе
- "3" ok="False" >применить прием Гентера

<QUESTION "61">

После появления признаков отделения плаценты роженица потужилась, рождения последа не произошло.  
Врач должен

- "0" ok="False" >произвести ручное выделение последа
- "1" ok="True" >применить приемы Абуладзе и Креде-Лазаревича
- "2" ok="False" >начать внутривенное капельное введение окситоцина
- "3" ok="False" >применить прием Чукалова-Кюстнера
- "4" ok="False" >произвести катетеризацию мочевого пузыря

<QUESTION "62">

Через 15 минут после рождения плода  
- началось умеренное кровотечение,  
- кровопотеря 300 мл,  
- признаков отделения плаценты нет.  
Врач должен

- "0" ok="False" >применить прием Креде-Лазаревича
- "1" ok="False" >наблюдать за признаками отделения плаценты и кровопотерей, если она превысит 500 мл, то приступить к ручному отделению плаценты и выделению последа
- "2" ok="False" >провести наружный массаж матки и применить прием Абуладзе
- "3" ok="True" >немедленно приступить к операции ручного отделения плаценты и выделения последа
- "4" ok="False" >добиться отделения плаценты введением сокращающих средств и наружным массажем матки

<QUESTION "63">

При ОСМОТРЕ ПОСЛЕДА обнаружено:  
- плацента размерами 22 \* 18 см,  
- имеется дефект плацентарной ткани размером 2 \* 2.5 см,  
- оболочки все.  
Врач должен

- "0" ok="True" >немедленно приступить к ручному обследованию полости матки и удалению задержавшейся доли плаценты
- "1" ok="False" >тщательно наблюдать за общим состоянием, величиной кровопотери. произвести ручное обследование полости матки и удаление задержавшейся доли при нарастании кровопотери
- "2" ok="False" >провести наружный массаж матки и попытаться выделить задержавшуюся долю плаценты приемом Креде-Лазаревича
- "3" ok="False" >попросить женщину потужиться, если не произойдет выделения задержавшейся доли, то приступить к ручному обследованию полости матки и удалению доли плаценты

<QUESTION "64">

Приемом Пискачака определяется головка плода  
"0" ok="False" >подвижная над входом в таз  
"1" ok="False" >прижатая ко входу в малый таз  
"2" ok="False" >фиксированная малым сегментом в плоскости входа в малый таз

"3" ok="False" >фиксированная большим сегментом в плоскости  
входа в малый таз  
"4" ok="True" >опустившаяся на тазовое дно

</GROUP>

<GROUP "4" excount="2,0,2,3,0,3">

<NAME>Токсикозы</NAME>

<QUESTION "0">

Еженедельная прибавка массы во второй половине беременности не  
должна превышать

"0" ok="False" >100-150 г

"1" ok="False" >150-200 г

"2" ok="False" >200-300 г

"3" ok="True" >300-400 г

"4" ok="False" >600-700 г

<QUESTION "1">

К ранним признакам позднего гестоза относятся

"0" ok="True" >появление лабильности и асимметрии АД,

"1" ok="False" >снижение суточного диуреза до 600-500 мл

"2" ok="False" >появление отеков голеней и белка в моче

"3" ok="False" >появление белка в моче в количестве от 0.033  
до 0.066 г/л

"4" ok="False" >появление ангиопатии и ретинопатии сосудов  
сетчатки глаз

<QUESTION "2">

К часто встречающимся формам раннего токсикоза относятся

"0" ok="False" >отеки беременных, гипертония беременных

"1" ok="True" >птикализм, рвота беременных

"2" ok="False" >гипертония беременных, преэклампсия

"3" ok="False" >дерматозы, хорея беременных

"4" ok="False" >острая желтая атрофия печени, рвота  
беременных

<QUESTION "3">

Сочетанными формами позднего гестоза считаются

"0" ok="False" >отеки беременных, гипертония беременных

"1" ok="True" >гестоз, развивающийся на фоне  
экстрагенитальной патологии

"2" ok="False" >гестоз, возникающий у соматически здоровых  
женщин

"3" ok="False" >гестоз, возникающий у беременных с  
неотягощенным гинекологическим анамнезом

"4" ok="False" >преэклампсия и эклампсия

<QUESTION "4">

К моносимптомным формам позднего гестоза относятся

"0" ok="True" >отеки беременных, гипертония беременных

"1" ok="False" >преэклампсия

"2" ok="False" > гестоз средней степени тяжести

"3" ok="False" > гестоз тяжелой степени

"4" ok="False" > эклампсия

<QUESTION "5">

Длительнотекущим считается поздний гестоз, симптомы которого наблюдаются

- "0" ok="False" > до 1 месяца
- "1" ok="False" > 2-3 месяца
- "2" ok="False" > 2 недели
- "3" ok="True" > более 4-х месяцев
- "4" ok="False" > после 38 недель беременности

<QUESTION "6">

Для определения индекса гестоза по таблице Г.М.Савельевой оцениваются в баллах

- "0" ok="False" >прибавка массы тела, отеки, АД, суточная потеря белка
- "1" ok="False" >отеки, АД, субъективные симптомы, состояние глазного дна
- "2" ok="False" >прибавка массы тела, среднее АД, протеинурия
- "3" ok="True" >отеки, АД, суточная потеря белка, срок гестации, фоновые заболевания, состояние плода
- "4" ok="False" >отеки, АД, протеинурия, диурез

<QUESTION "7">

Гестозу легкой степени соответствуют

- "0" ok="False" >АД 160/ 100 мм рт.ст.; белок в моче 2 г/л; отеки голеней, передней брюшной стенки; отек сетчатки глаз
- "1" ok="False" >АД 150/ 90 мм рт.ст.; белок в моче 3.3 г/л; отеки голеней, передней брюшной стенки, лица; отек сетчатки глаз
- "2" ok="False" >АД 140/100 мм рт.ст.; белок в моче 1.65 г/л; отеки голеней, передней брюшной стенки; неравномерность калибра сосудов сетчатки
- "3" ok="True" >АД 130/90 мм рт.ст.; белок в моче 0,66 г/л; отеки голеней; патологическая прибавка массы тела
- "4" ok="False" >АД 170/100 мм рт.ст.; белок в моче 1.32 г/л; отеки голеней, передней брюшной стенки; отек сетчатки глаз

<QUESTION "8">

Гестозу средней степени тяжести соответствуют

- "0" ok="False" >АД 140/ 80 мм рт.ст.; белок в моче 0.066 г/л; отеки голеней, неравномерная прибавка в весе
- "1" ok="True" >АД 150/ 90 мм рт.ст.; белок в моче 1.65 г/л; отеки голеней и передней брюшной стенки; ангиопатия сетчатки
- "2" ok="False" >АД 160/ 90 мм рт.ст.; белок в моче 3.3 г/л; отеки голеней и передней брюшной стенки; на глазном дне кровоизлияния
- "3" ok="False" >АД 180/120 мм рт.ст.; белок в моче 0.99 г/л; отеки нижних конечностей; отек сетчатки глаз
- "4" ok="False" >АД 130/ 80 мм рт.ст.; белок в моче 0.132 г/л; пастозность голеней; сосуды глазного дна без изменений

<QUESTION "9">

Гестозу тяжелой степени соответствуют

- "0" ok="False" >АД 140/ 80 мм рт.ст.; белок в моче 0.066 г/л; отеки голеней; неравномерность калибра сосудов сетчатки глаз

"1" ok="False" >АД 150/ 90 мм рт.ст.; белок в моче 1.65 г/л; отеки голеней и передней брюшной стенки; ангиопатия сетчатки  
"2" ok="True" >АД 170/100 мм рт.ст.; белок в моче 6.6 г/л; отеки нижних конечностей, передней брюшной стенки, лица; кровоизлияния в сетчатке глаз  
"3" ok="False" >АД 130/90 мм рт.ст.; белок в моче 0.3 г/л; отеки нижних конечностей  
"4" ok="False" >АД 160/ 90 мм рт.ст.; белок в моче 1.65 г/л; пастозность голеней; ангиопатия сетчатки

<QUESTION "10">

Основные принципы лечения раннего токсикоза заключаются  
"0" ok="True" >в воздействии на ЦНС, коррекции нарушений водного и электролитного баланса, нормализации КОС, лечении сопутствующих заболеваний  
"1" ok="False" >в воздействии на ЦНС, устранении генерализованного сосудистого спазма и расстройств гемодинамики  
"2" ok="False" >в коррекции водно-электролитного обмена, выведении интерстициальной жидкости  
"3" ok="False" >в общеукрепляющей терапии, улучшении маточно-плацентарного кровообращения, кардиальной терапии  
"4" ok="False" >в улучшении кровотока в почках и стимуляции их мочевыделительной функции, нормализации водно-электролитного обмена

<QUESTION "11">

С целью коррекции нарушений электролитного баланса в лечении беременных с ранним токсикозом используются  
"0" ok="False" >гемодез, реополиглюкин, неокомпенсан, реоглюман  
"1" ok="False" >растворы глюкозы, новокаина, натрия бикарбоната  
"2" ok="True" >растворы Рингера-Локка, Рингера, препараты калия  
"3" ok="False" >полиглюкин, желатиноль, альвезин, полиамин  
"4" ok="False" >протеин, альбумин, полифер

<QUESTION "12">

С целью коррекции гиповолемии у беременных с поздним гестозом применяются  
"0" ok="True" >изотонический раствор натрия хлорида, 5% раствор глюкозы, мафусол, растворы ГЕК  
"1" ok="False" >неокомпенсан, реополиглюкин, полифер  
"2" ok="False" >гемодез, раствор Рингера-Локка, лактасол, переливание консервированной крови  
"3" ok="False" >полиглюкин, раствор натрия бикарбоната, раствор маннитола  
"4" ok="False" >альбумин, протеин, сухая плазма

<QUESTION "13">

С целью улучшения микроциркуляции у беременных с поздним гестозом используются  
"0" ok="False" >желатиноль, раствор Рингера-Локка  
"1" ok="False" >растворы протеина, альбумина, сухой плазмы  
"2" ok="False" >гемодез, неокомпенсан

"3" ok="False" >изотонический раствор натрия хлорида, 4%  
раствор натрия бикарбоната  
"4" ok="True" >магнезиальная терапия, трентал, эуфиллин

<QUESTION "14">

С целью коррекции артериальной гипертензии у беременных с поздним гестозом используются

"0" ok="False" >Альфа- и бета- адреноблокаторы  
"1" ok="False" >Бета-адреномиметики, антиагреганты  
"2" ok="True" >Периферические вазодилататоры, блокаторы кальциевых каналов  
"3" ok="False" >М-холинолитики, ингибиторы фибринолиза  
"4" ok="False" >Антихолинэстеразные средства, Н-холинолитики

<QUESTION "15">

Для управляемой гипотонии в лечении беременных с тяжелыми формами позднего гестоза используются

"0" ok="False" >дроперидол, промедол, фентанил  
"1" ok="True" >арфонад, гитроний, имехин, пентамин  
"2" ok="False" >эуфиллин, галидор, ганглерон, но-шпа  
"3" ok="False" >магния сульфат, глюкозо-новокаиновая смесь  
"4" ok="False" >диколин, димеколин, кватерон, пирилен

<QUESTION "16">

Показанием для прерывания беременности при рвоте беременных является

"0" ok="False" >потеря массы тела более 5 кг, анемия  
"1" ok="True" >алиментарная дистрофия  
"2" ok="False" >появление ацетонурии  
"3" ok="False" >появление отеков и гипертензии  
"4" ok="False" >наличие метаболического ацидоза

<QUESTION "17">

Методика проведения магнезиальной терапии

"0" ok="False" >четыре внутримышечных инъекции по 24 мл 25% сульфата магния через 12 часов  
"1" ok="False" >две внутримышечных инъекции по 20 мл 25% сульфата магния через 6 часов  
"2" ok="False" >четыре внутримышечных инъекции по 24 мл 25% сульфата магния, три из них через 4 часа и четвертая через 6 часов  
"3" ok="True" >внутривенное введение 25% раствора сульфата магния методом микроперфузии со скоростью 1г/час в течение 18 часов, перерыв между инфузиями 6-12 часов.  
"4" ok="False" >три внутримышечные инъекции по 10 мл 25% сульфата магния через 3 часа

<QUESTION "18">

В комплексной терапии беременных с тяжелыми формами позднего гестоза дроперидол применяется в дозе

"0" ok="True" >2 мл 0.25% раствора 2-3 раза в сутки в/в или в/м  
"1" ok="False" >5 мл 2.5% раствора 3-4 раза в сутки в/в  
"2" ok="False" >10 мл 0.25% раствора 2 раза в сутки в/м  
"3" ok="False" >5 мл 5% раствора 3 раза в сутки в/м

"4" ok="False" >1 мл 2.5% раствора каждые 2 часа в/м

<QUESTION "19">

При проведении магниальной терапии для однократного введения доза сухого вещества сульфата магния составляет

"0" ok="True" > 5-7,5

"1" ok="False" >12 г

"2" ok="False" >24 г

"3" ok="False" >48 г

"4" ok="False" >72 г

<QUESTION "20">

Выбор дозы сульфата магния для внутривенного введения при лечении позднего токсикоза зависит

"0" ok="True" >от массы тела женщины и величины АД

"1" ok="False" >от срока беременности

"2" ok="False" >от массы плода

"3" ok="False" >от состояния плода

"4" ok="False" >от степени зрелости плаценты

<QUESTION "21">

В настоящее время внутривенное введение сульфата магния при лечении позднего токсикоза

"0" ok="False" >не используется

"1" ok="False" >применяется в дозе 24 мл 20% раствора, струйно

"2" ok="True" >применяется внутривенно методом микроперфузии в 400 мл физ.р-ра

"3" ok="False" >проводится в одинаковой дозе без учета массы тела

"4" ok="False" >проводится в дозе, не зависящей от величины АД

<QUESTION "22">

Эуфиллин при лечении беременных с поздним гестозом применяется в дозе

"0" ok="False" >по 1 мл 24% раствора внутримышечно 1-2 раза в день

"1" ok="False" >по 10 мл 24% раствора внутривенно 1-2 раза в день

"2" ok="False" >по 1 мл 2.4% раствора внутримышечно 3-4 раза в день

"3" ok="True" >по 10 мл 2.4% раствора внутривенно 1-2 раза в день

"4" ok="False" p1="True">по 0.15 г 3-4 раза в день, внутрь

<QUESTION "23">

Препарат актовегин в лечении беременных с поздним гестозом используется

"0" ok="False" >для борьбы с генерализованным сосудистым спазмом

"1" ok="True" >для профилактики и лечения гипоксии плода

"2" ok="False" >для регуляции сократительной деятельности матки

- "3" ok="False" >для снижения АД
- "4" ok="False" >для улучшения кровотока в почках

<QUESTION "24">

Прерывание беременности при гестозе тяжелой степени показано при отсутствии эффекта от проводимой терапии в течение

- "0" ok="False" >12 часов
- "1" ok="True" >24 часов
- "2" ok="False" >72 часа
- "3" ok="False" >1 недели
- "4" ok="False" >3 недель

<QUESTION "25">

В триаду Цангемейстера входят

- "0" ok="False" >гипертензия, гипо- и диспротеинемия, гиповолемия
- "1" ok="False" >спазм сосудов, повышение проницаемости сосудистых стенок, нарушение кровообращения в органах
- "2" ok="False" >отеки, снижение диуреза, альбуминурия
- "3" ok="True" >отеки, протеинурия, гипертензия
- "4" ok="False" >отеки, гипопропротеинемия, диспротеинемия

<QUESTION "26">

При наличии классической триады Цангемейстера диагноз преэклампсии может быть поставлен при выявлении

- "0" ok="False" >неравномерности калибра сосудов сетчатки глаза
- "1" ok="False" >АД, превышающего 190/110 мм рт.ст.
- "2" ok="True" >жалоб на головные боли, нарушение зрения, боли в эпигастральной области
- "3" ok="False" >белка в моче свыше 3.3 г/л
- "4" ok="False" >отека сетчатки глаза

<QUESTION "27">

К изменениям характерным для преэклампсии относят

- "0" ok="False" >неравномерность калибра сосудов сетчатки глаза
- "1" ok="False" >отека сетчатки глаза
- "2" ok="True" >неврологические нарушения
- "3" ok="False" >отслойку сетчатки глаза
- "4" ok="False" >нормальную картину глазного дна

<QUESTION "28">

Ацетонурия характерна

- "0" ok="False" >для преэклампсии
- "1" ok="False" >для отеков беременных
- "2" ok="True" >для умеренной рвоты беременных
- "3" ok="False" >для нефропатии беременных
- "4" ok="False" >для дерматозов беременных

<QUESTION "29">

Для диагностики синдрома задержки внутриутробного развития плода у беременных с поздним гестозом применяются



"0" ok="False" >амниоскопия, ЭКГ плода, определение предполагаемого веса плода  
"1" ok="False" >ФКГ, ЭКГ плода, определение рН околоплодных вод  
"2" ok="True" >фетометрия при ультразвуковом исследовании  
"3" ok="False" >определение КОС плода, ультразвуковая диагностика  
"4" ok="False" >определение содержания в околоплодных водах калия, мочевины, хлоридов, активности А-гиалуронидазы

<QUESTION "30">

Для диагностики гипоксии плода у рожениц с поздним гестозом применяются

"0" ok="False" >радиоизотопное определение плацентарного лактогена в сыворотке крови, оценка ЧСС  
"1" ok="False" >оценка реакции ЧСС на движение плода, задержку дыхания  
"2" ok="True" >доплерометрия, КТГ, амниоскопия, функциональные пробы  
"3" ok="False" >биохимические методы определения эстриола, прегнандиола в моче матери, плацентарного лактогена, активности плацентарных ферментов в крови матери  
"4" ok="False" >биохимическое исследование околоплодных вод, оценка ЧСС

<QUESTION "31">

Объем инфузионной терапии у беременных с тяжелыми формами позднего гестоза при достаточном диурезе не должен превышать

"0" ok="False" >2000 мл в сутки  
"1" ok="False" >3000 мл в сутки  
"2" ok="False" >500 мл в сутки  
"3" ok="True" >1000 мл в сутки  
"4" ok="False" >2500 мл в сутки

<QUESTION "32">

У беременных с преэклампсией при отсутствии эффекта от проводимой терапии прерывание беременности показано

"0" ok="True" >проведения неотложных мероприятий с немедленной госпитализацией и родоразрешением  
"1" ok="False" >через 72-96 часа  
"2" ok="False" >через 5 дней  
"3" ok="False" >через одну неделю  
"4" ok="False" >через 3 недели

<QUESTION "33">

Какой период припадка эклампсии характеризуется мелкими фибриллярными подергиваниями мышц лица

"0" ok="True" >1-й  
"1" ok="False" >2-й  
"2" ok="False" >3-й  
"3" ok="False" >4-й  
"4" ok="False" >2-й и 3-й

<QUESTION "34">

Какой период припадка эклампсии характеризуется тоническими судорогами

- "0" ok="False" >1-й
- "1" ok="True" >2-й
- "2" ok="False" >3-й
- "3" ok="False" >4-й
- "4" ok="False" >2-й и 3-й

<QUESTION "35">

Какой период припадка эклампсии характеризуется клоническими судорогами

- "0" ok="False" >1-й
- "1" ok="False" >2-й
- "2" ok="True" >3-й
- "3" ok="False" >4-й
- "4" ok="False" >2-й и 3-й

<QUESTION "36">

В стационар поступила беременная с жалобами

- на тошноту,
- рвоту до 15 раз в сутки,
- потерю 8 кг веса,
- слабость.

Пульс 100 уд. в 1 минуту, ритмичный. АД - 95/60 мм рт.ст., температура 37,2. Срок беременности 8 недель.

ДИАГНОЗ

- "0" ok="False" >острый гастрит
- "1" ok="False" >острый холецистит
- "2" ok="False" >рвота беременных легкой степени
- "3" ok="False" >рвота беременных средней степени
- "4" ok="True" >рвота беременных тяжелой степени

<QUESTION "37">

Первобеременная 23 лет доставлена в родильный дом на 36 неделе беременности с жалобами

- на головную боль, тошноту, двухкратную рвоту, неясное зрение.
- Эти явления появились три часа назад. Пульс 90 ударов в 1 минуту, напряженный. АД - 170/100 мм рт.ст., отеки ног, белок в моче 3,3 г/л.

ДИАГНОЗ

- "0" ok="False" >эклампсия
- "1" ok="True" >преэклампсия
- "2" ok="False" >нефропатия 3-й степени тяжести
- "3" ok="False" >нефропатия 2-й степени тяжести
- "4" ok="False" >рвота беременных

<QUESTION "38">

В женскую консультацию обратилась больная 20 лет с жалобами

- на общую слабость, потерю аппетита, тошноту,
- рвоту до 8 раз в сутки, потерю веса до 3-х кг.

ДИАГНОЗ: Беременность 8 недель. Рвота беременных. Для уточнения степени тяжести токсикоза план обследования должен включать

- "0" ok="False" >взвешивание в динамике, исследование мочи
- "1" ok="False" >определение билирубина, протромбина, фибриногена, общего белка, сахара крови натощак, контроль веса, АД

"2" ok="False" >определение суточного диуреза, общего белка, липопротеиновых фракций

"3" ok="False" >исследование кислотообразующей функции желудка, исследование дуоденального содержимого, контроль веса, суточного диуреза, АД

"4" ok="True" >исследование мочи на ацетон, определение гемоглобина, гематокрита, электролитов крови, КЩС, контроль веса, суточного диуреза, АД

<QUESTION "39">

Первобеременная 25 лет поступила в акушерский стационар по направлению женской консультации. Жалоб не предъявляет. Срок беременности 38 недель. За последние 3 недели прибавка массы составила 2.5 кг. отеки ног, белок 0.099 г/л, АД - 110/70 мм рт.ст.

ДИАГНОЗ

"0" ok="False" >отеки беременных

"1" ok="False" >преэклампсия

"2" ok="True" >гестоз легкой степени

"3" ok="False" >гестоз средней степени тяжести

"4" ok="False" >гестоз тяжелой степени

<QUESTION "40">

Первородящая 24 лет поступила в стационар с жалобами - на головную боль, - неясное зрение. Беременность доношенная. При поступлении АД - 180/100 мм рт.ст., отеки ног. При попытке производства внутреннего исследования начались судороги, сопровождающиеся потерей сознания.

Укажите ДИАГНОЗ и правильную ТАКТИКУ

"0" ok="False" >Эпилепсия. Ждать окончания приступа

"1" ok="True" >Эклампсия. Применить эндотрахеальный наркоз с ингаляцией кислорода, подготовка к оперативному родоразрешению

"2" ok="False" >Преэклампсия. Внутривенно ввести 2.0 дроперидола, 2.0 седуксена, 1.0 димедрола

"3" ok="False" >Эклампсия. Начать инфузионную терапию, в/в ввести седуксен, дроперидол, магния сульфат

<QUESTION "41">

Первобеременная 29 лет поступила в отделение патологии беременности при беременности 37 недель с жалобами

- на головную боль, мелькание "мушек" перед глазами,

- боли в эпигастральной области.

Укажите ДИАГНОЗ и правильную ТАКТИКУ ведения беременной

"0" ok="False" >Преэклампсия. Показано срочное родоразрешение операцией кесарева сечения

"1" ok="False" >Эклампсия. Больной показан кислородно-фторотановый наркоз и интенсивная терапия токсикоза

"2" ok="False" >Поздний токсикоз беременных. Начать магниальную и инфузионную терапию. Проводить лечение до доношенного срока беременности.

"3" ok="True" >Преэклампсия. Начать интенсивную терапию на фоне нейролептанальгезии. При отсутствии эффекта от проводимой терапии в течение 12 часов показано родоразрешение беременной

```
</GROUP>
<GROUP "5" excount="2,0,2,3,0,3">
  <NAME>Нормальный послеродовый период</NAME>
  <QUESTION "0">
    После окончания родов родильница должна находиться под
    наблюдением в родильном отделении в течение
    "0" ok="False" >30 минут
    "1" ok="True" >120 минут
    "2" ok="False" >90 минут
    "3" ok="False" >60 минут
    "4" ok="False" >180 минут

  <QUESTION "1">
    Необходимость тщательного наблюдения за родильницей в условиях
    родильного отделения в течении первых 2-х часов после родов связана с
    высокой степенью риска развития
    "0" ok="False" >острой сердечной недостаточности
    "1" ok="False" >эклампсии
    "2" ok="False" >инфекционно-токсического шока
    "3" ok="False" >острой дыхательной недостаточности
    "4" ok="True" >гипотонического кровотечения

  <QUESTION "2">
    Молозиво после родов вырабатывается в течение
    "0" ok="True" >3-4 дней
    "1" ok="False" >9-10 дней
    "2" ok="False" >12-14 дней
    "3" ok="False" > 1-2 недели
    "4" ok="False" >1-2 дней

  <QUESTION "3">
    Характерным для молозива является
    "0" ok="False" >белый цвет
    "1" ok="True" >содержание специфических клеток с жировыми
    включениями
    "2" ok="False" >низкое содержание иммуноглобулинов
    "3" ok="False" >более низкое содержание белков и жиров, чем
    в зрелом молоке
    "4" ok="False" >кислая реакция

  <QUESTION "4">
    Выраженное нагрубание молочных желез наблюдается
    "0" ok="False" >во время беременности
    "1" ok="False" >на 1-2 сутки послеродового периода
    "2" ok="True" >на 3-4 сутки послеродового периода
    "3" ok="False" >на 5-6 сутки послеродового периода
    "4" ok="False" >на 6-7 сутки послеродового периода

  <QUESTION "5">
    Секретция молока у родильниц начинается
    "0" ok="False" >через 6 часов после родов
    "1" ok="False" >через 12 часов после родов
    "2" ok="False" >в конце 1-ых суток послеродового периода
    "3" ok="True" >после 3-4 суток послеродового периода
```

"4" ok="False" >к концу первой недели послеродового периода

<QUESTION "6">

Поступление молока в протоки молочных желез регулируется

- "0" ok="False" >эстрогенами
- "1" ok="False" >прогестероном
- "2" ok="False" >лютеонизирующим гормоном
- "3" ok="False" >пролактином
- "4" ok="True" >окситоцином

<QUESTION "7">

Секреторная активность молочных желез регулируется

- "0" ok="False" >эстрогенами
- "1" ok="True" >пролактином
- "2" ok="False" >окситоцином
- "3" ok="False" >лютеонизирующим гормоном
- "4" ok="False" >прогестероном

<QUESTION "8">

Укажите характеристики, не свойственные зрелому женскому молоку

- "0" ok="False" >удельный вес 1026-1036
- "1" ok="False" >белый цвет
- "2" ok="False" >богато углеводами
- "3" ok="True" >содержит жиров больше, чем молозиво
- "4" ok="False" >щелочная реакция

<QUESTION "9">

В первые сутки послеродового периода дно матки находится

- "0" ok="True" >на уровне пупка
- "1" ok="False" >на 2 поперечных пальца выше пупка
- "2" ok="False" >на 3 поперечных пальца ниже пупка
- "3" ok="False" >на середине расстояния между пупком и симфизом
- "4" ok="False" >на 3 поперечных пальца выше пупка

<QUESTION "10">

На третьи сутки послеродового периода дно матки находится

- "0" ok="False" >на уровне пупка
- "1" ok="False" >на 1 поперечный палец ниже пупка
- "2" ok="False" >на 1 поперечный палец выше пупка
- "3" ok="True" >на 3 поперечных пальца ниже пупка
- "4" ok="False" >на 3 поперечных пальца выше верхнего края лонного сочленения

<QUESTION "11">

Дно матки на 5-е сутки послеродового периода находится

- "0" ok="False" >на 1 поперечный палец ниже пупка
- "1" ok="False" >на 2 поперечных пальца ниже пупка
- "2" ok="False" >на 1 поперечный палец выше лонного сочленения
- "3" ok="False" >на 3 поперечных пальца ниже пупка
- "4" ok="True" p1="True">на середине расстояния между пупком и лонного сочленения

<QUESTION "12">

Дно матки на 7-е сутки послеродового периода находится

"0" ok="False" >на уровне пупка

"1" ok="False" >на 3 поперечных пальца ниже пупка

"2" ok="True" >на 3 поперечных пальца выше лонного сочленения

"3" ok="False" >на 1 поперечный палец ниже пупка

"4" ok="False" >на середине расстояния между пупком и лонного сочленения

<QUESTION "13">

Масса матки после родов в среднем составляет

"0" ok="False" >50-80 г

"1" ok="False" >150-200 г

"2" ok="False" >300-500 г

"3" ok="True" >около 1000 г

"4" ok="False" >около 2000 г

<QUESTION "14">

К концу первой недели послеродового периода масса матки уменьшается

"0" ok="False" >на 20%

"1" ok="False" >на 35%

"2" ok="False" >на 40%

"3" ok="True" >на 50%

"4" ok="False" >на 70%

<QUESTION "15">

К концу послеродового периода масса матки уменьшается

"0" ok="False" >почти в 2 раза

"1" ok="False" >почти в 4 раза

"2" ok="False" >почти в 5 раз

"3" ok="True" >почти в 20 раз

"4" ok="False" >почти в 60 раз

<QUESTION "16">

При нормально протекающем послеродовом периоде формирование внутреннего зева цервикального канала заканчивается

"0" ok="False" >к 3 суткам

"1" ok="True" >к 10-14 суткам

"2" ok="False" >к 30 суткам

"3" ok="False" >к 21 суткам

"4" ok="False" p1="True">к концу послеродового периода

<QUESTION "17">

При нормальном течении родов и послеродового периода роженице разрешается вставать

"0" ok="False" >через 2 часа после родов

"1" ok="True" >через 6 часов после родов

"2" ok="False" >через 24 часа после родов

"3" ok="False" >через 36 часов после родов

"4" ok="False" >через 48 часов после родов

<QUESTION "18">

При нормально протекающем послеродовом периоде наружный зев цервикального канала формируется к концу

- "0" ok="False" >1-х суток
- "1" ok="False" >2-ых суток
- "2" ok="True" >3-ей недели
- "3" ok="False" >1-го месяца
- "4" ok="False" >6-8 недели

<QUESTION "19">

В раннем послеродовом периоде нормальные выделения из матки

- "0" ok="False" >сукровичные в умеренном количестве
- "1" ok="False" >кровоянисто-серозные, обильные
- "2" ok="False" >серозные в умеренном количестве
- "3" ok="True" >кровоянистые в умеренном количестве
- "4" ok="False" >кровоянистые, обильные

<QUESTION "20">

О нормальном течении инволюции матки судят

- "0" ok="False" >по количеству лохий
- "1" ok="False" >по общему состоянию родильницы
- "2" ok="False" >по данным влагалитического исследования
- "3" ok="True" >по размерам и консистенции матки, характеру и количеству лохий
- "4" ok="False" >по состоянию наружного зева цервикального канала

<QUESTION "21">

На 1-3 сутки послеродового периода лохии

- "0" ok="True" >кровоянистые
- "1" ok="False" >серозно-кровоянистые
- "2" ok="False" >серозные
- "3" ok="False" >слизистые
- "4" ok="False" >кровоянисто-серозные

<QUESTION "22">

На 3-4 сутки послеродового периода лохии

- "0" ok="True" >кровоянисто-серозные
- "1" ok="False" >серозно-кровоянистые
- "2" ok="False" >серозные
- "3" ok="False" >слизистые
- "4" ok="False" >отсутствуют

<QUESTION "23">

На 5-7 сутки послеродового периода лохии

- "0" ok="False" >кровоянистые
- "1" ok="True" >серозно-кровоянистые
- "2" ok="False" >серозные
- "3" ok="False" >слизистые
- "4" ok="False" >отсутствуют

<QUESTION "24">

На 10-12 день послеродового периода лохии

- "0" ok="False" >кровоянистые

- "1" ok="False" >серозно-кровянистые
- "2" ok="True" >серозные
- "3" ok="False" >слизистые
- "4" ok="False" >отсутствуют

<QUESTION "25">

Выделение лохий заканчивается к концу

- "0" ok="False" >1-ой недели
- "1" ok="False" >2-ой недели
- "2" ok="False" >3-ей недели
- "3" ok="False" >1-го месяца
- "4" ok="True" >5-6 недели

<QUESTION "26">

Щелочная реакция и специфический "прелый" запах лохий, наличие в них микроорганизмов являются признаками, характерными

- "0" ok="True" >для нормального течения послеродового периода
- "1" ok="False" >для лохиометры
- "2" ok="False" >для метроэндометрита
- "3" ok="False" >для метротромбофлебита
- "4" ok="False" >для субинволюции матки

<QUESTION "27">

Полное восстановление структуры эндометрия после родов происходит

- "0" ok="False" >на 10-15 день
- "1" ok="False" >на 2-3 неделе
- "2" ok="False" >на 4-5 неделе
- "3" ok="True" >к концу 6 недели
- "4" ok="False" >на 8-10 неделе

<QUESTION "28">

Инволюция матки сопровождается

- "0" ok="True" >уменьшением ее массы
- "1" ok="False" >увеличением ее подвижности
- "2" ok="False" >прогрессирующим тромбозом вен таза
- "3" ok="False" >усилением кровотока в маточных сосудах
- "4" ok="False" >формированием нижнего сегмента

<QUESTION "29">

Эпителизация внутренней поверхности матки в области плацентарной площадки заканчивается

- "0" ok="False" >на 1-ой неделе послеродового периода
- "1" ok="False" >на 2-ой неделе послеродового периода
- "2" ok="True" >на 6 неделе послеродового периода
- "3" ok="False" >на 3-ей неделе послеродового периода
- "4" ok="False" >на 4-ой неделе послеродового периода

<QUESTION "30">

Остаток пуповины у новорожденных отпадает

- "0" ok="False" >на 1-2 сутки после родов
- "1" ok="True" >к концу 1 недели
- "2" ok="False" >на 8-9 сутки после родов
- "3" ok="False" >на 10-11 сутки после родов



"4" ok="False" >к концу 3 недели

<QUESTION "31">

В конце первых суток после родов внутренний зев обычно пропускает

"0" ok="False" >кисть руки

"1" ok="False" >4 пальца

"2" ok="True" >2 пальца

"3" ok="False" >1 палец

"4" ok="False" >кончик пальца

<QUESTION "32">

Максимальная транзиторная потеря массы тела новорожденных в первые 3-4 дня после рождения обычно не превышает

"0" ok="False" >1%

"1" ok="False" >2%

"2" ok="False" >3%

"3" ok="True" >6%

"4" ok="False" >12%

<QUESTION "33">

В первые 10 дней после рождения количество молока на каждое кормление должно составлять

"0" ok="False" >100 (мл)

"1" ok="False" >70 (мл)

"2" ok="False" >5 \* число дней жизни (мл)

"3" ok="True" >10 \* число дней жизни (мл)

"4" ok="False" >50 (мл)

<QUESTION "34">

Транзиторное повышение температуры тела роженицы в первые дни послеродового периода обычно связано

напряжением

"0" ok="True" >с перенесенным нервным и психическим

"1" ok="False" >с становлением лактации

"2" ok="False" >с тромбозом вен таза

"3" ok="False" >с особенностью гормонального фона

"4" ok="False" >с лохиометрой

<QUESTION "35">

Роженицам группы высокого риска гнойно-септических осложнений с целью их профилактики назначаются

"0" ok="True" > окситоцин, цефалоспорины, метрогил

"1" ok="False" >гемодез, полидез, эуфиллин

метроджил

"2" ok="False" >витамины группы В,С, внутривенно капельно

препараты

"3" ok="False" >окситоцин, метилэргометрин, сульфаниламидные

"4" ok="False" >пирогенал, трихопол

<QUESTION "36">

Эпителизация внутренней поверхности матки в области плацентарной площадки заканчивается

"0" ok="False" >к 1-ой неделе послеродового периода

- "1" ok="False" >к 2-ой неделе послеродового периода
- "2" ok="False" >к 3-ей неделе послеродового периода
- "3" ok="False" >к 4-ой неделе послеродового периода
- "4" ok="True" >к концу послеродового периода

<QUESTION "37">

Задержка обратного развития матки в послеродовом периоде называется

- "0" ok="True" >субинволюцией матки
- "1" ok="False" >лохиометрой
- "2" ok="False" >гематометрой
- "3" ok="False" >эндометритом
- "4" ok="False" >метроэндометритом

<QUESTION "38">

Ведущим механизмом прекращения кровотечения сразу после родов является

- "0" ok="True" >сокращение матки
- "1" ok="False" >тромбоз вен матки
- "2" ok="False" >тромбоз вен таза
- "3" ok="False" >дистракция
- "4" ok="False" >спазм шейки матки

<QUESTION "39">

Процесс тромбообразования в сосудах плацентарной площадки кровотечения в течение первого часа послеродового периода

- "0" ok="True" >начинается сразу после родов
- "1" ok="False" >является ведущим механизмом прекращения
- "2" ok="False" >стимулируется при кормлении грудью
- "3" ok="False" >в норме сопровождается тромбофлебитом вен таза

- "4" ok="False" >не оказывает влияния на ее инволюцию

<QUESTION "40">

Продолжительность послеродового периода составляет

- "0" ok="False" >5-7 дней
- "1" ok="False" >10-14 дней
- "2" ok="False" >3-4 недели
- "3" ok="True" >6-8 недель
- "4" ok="False" >2-3 недели

<QUESTION "41">

В наблюдательное послеродовое отделение подлежат переводу септических осложнений

- "0" ok="False" >родильницы после оперативного родоразрешения
- "1" ok="True" >инфицированные родильницы
- "2" ok="False" >родильницы, имеющие швы на промежности
- "3" ok="False" >родильницы группы повышенного риска гнойно-
- "4" ok="False" >родильницы после патологических родов

<QUESTION "42">

Родильнице после выписки из акушерского стационара назначается явка в женскую консультацию

- "0" ok="False" >через 4 недели

- "1" ok="False" >через 6-8 недель
- "2" ok="False" >через 2-3 недели
- "3" ok="True" >через 10-14 дней
- "4" ok="False" >через 2-3 дня

<QUESTION "43">

Эпителизация внутренней поверхности матки, кроме плацентарной площадки, происходит

- "0" ok="False" >на 16 день
- "1" ok="True" >к концу 21 дня
- "2" ok="False" > на 10 день
- "3" ok="False" >к концу 6 недели
- "4" ok="False" >на 7 день

<QUESTION "44">

Послеродовой отпуск у женщин с осложненным течением родов увеличивается

- "0" ok="True" >на 16 дней
- "1" ok="False" >на 70 дней
- "2" ok="False" >на 46 дней
- "3" ok="False" >на 25 дней
- "4" ok="False" >на 30 дней

</GROUP>

<GROUP "6" excount="1,0,1,2,0,2">

<NAME>Кровотечения во время беременности</NAME>

<QUESTION "0">

К наиболее частым причинам кровотечения в первом триместре беременности относится

- "0" ok="False" >варикозное расширение вен влагалища
- "1" ok="False" >предлежание плаценты
- "2" ok="True" > начавшийся самопроизвольный выкидыш
- "3" ok="False" >разрыв матки
- "4" ok="True" >прервавшаяся внематочная беременность

<QUESTION "1">

К наиболее частым причинам кровотечения во второй половине беременности относятся

- "0" ok="False" >начавшийся выкидыш
- "1" ok="False" >разрыв матки
- "2" ok="True" >предлежание плаценты
- "3" ok="False" >пузырный занос
- "4" ok="True" >преждевременная отслойка нормально

расположенной плаценты

<QUESTION "2">

К основным причинам возникновения аномалий расположения плаценты относятся

- "0" ok="False" >поздний токсикоз беременных, заболевания почек, гипертоническая болезнь
- "1" ok="True" >патологические изменения в слизистой оболочке матки
- "2" ok="False" >неправильные положения и тазовое предлежание плода

трофобласта  
"3" ok="False" >повышенная ферментативная активность  
"4" ok="True" >аномалии развития матки, миомы матки

<QUESTION "3">  
Нормальным считается расположение плаценты  
"0" ok="True" >выше области внутреннего зева на 5 см и более  
"1" ok="False" >ниже области внутреннего зева на 5 см  
"2" ok="False" >выше области внутреннего зева на 3 см  
"3" ok="False" >нижний край плаценты доходит до внутреннего  
зева  
"4" ok="False" >если нижний край плаценты переходит с одной  
стенки на другую

<QUESTION "4">  
Низким называется расположение плаценты, при котором  
"0" ok="True" >расстояние между ее нижним краем и внутренним  
зевом менее 5 см  
"1" ok="False" >край ее доходит до внутреннего зева  
"2" ok="False" >нижний край ее находится ниже предлежащей  
части плода  
"3" ok="False" >происходит ее отслойка во втором периоде  
родов  
"4" ok="False" >расстояние от края плаценты до места разрыва  
плодного пузыря 10 см

<QUESTION "5">  
Основной при предлежании плаценты является жалоба  
"0" ok="False" >на сильные распирающие боли в животе  
"1" ok="False" >на схваткообразные боли в низу живота  
"2" ok="True" >на наружное кровотечение  
"3" ok="False" >на боли в эпигастральной области  
"4" ok="False" >на слабые шевеления плода

<QUESTION "6">  
К основным клиническим признакам низкого расположения плаценты  
относится  
"0" ok="False" >боль в низу живота  
"1" ok="False" >кровотечение во втором или третьем  
триместрах беременности  
"2" ok="True" >наружное кровотечение в родах  
"3" ok="False" >гипотрофия плода  
"4" ok="False" >неправильное положение плода

<QUESTION "7">  
Кровотечение при полном предлежании плаценты  
"0" ok="False" >является проявлением комбинированного  
наружно-внутреннего кровотечения  
"1" ok="True" >обычно возникает после 20 недель беременности  
"2" ok="True" >возникает раньше, чем при неполном  
предлежании плаценты  
"3" ok="False" >обычно появляется с началом родов  
"4" ok="False" >сопровождается сильными болями в низу живота

<QUESTION "8">

При наружном акушерском исследовании у беременной с предлежанием плаценты при отсутствии наружного кровотечения обычно выявляется

- "0" ok="False" >матка в гипертонусе
- "1" ok="False" >болезненность при пальпации нижнего сегмента матки
- "2" ok="False" >асимметрия матки с локальной болезненностью
- "3" ok="True" >неправильное положение плода, высокое расположение предлежащей части плода
- "4" ok="False" >измененный контур матки

<QUESTION "9">

Предлежание плаценты нередко сочетается

- "0" ok="False" >с многоводием
- "1" ok="False" >с аномалиями развития плода
- "2" ok="True" >с патологическим прикреплением плаценты
- "3" ok="False" >с перерастяжением нижнего сегмента матки
- "4" ok="True" >с синдромом задержки внутриутробного развития плода

<QUESTION "10">

При предлежании плаценты беременность часто осложняется

- "0" ok="False" >ранним токсикозом
- "1" ok="False" >поздним токсикозом
- "2" ok="False" >маткой Кувелера
- "3" ok="True" > гипоксией плода
- "4" ok="False" >пороками развития плода

<QUESTION "11">

Главным условием для выполнения влагалищного исследования у беременных и рожениц с подозрением на предлежание плаценты является

- "0" ok="False" >предварительный осмотр шейки матки в зеркалах
- "1" ok="False" >соблюдение правил асептики
- "2" ok="False" >адекватное обезболивание
- "3" ok="False" >мониторный контроль за состоянием плода
- "4" ok="True" >проведение его в условиях развернутой операционной

<QUESTION "12">

Полное предлежание плаценты является

- "0" ok="False" >показанием для операции кесарева сечения только при сочетании с другими относительными показаниями
- "1" ok="False" >показанием для операции кесарева сечения только при неподготовленных родовых путях
- "2" ok="False" >показанием для операции кесарева сечения только при наличии кровотечения
- "3" ok="False" >показанием для операции кесарева сечения только при живом плоде
- "4" ok="True" >абсолютным показанием для операции кесарева сечения

<QUESTION "13">

При обнаружении матки Кувелера следует  
"0" ok="False" >произвести перевязку сосудов матки по методу  
Цицишвили  
"1" ok="True" >произвести надвлагалищную ампутацию или  
экстирпацию матки  
"2" ok="False" >ввести сокращающие матку средства  
"3" ok="False" >произвести выскабливание стенок полости  
матки кюреткой  
"4" ok="False" >при массивном кровотечении произвести  
удаление матки, при отсутствии кровотечения применить утеротонические и  
гемостатические средства

<QUESTION "14">

Кесарево сечение при полном предлежании плаценты производится

- "0" ok="False" >только при живом плоде
- "1" ok="False" >только в нижнем сегменте матки
- "2" ok="False" >только по жизненным показаниям
- "3" ok="False" >только при кровотечении менее 250 мл
- "4" ok="True" p1="True">в сроке 38-39 недель

<QUESTION "15">

Преждевременной называют отслойку нормально расположенной  
плаценты

- "0" ok="True" >в первом периоде родов
- "1" ok="True" >во время беременности
- "2" ok="True" >во втором периоде родов
- "3" ok="True" >в подготовительном периоде
- "4" ok="False" >в третьем периоде родов

<QUESTION "16">

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты  
плода

- "1" ok="True" >возникает чаще всего в результате изменения  
сосудов при позднем гестозе беременных, гипертонической болезни и  
заболеваниях почек
- "2" ok="False" >приводит к гипотрофии плода
- "3" ok="False" >может возникнуть во II периоде родов при  
выполнении амниотомии
- "4" ok="True" >встречается при многоводии

<QUESTION "17">

Причиной преждевременной отслойки нормально расположенной  
плаценты может быть

- "0" ok="True" >короткая пуповина
- "1" ok="True" >запоздалое вскрытие плодного пузыря
- "2" ok="False" >преждевременное излитие вод
- "3" ok="True" >быстрое излитие вод при многоводии
- "4" ok="False" >патологический подготовительный период

<QUESTION "18">

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты  
может проявляться

"0" ok="True" >локальными болями распирающего характера в животе

"1" ok="False" >внутрибрюшным кровотечением

"2" ok="True" >гипертонусом матки

"3" ok="True" >гипоксией или внутриутробной гибелью плода

"4" ok="False" >схваткообразными болями в низу живота

#### <QUESTION "19">

При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты беременные предъявляют жалобы

влагалища  
"0" ok="False" >на слизисто-сукровичные выделения из

"1" ok="False" >на схваткообразные боли в низу живота

"2" ok="True" >на локальные боли в верхних отделах живота

"3" ok="True" >на отсутствие шевеления плода

"4" ok="True" >на слабость, головокружение

#### <QUESTION "20">

Одним из характерных симптомов, определяемых при влагалищном исследовании рожениц с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, является

"0" ok="False" >шероховатость оболочек

"1" ok="False" >высокое стояние предлежащей части

"2" ok="False" >выраженная родовая опухоль на головке плода

"3" ok="False" >отек краев маточного зева

оболочек  
"4" ok="True" >напряженный плодный пузырь шероховатость

#### <QUESTION "21">

При наружном акушерском исследовании у больных с центральной преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты можно обнаружить

"0" ok="True" >изменение контуров матки

"1" ok="False" >матку овоидной формы, обычной консистенции

"2" ok="True" >гипертонус матки

"3" ok="True" >локальную болезненность матки

"4" ok="False" >гипотонус матки

#### <QUESTION "22">

Прогрессирующая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты во время беременности является показанием

"0" ok="True" >для кесарева сечения

"1" ok="False" >для родовозбуждения

родовые пути  
"2" ok="False" >для родоразрешения через естественные

"3" ok="False" >для надвлагалищной ампутации матки

Цицишвили  
"4" ok="False" >для перевязки сосудов матки по методу

#### <QUESTION "23">

К основным причинам ДВС-синдрома при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты относится

"0" ok="False" >дефицит VIII фактора свертывающей системы крови

"1" ok="True" >попадание в кровь тромбопластических веществ  
"2" ok="True" >нарушение гемостаза при позднем гестозе  
беременных  
"3" ok="False" >выделение в кровь фибринолитических веществ  
"4" ok="True" >утилизация фибрина в ретроплацентарной  
гематоме и поступление в общий кровоток крови со сниженным содержанием  
фибриногена

<QUESTION "24">

Тактика ведения беременных с прогрессирующей преждевременной  
отслойкой нормально расположенной плаценты и антенатальной гибелью плода  
состоит

"0" ok="False" >в проведении родовозбуждения  
"1" ok="False" >в ведении родов через естественные родовые  
пути  
"2" ok="False" >в назначении гемостатической терапии, при  
значительном наружном кровотечении - кесарево сечение  
"3" ok="True" >в экстренной операции кесарева сечения  
"4" ok="False" >в плодоразрушающей операции

<QUESTION "25">

У роженицы диагностировано:  
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;  
- раскрытие маточного зева полное; - головка плода в полости малого таза;  
плодный пузырь отсутствует;  
- сердцебиение плода - 110 ударов в минуту.

Следует предпринять

"0" ok="False" >экстренную операцию кесарева сечения  
"1" ok="False" >экстренную плодоразрушающую операцию  
"2" ok="False" >экстренную операцию извлечения плода за  
тазовый конец  
"3" ok="True" >экстренную операцию наложения акушерских  
щипцов  
"4" ok="False" p1="True">укорочение II периода перинеотомией

<QUESTION "26">

В акушерский стационар поступила роженица  
- с неполным предлежанием плаценты;  
- раскрытие маточного зева 4 см;  
- кровопотеря при продолжающемся кровотечении достигла 250 мл;  
- плод живой;  
- воды излились два часа назад.

Показано

"0" ok="False" >начать гемостатическую терапию, при ее  
неэффективности - кесарево сечение  
"1" ok="True" >родоразрешение операцией кесарева сечения  
"2" ok="False" >закончить роды операцией вакуум-экстракции  
плода  
"3" ok="False" >применить операцию наложения акушерских  
щипцов  
"4" ok="False" >начать родостимулирующую терапию

<QUESTION "27">

В акушерский стационар поступила роженица с диагнозом:



- роды I срочные;
- второй период родов;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- интранатальная гибель плода.

Следует предпринять

- "0" ok="False" >родоразрешение операцией кесарева сечения
- "1" ok="False" >родоразрешение операцией наложения акушерских щипцов
- "2" ok="False" >назначение родостимулирующей терапии
- "3" ok="False" >родоразрешение операцией вакуум-экстракции плода
- "4" ok="True" >плодоразрушающую операцию

<QUESTION "28">

В акушерский стационар поступила беременная с диагнозом:

- беременность 33 недели;
- преэклампсия;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- антенатальная гибель плода.

Следует предпринять

- "0" ok="False" >родовозбуждение
- "1" ok="False" >плодоразрушающую операцию
- "2" ok="False" >кесарево сечение с последующей надвлагалищной ампутацией матки
- "3" ok="True" >экстренное кесарево сечение
- "4" ok="False" >вакуум-экстракцию плода

<QUESTION "29">

Во время операции кесарева сечения по поводу полного предлежания плаценты обнаружено приращение плаценты. Следует предпринять

- "0" ok="False" >ручное отделение плаценты
- "1" ok="False" >внутривенно ввести сокращающие матку средства
- "2" ok="False" >подождать отделения плаценты в течение 30 минут
- "3" ok="False" >выскабливание полости матки
- "4" ok="True" >расширить объем операции до гистерэктомии

<QUESTION "30">

В родильное отделение поступила беременная с жалобами на обильное кровотечение.

Установлен диагноз:

- беременность 34 недели;
- полное предлежание плаценты;
- антенатальная гибель плода.

Следует предпринять

- "0" ok="False" >начать подготовку мягких родовых путей для последующего родовозбуждения
- "1" ok="False" >начать родовозбуждение
- "2" ok="False" >плодоразрушающую операцию
- "3" ok="False" >провести гемостатическую терапию
- "4" ok="True" >экстренное кесарево сечение

<QUESTION "31">

- В родильное отделение поступила роженица, у которой
- диагностировано краевое предлежание плаценты;
  - раскрытие маточного зева 4 см; - плодный пузырь цел;
  - головка плода прижата ко входу в малый таз;
  - выделения кровянистые, скудные.

Следует предпринять

- "0" ok="True" >раннюю амниотомию
- "1" ok="False" >поворот плода на ножку
- "2" ok="False" >экстренное кесарево сечение
- "3" ok="True" >мониторное наблюдение за состоянием плода
- "4" ok="False" >вакуум-экстракцию плода

</GROUP>

<GROUP "7" excount="1,0,1,2,0,2">

<NAME>Кровотечения в III и раннем послеродовом периодах</NAME>

<QUESTION "0">

Плотным прикреплением плаценты (Placenta Adhaerens) называют

- "0" ok="False" >неглубокое врастание ворсин хориона в миометрий
- "1" ok="False" >непрочное сращение ворсин хориона с децидуальной тканью
- "2" ok="False" >глубокое врастание ворсин хориона в миометрий
- "3" ok="False" >прорастание ворсин хориона до серозной оболочки
- "4" ok="True" >прорастание ворсин хориона в базальный слой эндометрия

<QUESTION "1">

Плотное прикрепление плаценты (Placenta Adhaerens)

- "0" ok="False" >чаще встречается при переносенной беременности и позднем токсикозе беременных
- "1" ok="True" >возникает как следствие структурно-морфологических изменений эндометрия
- "2" ok="False" >характеризуется частичным врастанием ворсин хориона в миометрий
- "3" ok="True" >характеризуется плотным соединением ворсин хориона с отпадающей оболочкой
- "4" ok="False" >является показанием для надвлагалищной ампутации или экстирпации матки

<QUESTION "2">

Приращение плаценты

- "0" ok="False" >часто встречается при позднем токсикозе беременных
- "1" ok="True" >бывает полным или частичным
- "2" ok="False" >является показанием для ручного отделения плаценты и выделения последа
- "3" ok="True" >возникает при структурно-морфологических изменениях эндометрия
- "4" ok="True" >является показанием для надвлагалищной ампутации или экстирпации матки

<QUESTION "3">

К приращению плаценты относят  
"0" ok="False" >плотное соединение ворсин хориона с  
отпадающей оболочкой  
"1" ok="True" >врастание ворсин хориона в миометрий  
"2" ok="True" >прорастание ворсин хориона до серозной  
оболочки  
"3" ok="False" >развитие ворсин хориона в спонгиозном слое  
децидуальной оболочки  
"4" ok="True" >прорастание ворсин хориона базального слоя  
отпадающей оболочки до миометрия

<QUESTION "4">

При наличии полного приращения плаценты  
"0" ok="True" >самостоятельное ее отделение невозможно  
"1" ok="True" >имеется врастание ворсин хориона в миометрий  
"2" ok="True" >кровотечение обычно отсутствует  
"3" ok="False" >всегда бывает кровотечение в третьем периоде  
родов  
"4" ok="True" >необходима ампутация или экстирпация матки

<QUESTION "5">

К основным причинам плотного прикрепления и приращения  
плаценты относят  
"0" ok="True" >структурно-морфологические изменения  
эндометрия  
"1" ok="False" >поздний токсикоз беременных  
"2" ok="False" >переношенную беременность  
"3" ok="True" >повышенную протеолитическую активность  
хориона  
"4" ok="False" >гипертоническую болезнь, заболевания почек

<QUESTION "6">

Дифференциальная диагностика плотного прикрепления и  
приращения плаценты  
"0" ok="False" >не имеет практического значения  
"1" ok="False" >основана на различиях в объеме кровопотери  
"2" ok="False" >проводится приемом Креде-Лазаревича  
"3" ok="True" >проводится во время операции ручного  
отделения плаценты  
"4" ok="False" >основана на определении признаков отделения  
плаценты

<QUESTION "7">

Показанием для надвлагалищной ампутации матки является  
"0" ok="False" >плотное прикрепление плаценты  
"1" ok="True" >продолжающееся послеродовое кровотечение при  
кровопотере, достигшей 1.5 литра  
"2" ok="True" >частичное приращение плаценты  
"3" ok="False" >предлежание плаценты  
"4" ok="True" >атоническое кровотечение

<QUESTION "8">

Послеродовый гемостаз

- "0" ok="True" >обеспечивается сокращением сосудов плацентарной площадки
- "1" ok="True" >достигается тромбообразованием в сосудах плацентарной площадки
- "2" ok="True" >связан с сократительной активностью матки
- "3" ok="True" >зависит от продолжительности родов
- "4" ok="True" >нарушается при позднем токсикозе

<QUESTION "9">

Маточные артерии

- "0" ok="False" >отходят от почечной артерии
- "1" ok="False" >подходят к матке в составе круглой маточной связки
- "2" ok="True" >отходят от внутренней подвздошной артерии
- "3" ok="False" >отходят от аорты
- "4" ok="True" >проходят по боковым поверхностям тела матки

<QUESTION "10">

К основным причинам нарушений в свертывающей системе крови во время беременности и родов относится

- "0" ok="True" >кровотечение при предлежании плаценты
- "1" ok="True" >поздний токсикоз беременных
- "2" ok="True" >преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- "3" ok="True" >разрыв матки
- "4" ok="True" >длительное нахождение в матке мертвого плода

<QUESTION "11">

Шоковый индекс

- "0" ok="True" >является информативным показателем гиповолемии
- "1" ok="True" >представляет отношение частоты пульса к величине систолического артериального давления
- "2" ok="False" >представляет отношение частоты пульса к величине среднего артериального давления
- "3" ok="True" >при снижении ОЦК на 20-30% он увеличивается до 1.0
- "4" ok="False" >в норме равен 1.0

<QUESTION "12">

Профилактика гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде проводится введением

- "0" ok="False" >1.0 мл метилэргометрина внутримышечно во время последней потуги
- "1" ok="False" >1.0 мл маммофизина внутривенно в конце второго периода родов
- "2" ok="True" >1.0 мл окситоцина внутривенно во время прорезывания предлежащей части плода
- "3" ok="False" >1.0 мл окситоцина внутримышечно во время последней потуги
- "4" ok="False" >1.0 мл маммофизина внутримышечно в конце второго периода родов

<QUESTION "13">

К основным причинам кровотечения в третьем периоде родов относятся

- "0" ok="True" >патологическое прикрепление плаценты
- "1" ok="True" >травмы мягких родовых путей
- "2" ok="False" >преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- "3" ok="False" >патологическая локализация плаценты
- "4" ok="True" >снижение сократительной активности матки

<QUESTION "14">

- Причиной кровотечения в раннем послеродовом периоде может быть
- "0" ok="False" >предлежание плаценты
  - "1" ok="True" >гипотония или атония матки
  - "2" ok="False" >преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
  - "3" ok="True" >травмы мягких родовых путей
  - "4" ok="True" >врожденные или приобретенные коагулопатии

<QUESTION "15">

- Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде следует дифференцировать
- "0" ok="True" >с разрывом матки
  - "1" ok="True" >с кровотечением из разрывов мягких родовых путей
  - "2" ok="True" >с кровотечением, связанным с задержкой доли плаценты
  - "3" ok="False" >с кровотечением, обусловленным аномалией расположения плаценты
  - "4" ok="True" >с коагулопатиями

<QUESTION "16">

- При кровотечении в раннем послеродовом периоде необходимо
- "0" ok="True" >опорожнить мочевой пузырь
  - "1" ok="True" >начать восполнение объема потерянной крови
  - "2" ok="True" >произвести ручное обследование полости матки
  - "3" ok="True" >ввести средства тономоторного действия
  - "4" ok="True" >при выявлении атонии незамедлительно приступить к чревосечению

<QUESTION "17">

- Лечение гипотонических кровотечений
- "0" ok="True" >заключается в восстановлении функциональной способности миометрия
  - "1" ok="False" >начинается с наружно-внутреннего массажа матки
  - "2" ok="True" >включает инфузионно-трансфузионную терапию
  - "3" ok="False" >может включать повторный массаж матки на кулаке
  - "4" ok="True" >может включать удаление матки при кровопотере больше 1.5 литра

<QUESTION "18">

Борьба с гипотоническим кровотечением начинается

"0" ok="False" >с ручного обследования полости матки и массажа матки на кулаке

"1" ok="True" >с применения утеротонических средств

"2" ok="True" >с наружного массажа матки

"3" ok="False" >наложения шва по Лосицкой

"4" ok="False" >с гемотрансфузии

<QUESTION "19">

При кровопотере 500 мл

"0" ok="True" >гемотрансфузия обычно не проводится

"1" ok="False" >показана гемотрансфузия в объеме 300 мл

"2" ok="False" >показана гемотрансфузия в объеме 500 мл

плазмы

"3" ok="False" >показано переливание свежей замороженной

"4" ok="True" >переливаются кровезамещающие растворы

<QUESTION "20">

Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови

"0" ok="True" >встречается при эмболии околоплодными водами

токсикоза

"1" ok="True" >встречается при тяжелых формах позднего

"2" ok="True" >в первой стадии проявляется гиперкоагуляцией, связанной с появлением большого количества тромбопластина

"3" ok="False" >в первой стадии проявляется коагулопатией потребления, связанной с уменьшением содержания прокоагулянтов

"4" ok="False" >в первой стадии проявляется гипокоагуляцией с генерализованной активацией фибринолиза

литра

"5" ok="True" >требует удаления матки при кровопотере 1.5

<QUESTION "21">

В течении синдрома ДВС выделяют

"0" ok="True" >стадию гиперкоагуляции

активации фибринолиза

"1" ok="True" >стадию гипокоагуляции без генерализованной

активацией фибринолиза

"2" ok="True" >стадию гипокоагуляции с генерализованной

"3" ok="True" >стадию полного несвертывания крови

"4" ok="True" >острую и хроническую формы

<QUESTION "22">

При лечении синдрома ДВС применение гепарина противопоказано

"0" ok="False" >в I стадии

"1" ok="False" >во II стадии

"2" ok="False" >в III стадии

"3" ok="True" >в IV стадии

"4" ok="False" >во всех стадиях

<QUESTION "23">

На начальном этапе терапии геморрагического шока необходимо применять

"0" ok="False" >сердечные гликозиды

"1" ok="False" >адреналин

"2" ok="False" >значительные дозы глюкокортикоидов

- "3" ok="False" >4-5% раствор бикарбоната натрия
- "4" ok="True" >растворы гидроксипропилированного крахмала

<QUESTION "24">

Длительное нахождение в матке мертвого плода

- "0" ok="True" >может быть причиной коагулопатического кровотечения
- "1" ok="False" >вызывает аномалии прикрепления плаценты
- "2" ok="True" >обуславливает поступление в кровотоки матери тканевых тромбопластических субстанций
- "3" ok="False" >вызывает интоксикацию матери
- "4" ok="False" >может быть причиной гипотонического кровотечения

<QUESTION "25">

Наружно-внутренний массаж матки (массаж матки на кулаке)

- "0" ok="True" >применяется при гипотоническом кровотечении
- "1" ok="False" >применяется при разрыве матки
- "2" ok="True" >относится к рефлекторным методам восстановления сократительной способности матки
- "3" ok="False" >применяется при аномалиях прикрепления плаценты
- "4" ok="False" >способствует отделению плаценты

<QUESTION "26">

Управляемая баллонная тампонада

- "0" ok="False" >применяется при разрывах шейки матки
- "1" ok="True" >применяется при гипотоническом кровотечении
- "2" ok="True" >применяется при продолжающемся кровотечении после ручного обследования полости матки перед лапаротомией
- "3" ok="True" >применяется внутриматочно
- "4" ok="False" >накладывается на переднюю губу шейки матки

<QUESTION "27">

Прием Креле-Лазаревича

- "0" ok="True" >выполняется после опорожнения мочевого пузыря
- "1" ok="False" >применяется при плотном прикреплении плаценты
- "2" ok="False" >применяется через 30 минут после рождения ребенка
- "3" ok="True" >применяется для выделения послеродовых тканей при наличии признаков отделения плаценты
- "4" ok="False" >позволяет определить момент отделения плаценты от стенки матки

<QUESTION "28">

Прием Абуладзе

- "0" ok="False" >применяется при плотном прикреплении плаценты
- "1" ok="False" >выполняется после наружного массажа матки
- "2" ok="False" >применяется при гипотоническом кровотечении
- "3" ok="True" >применяется для выделения послеродовых тканей при наличии признаков отделения плаценты

"4" ok="False" >позволяет определить момент отделения  
плаценты

<QUESTION "29">

Объем переливаемой жидкости должен превышать объем кровопотери

"0" ok="True" >в 1.5 раза при кровопотере 1 л

"1" ok="False" >в 3 раза при кровопотере 1 л

"2" ok="True" >в 2 раза при кровопотере 1.5 л

"3" ok="False" >в 2 раза при кровопотере 2 л

"4" ok="True" >в 2.5 раза при кровопотере больше 1.5 л

<QUESTION "30">

Компрессинные швы по Б-Линчу

"0" ok="False" >накладывают при ручном обследовании полости  
матки

"1" ok="True" >используются при гипотоническом кровотечении  
во время кесарева сечения применяется при кровотечении из разрывов мягких  
родовых путей

"2" ok="False" >применяется при кровотечении из разрывов  
мягких родовых путей

"3" ok="False" >заменяет наружно-внутренний массаж матки

"4" ok="True" >являются первым этапом в хирургическом  
лечении гипотонического кровотечения в послеродовом периоде при  
кровопотере более 1,5 л накладывают при ручном обследовании полости матки

<QUESTION "31">

Ручное обследование полости матки показано

"0" ok="True" >при кровотечении в раннем послеродовом  
периоде

"1" ok="False" >при разрыве промежности

"2" ok="True" >при разрыве шейки матки III степени

"3" ok="True" >при задержке доли плаценты

"4" ok="True" >в послеродовом периоде у рожениц с рубцом  
на матке

</GROUP>

<GROUP "8" excount="1,0,1,2,0,2">

<NAME>Акушерский травматизм</NAME>

<QUESTION "0">

Механическая теория разрыва матки была предложена в 1875 году

"0" ok="False" >И.П.Лазаревичем

"1" ok="False" >Л.Д.Вербовым

"2" ok="False" >А.Л.Красовским

"3" ok="True" >Л.Бандлем

"4" ok="False" >Н.Н.Феноменовым

<QUESTION "1">

Гистопатическая теория разрыва матки была выдвинута в 1911  
году

"0" ok="False" >Л.Бандлем

"1" ok="False" >Д.О.Оттом

"2" ok="False" >А.Л.Красовским

"3" ok="False" >И.П.Лазаревичем

"4" ok="True" >Л.Д.Вербовым



<QUESTION "2">

В современном акушерстве разрывы матки

"0" ok="False" >чаще развиваются по механизму, описанному  
Л.Бандлем

"1" ok="True" >чаще происходят в связи с несостоятельностью  
рубца на матке после кесарева сечения или консервативной миомэктомии

"2" ok="False" > развиваются на фоне позднего гестоза

"3" ok="False" >стоят на первом месте среди причин  
материнской смертности

"4" ok="True" >встречаются при длительном применении  
утеротонических средств

<QUESTION "3">

Беременные, имеющие рубцы на матке, должны быть  
госпитализированы

"0" ok="True" >не менее, чем за две недели до родов

"1" ok="False" >в 26-28 недель

"2" ok="False" >в 32-34 недели

"3" ok="False" >при первой явке в женскую консультацию

"4" ok="False" >при появлении "предвестников" родов

<QUESTION "4">

Разрыв матки

"0" ok="True" >считается полным, если повреждены все слои  
матки

"1" ok="False" >чаще происходит в дне матки

"2" ok="True" >может произойти как во время беременности,  
так и в родах

"3" ok="True" >в области нижнего сегмента чаще баваает  
неполным

"4" ok="False" >в настоящее время чаще имеет  
симптомокомплекс, описанный Л.Бандлем

<QUESTION "5">

Разрыв матки по старому рубцу

"0" ok="True" >в настоящее время встречается чаще, чем  
"бандлевский разрыв"

"1" ok="False" >имеет меньшую вероятность при беременности,  
наступившей в течение 1-го года после оперативного вмешательства на матке

"2" ok="False" >чаще происходит в конце первого периода  
родов

"3" ok="True" >может быть диагностирован с помощью  
ультразвукового исследования

"4" ok="True" >может проявляться неэффективностью родовой  
деятельности

<QUESTION "6">

Для диагностики несостоятельности рубца на матке во время  
беременности необходимо учитывать данные

"0" ok="True" >анамнеза

"1" ok="True" >ультразвукового исследования

"2" ok="False" >рентгеновского исследования

"3" ok="True" >жалобы на локальные боли в проекции рубца на матке при шевелении плода  
"4" ok="True" > отсутствие биологической готовности к родам при доношенном сроке беременности

<QUESTION "7">

Типичным для угрожающего Бандлевского разрыва матки является

- "0" ok="True" >перерастяжение нижнего сегмента матки
- "1" ok="True" >высокое стояние контракционного кольца
- "2" ok="True" >симптомы прижатия мочевого пузыря
- "3" ok="True" >беспокойное поведение роженицы
- "4" ok="False" >пониженный тонус матки

<QUESTION "8">

В симптомокомплекс угрожающего гистопатического разрыва матки входит

- "0" ok="True" >неэффективная родовая деятельность
- "1" ok="True" >несоответствие беспокойного поведения роженицы силе сокращений матки
- "2" ok="False" >появление потуг при высокостоящей головке
- "3" ok="True" >появление признаков гипоксии плода
- "4" ok="False" >бурная родовая деятельность

<QUESTION "9">

В симптомокомплекс угрожающего разрыва матки при клиническим узком тазе входит

- "0" ok="True" >болезненность схваток
- "1" ok="False" >внезапное прекращение схваток
- "2" ok="True" >отек передней губы шейки матки
- "3" ok="True" >появление потуг при высоко расположенной головке плода
- "4" ok="True" >высокое расположение контракционного кольца

<QUESTION "10">

Неполные разрывы матки чаще наблюдаются

- "0" ok="True" >в области нижнего сегмента матки
- "1" ok="True" >в области боковой стенки тела матки
- "2" ok="False" >в области передней стенки тела матки
- "3" ok="False" >в области задней стенки тела матки
- "4" ok="False" >в области дна матки

<QUESTION "11">

Насильственный разрыв матки

- "0" ok="False" >часто возникает при ведении родов по методу Цовьянова
- "1" ok="False" >чаще встречается во время беременности
- "2" ok="False" >имеет наибольшую частоту в современном акушерстве
- "3" ok="True" >может осложнять наружно-внутренний поворот плода на ножку
- "4" ok="False" >нередко осложняет оперецию наложения выходных акушерских щипцов

<QUESTION "12">

Развитие разрыва матки по рубцу  
"0" ok="False" >сопровождается ярко выраженным болевым синдромом  
"1" ok="False" >может протекать совершенно бессимптомно  
"2" ok="True" >прежде всего проявляется нарушением состояния плода  
"3" ok="True" >нередко диагностируется после родов  
"4" ok="True" >может протекать без обильного кровотечения

<QUESTION "13">

Совершившийся полный разрыв матки характеризуется  
"0" ok="False" >бурной сократительной деятельностью матки  
"1" ok="False" >затруднением прощупывания частей плода  
"2" ok="True" >изменение контуров матки вне схватки  
"3" ok="True" >гибелью плода  
"4" ok="True" >прекращением родовой деятельности

<QUESTION "14">

Объем хирургического вмешательства при разрыве матки  
"0" ok="True" >зависит от локализации разрыва  
"1" ok="False" >не зависит от локализации разрыва  
"2" ok="False" >заключается в обязательном удалении матки  
"3" ok="True" >зависит от объема кровопотери  
"4" ok="True" >зависит от состояния пациентки

<QUESTION "15">

При зашивании разрывов шейки матки  
"0" ok="False" >используются узловатые шелковые швы  
"1" ok="True" >первый шов накладывается выше верхнего угла раны  
"2" ok="False" >используется местная инфильтрационная анестезия 0.5% раствором новокаина  
"3" ok="False" >можно обойтись без использования влагалищных зеркал  
"4" ok="True" >используют узловые кетгутовые или викриловые швы

<QUESTION "16">

Разрыв промежности  
"0" ok="False" >чаще встречается у повторнородящих  
"1" ok="True" >чаще происходит по рубцу на промежности  
"2" ok="True" >чаще начинается с задней спайки  
"3" ok="True" >чаще встречается у первородящих  
"4" ok="False" >всегда сопровождается повреждением мышц тазового дна

<QUESTION "17">

Разрывы промежности встречаются  
"0" ok="True" >чаще у рожениц старше 30 лет  
"1" ok="False" >в среднем у 20-30% рожениц  
"2" ok="True" >чаще при высокой промежности  
"3" ok="False" >чаще III степени  
"4" ok="True" >чаще при запоздалых родах

<QUESTION "18">

Разрывы промежности могут быть причиной

"0" ok="False" >невынашивания беременности

"1" ok="True" >послеродового сепсиса

"2" ok="True" >опущения и выпадения стенок влагалища и матки

последующих беременностях

"3" ok="False" >неправильного положения плода при  
"4" ok="True" >формирования свищей

<QUESTION "19">

Разрывы промежности первой степени

"0" ok="False" >не требуют зашивания

"1" ok="True" >должны быть зашиты отдельными кегутовыми и шелковыми швами

"2" ok="False" >являются основанием для предоставления 70-дневного послеродового отпуска

"3" ok="False" >являются показанием для задержки выписки из стационара

"4" ok="True" >разрыв задней спайки больших половых губ без повреждения мышц тазового дна

<QUESTION "20">

При разрыве промежности второй степени

"0" ok="False" >наложение швов обычно производят под внутривенным наркозом

"1" ok="False" >родильнице предоставляют 70-дневный послеродовой отпуск

"2" ok="False" >зашивание раны начинают с наложения швов на кожу промежности

"3" ok="False" >обычно повреждается наружный сфинктер прямой кишки

"4" ok="True" >зашивание раны начинают с наложения швов на слизистую влагалища

<QUESTION "21">

К разрыву промежности второй степени относятся повреждения, распространяющиеся

"0" ok="False" >только на заднюю спайку больших половых губ

"1" ok="False" >в длину более чем на 3 см

"2" ok="False" >на слизистую прямой кишки

"3" ok="False" >на наружный сфинктер прямой кишки

"4" ok="True" >на слизистую влагалища, мышцы наружного слоя тазового дна и кожу промежностей

<QUESTION "22">

К разрыву промежности полному третьей степени относятся разрывы, распространяющиеся

"0" ok="False" >по длине более чем на 3 см

"1" ok="False" >на слизистую влагалища, на кожу и мышцы промежности

"2" ok="True" >на слизистую прямой кишки

"3" ok="True" >на наружный сфинктер прямой кишки

"4" ok="False" >глубоко в паракольтый

<QUESTION "23">

Разрыв промежности третьей степени

- "0" ok="False" >обычно зашивается под местной анестезией
- "1" ok="True" >начинают зашивать с наложения швов на слизистую оболочку прямой кишки
- "2" ok="True" >является основанием для предоставления 70-дневного послеродового отпуска
- "3" ok="True" >требует назначения антибиотиков в послеродовом периоде
- "4" ok="True" >требует назначения особой диеты в послеродовом периоде

<QUESTION "24">

Послеоперационный уход при разрывах промежности третьей степени включает

- "0" ok="True" >назначение особой диеты
- "1" ok="False" >наложение стерильной наклейки на швы
- "2" ok="False" >влажную обработку швов каждые 4 часа
- "3" ok="False" >постельный режим в течение 12 дней
- "4" ok="True" >антибактериальную терапию

<QUESTION "25">

Разрывы шейки матки встречаются

- "0" ok="True" >чаще у первородящих женщин
- "1" ok="False" >чаще у повторнородящих
- "2" ok="False" >более чем у половины рожениц
- "3" ok="True" >в результате родов крупным плодом
- "4" ok="True" >часто при слабости родовой деятельности

<QUESTION "26">

Разрывы шейки матки чаще возникают

- "0" ok="True" >при стремительных родах
- "1" ok="False" >при маловесном плоде
- "2" ok="False" >у первородящих 20-24 лет
- "3" ok="False" >в родах при переднем виде затылочного вставления
- "4" ok="True" >при дистоции шейки матки

<QUESTION "27">

Разрывы шейки матки могут быть причиной

- "0" ok="True" >рубцовой деформации шейки матки
- "1" ok="False" >выпадения матки
- "2" ok="True" >истмико-цервикальной недостаточности при последующих беременностях
- "3" ok="True" >возникновения фоновых процессов для рака шейки матки
- "4" ok="False" >неправильного положения плода при последующих беременностях

<QUESTION "28">

Разрывы шейки матки первой степени

- "0" ok="False" >по длине не превышают 4 см
- "1" ok="True" >по длине не превышают 2 см
- "2" ok="False" >не требуют зашивания

"3" ok="False" >включают только односторонние повреждения  
"4" ok="False" >являются показанием к назначению  
антибиотиков в послеродовом периоде

<QUESTION "29">  
Разрывы шейки матки третьей степени  
"0" ok="True" >являются показанием для ручного обследования  
полости матки в раннем послеродовом периоде  
"1" ok="True" >могут быть причиной кровотечения в раннем  
послеродовом периоде  
"2" ok="True" >могут сопровождаться образованием  
параметральных гематом  
"3" ok="True" >зашиваются под общим обезболиванием  
"4" ok="False" >зашиваются отдельными шелковыми швами

<QUESTION "30">  
Разрывы влагалища  
родов  
"0" ok="True" >чаще возникают при стремительном течении  
"1" ok="True" >чаще возникают при крупном плоде  
"2" ok="False" >чаще возникают в верхней трети влагалища  
"3" ok="True" >могут быть причиной обильных кровотечений  
"4" ok="False" >зашивают шелковыми швами

</GROUP>  
<GROUP "9" excount="1,0,1,2,0,2">  
<NAME>Акушерские операции</NAME>  
<QUESTION "0">  
В акушерской практике  
"0" ok="True" >амниоскопия используется для диагностики  
переношенной беременности, гипоксии плода, Rh-конфликта  
"1" ok="True" >чаще используется кесарево сечение в нижнем  
сегменте матки  
"2" ok="False" >широко применяется наружный поворот плода в  
родах  
"3" ok="True" >своевременная амниотомия выполняется после 6  
см раскрытия маточного зева  
"4" ok="False" >наблюдается расширение показаний к  
применению акушерских щипцов в родах

<QUESTION "1">  
Наиболее часто в акушерской практике применяется  
"0" ok="False" >корпоральное кесарево сечение  
"1" ok="True" >кесарево сечение в нижнем сегменте матки  
"2" ok="False" >влагалищное кесарево сечение  
"3" ok="False" >экстраперитонеальное кесарево сечение  
"4" ok="False" >малое кесарево сечение

<QUESTION "2">  
К родоразрешающим операциям относится  
"0" ok="False" >наружно-внутренний поворот плода на ножку  
"1" ok="True" >извлечение плода за тазовый конец  
"2" ok="True" >кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум-  
экстракция

"3" ok="False" >краниотомия  
"4" ok="False" >амниотомия

<QUESTION "3">

Совершенствование техники кесарева сечения связано с именем

"0" ok="True" >В.И.Ельцова-Стрелкова  
"1" ok="False" >П.Чемберлена  
"2" ok="False" >И.Земмельвейса  
"3" ok="False" >И.Ф.Эразмуса  
"4" ok="True" >Л.А.Гусакова

<QUESTION "4">

Абсолютными показаниями к операции кесарева сечения являются

"0" ok="True" >полное предлежание плаценты  
"1" ok="False" >тазовое предлежание плода  
"2" ok="True" > преждевременная отслойка нормально  
расположенной плаценты  
"3" ok="True" >внутриутробная гипоксия плода  
"4" ok="True" >угрожающий разрыв матки

<QUESTION "5">

Кесарево сечение

"0" ok="True" >позволяет снизить перинатальную смертность  
"1" ok="False" >повышает риск материнской смертности от 4 до  
10 раз  
"2" ok="False" >предпочтительнее выполнять по экстренным  
показаниям  
"3" ok="True" >повышает риск гнойно-септических осложнений в  
2 раза  
"4" ok="True" >всегда сопровождается кровопотерей более 400  
мл

<QUESTION "6">

Кесарево сечение

"0" ok="True" >может быть выполнено во втором триместре  
беременности  
"1" ok="True" >может быть выполнено влагалищным доступом  
"2" ok="True" >может выполняться экстраперитонеальным  
доступом  
"3" ok="False" >выполняется только при сроках беременности  
от 37 до 42 недель  
"4" ok="True" >является одной из самых частых  
родоразрешающих операций современного акушерства

<QUESTION "7">

Кесарево сечение

"0" ok="False" >по абсолютным показаниям выполняется в  
интересах жизни и здоровья плода  
"1" ok="True" >в Санкт-Петербурге производится в 20-25% всех  
родов  
"2" ok="True" >по относительным показаниям часто выполняется  
у первородящих женщин старше 30 лет  
"3" ok="False" >в анамнезе является абсолютным показанием  
для повторного кесарева сечения

"4" ok="False" >в анамнезе является абсолютным показанием к стерилизации

<QUESTION "8">

Относительным показанием для кесарева сечения является

"0" ok="False" >внутриутробная гипоксия плода

"1" ok="True" >слабость родовой деятельности

"2" ok="False" >прогрессирующая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты во время беременности

"3" ok="False" >угрожающий разрыв матки

"4" ok="True" >тазовое предлежание плода массой более 3800г

<QUESTION "9">

Противопоказанием к операции кесарева сечения при относительных показаниях может быть

"0" ok="False" >безводный период более 6 часов

"1" ok="True" >мертвый плод

"2" ok="True" >хориоамнионит

"3" ok="True" >врожденные пороки развития плода

"4" ok="False" >длительный подготовительный период

<QUESTION "10">

Кровопотеря при операции кесарева сечения

"0" ok="False" >обычно не превышает 500 мл

"1" ok="True" >зависит от расположения плаценты

"2" ok="True" >может быть уменьшена введением утеротонических средств после разреза матки

"3" ok="False" >не зависит от расположения плаценты

"4" ok="True" >зависит от типа разреза матки

<QUESTION "11">

К факторам риска возникновения гнойно-септических осложнений кесарева сечения относят

"0" ok="True" >бактериальный вагиноз

"1" ok="True" >инфекцию мочевыводящих путей

"2" ok="False" >излитие околоплодных вод за 30 минут до начала операции

"3" ok="True" >кровопотерю более 1 литра

"4" ok="True" >длительность родов более 14 часов

<QUESTION "12">

Наиболее частыми осложнениями операции кесарева сечения

"0" ok="True" >ранение мочевого пузыря

"1" ok="False" >ранение влагалищной ветви маточной артерии

"2" ok="True" >гипотоническое кровотечение

"3" ok="False" >ранение прямой кишки

"4" ok="True" >синдром аортальной компрессии

<QUESTION "13">

В настоящее время в основном используются акушерские щипцы

"0" ok="False" >Чемберлена

"1" ok="False" >Лазаревича

"2" ok="False" >Негеле

"3" ok="True" >Симпсона-Феноменова



"4" ok="False" >Киллянда

<QUESTION "14">

Акушерские щипцы

"0" ok="True" >используются для окончания родов

родов  
"1" ok="False" >могут быть применены в конце первого периода

"2" ok="True" >позволяют исключить потуги

головки плода  
"3" ok="False" >используются для коррекции вставления

"4" ok="False" >позволяют изменить позицию и вид плода

<QUESTION "15">

Необходимым условием применения акушерских щипцов является  
наличие

"0" ok="True" >живого плода

"1" ok="False" >целого плодного пузыря

сегментом во входе в малый таз  
"2" ok="False" >головки плода, фиксированной большим

"3" ok="True" >полного раскрытия маточного зева

"4" ok="True" >нормальных размеров таза

<QUESTION "16">

Показанием к проведению операции наложения акушерских щипцов  
может являться

"0" ok="False" >клинически узкий таз

"1" ok="True" >внутриутробная гипоксия плода

"2" ok="True" >вторичная слабость родовой деятельности

"3" ok="True" >эклампсия в конце периода изгнания

"4" ok="False" >преждевременные роды

<QUESTION "17">

Подготовка к операции наложения акушерских щипцов включает

"0" ok="True" >влагалищное исследование

"1" ok="True" >общее обезболивание

"2" ok="True" >эпизиотомия

"3" ok="True" >опорожнение мочевого пузыря

"4" ok="False" >применение утеротонических средств

<QUESTION "18">

Операция наложения акушерских щипцов

фиксированной большим сегментом во входе в малый таз  
"0" ok="False" >может быть проведена при головке,

полости матки  
"1" ok="False" >является показанием к ручному обследованию

дне  
"2" ok="True" >применяется при нахождении головки на тазовом

кровопотерей  
"3" ok="False" >всегда сопровождается патологической

дополнительного послеродового отпуска на 16 дней  
"4" ok="True" >является основанием для предоставления

<QUESTION "19">

Пробная тракция в операции акушерских щипцов

"0" ok="False" >позволяет определить величину необходимой силы влечения  
"1" ok="False" >проводится для определения места положения головки плода  
"2" ok="True" >позволяет определить правильность наложения щипцов  
"3" ok="True" >требует особого расположения рук оператора  
"4" ok="False" >не является обязательным моментом

<QUESTION "20">

Показанием к перинеотомии является

"0" ok="True" >угрожающий разрыв промежности  
"1" ok="True" >гипоксия плода  
"2" ok="True" >вторичная слабость родовой деятельности  
"3" ok="False" >интранатальная гибель плода  
"4" ok="False" >клинически узкий таз

<QUESTION "21">

Перинеотомия производится

"0" ok="True" >при преждевременных родах  
"1" ok="False" >при головке находящейся в полости малого таза  
"2" ok="True" >в родах при тазовом предлежании плода  
"3" ok="False" >перед краниотомией  
"4" ok="True" >при угрожающем разрыве промежности

<QUESTION "22">

Для операции кесарева сечения в нижнем сегменте матки характерно

"0" ok="True" >более совершенная перитонизация брюшины  
"1" ok="True" >несовпадение разрезов на матке и париетальной брюшине  
"2" ok="False" >кровопотеря более 1 л  
"3" ok="True" >соответствие направления разреза на матке с ходами мышечных волокон миометрия  
"4" ok="False" >высокий процент несостоятельности рубца на матке

<QUESTION "23">

Показания к краниотомии

"0" ok="True" >мертвый плод  
"1" ok="False" >лобное вставление головки плода  
"2" ok="False" >задний вид лицевого вставления головки плода  
"3" ok="False" >гидроцефалия  
"4" ok="False" >живой плод

<QUESTION "24">

Краниотомия состоит из

"0" ok="True" >перфорации головки  
"1" ok="True" >эксцеребрации  
"2" ok="True" >извлечение плода с помощью краниокласта  
"3" ok="False" >декапитации  
"4" ok="False" >клеидотомии

<QUESTION "25">

Операция кесарева сечения может выполняться

- "0" ok="True" >под эндотрахеальным наркозом
- "1" ok="True" >под местной инфильтрационной анестезией
- "2" ok="True" > под спинномозговой анестезией
- "3" ok="True" >в условиях эпидуральной анестезии
- "4" ok="False" > под пудендальной анестезией

<QUESTION "26">

ДИАГНОЗ:

- Беременность 37 недель.
- Эклампсия.

ПОКАЗАНО срочное родоразрешение путем операции

- "0" ok="False" >акушерских щипцов
- "1" ok="True" >кесарева сечения
- "2" ok="False" >вакуум-экстракции плода
- "3" ok="False" >краниотомии
- "4" ok="False" >перинеотомии

<QUESTION "27">

ДИАГНОЗ:

- Роды первые, срочные.
- Первый период родов.
- Чистое ягодичное предлежание плода.
- Раннее излитие околоплодных вод.
- Выпадение пуповины.

ПОКАЗАНО срочное окончание родов с помощью операции

- "0" ok="False" >перинеотомии
- "1" ok="False" >экстракции плода за тазовый конец
- "2" ok="True" >кесарева сечения
- "3" ok="False" >акушерских щипцов
- "4" ok="False" >наружного профилактического поворота плода

<QUESTION "28">

ДИАГНОЗ:

- Роды первые, срочные.
- Первородящая 36 лет.
- Первый период родов.
- Чистое ягодичное предлежание плода.
- Слабость родовой деятельности.
- Преждевременное излитие околоплодных вод (безводный период 12 часов).

Роды необходимо

- "0" ok="False" >предоставить естественному течению
- "1" ok="True" >закончить операцией кесарева сечение
- "2" ok="False" >закончить извлечением плода за тазовый конец
- "3" ok="False" >вести консервативно с назначением родостимулирующей терапии
- "4" ok="False" >закончить вакуум-экстракцией плода

<QUESTION "29">

ДИАГНОЗ:

- Роды первые, срочные.
- Второй период родов.
- Антенатальная гибель плода.

- Множественные пороки развития плода.
- Гидроцефалия плода.

ПОКАЗАНО окончание родов путем операции

- "0" ok="False" >акушерских щипцов
- "1" ok="False" >кесарева сечения
- "2" ok="False" >вакуум-экстракции плода
- "3" ok="False" >декапитации
- "4" ok="True" >краниотомии

<QUESTION "30">

ДИАГНОЗ:

- Роды первые, срочные.
- Второй период родов.
- Вторичная слабость родовой деятельности.
- Интранатальная гибель плода.

ПОКАЗАНО окончание родов путем операции

- "0" ok="False" >перинеотомии
- "1" ok="False" >кесарева сечения
- "2" ok="False" >акушерских щипцов
- "3" ok="True" >краниотомии
- "4" ok="True" >краниоклазии

<QUESTION "31">

ДИАГНОЗ:

- Роды третьи, срочные.
- Первый период родов.
- Преждевременное излитие околоплодных вод.
- Поперечное положение плода.

ПОКАЗАНО срочное окончание родов операцией

- "0" ok="False" >наружно-внутреннего поворота плода на ножку
- "1" ok="False" >акушерских щипцов
- "2" ok="False" >вакуум-экстракции плода
- "3" ok="True" >кесарева сечения
- "4" ok="False" >декапетации

<QUESTION "32">

АКУШЕРСКАЯ СИТУАЦИЯ:

У роженицы потуги через 2-3 минуты по 50 секунд.

- Головка плода в полости малого таза.
- Сердцебиение плода урежается до 90 ударов в 1 мин.

ПОКАЗАНО окончание родов путем операции

- "0" ok="True" >вакуум-экстракции плода
- "1" ok="False" >акушерских щипцов
- "2" ok="False" >перинеотомии
- "3" ok="False" >кесарева сечения
- "4" ok="False" >краниотомии

<QUESTION "33">

АКУШЕРСКАЯ СИТУАЦИЯ:

- Полное раскрытие маточного зева в течение 1 час.
- Схватки слабые, короткие, редкие.
- Головка плода фиксирована малым сегментом во входе в малый таз.
- Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 100 ударов в 1 минуту.

ПОКАЗАНО срочное окончание родов путем операции

- "0" ok="False" >наложения акушерских щипцов
- "1" ok="True" >кесарева сечения
- "2" ok="False" >вакуум-экстракции плода
- "3" ok="False" >перинеотомии
- "4" ok="False" >краниотомии

<QUESTION "34">

АКУШЕРСКАЯ СИТУАЦИЯ:

- Первый период родов.
- Поперечное положение доношенного живого плода.
- Безводный период 30 минут.
- Раскрытие маточного зева полное.

ПОКАЗАНО срочное окончание родов путем операции

- "0" ok="False" >наружно-внутреннего поворота плода на ножку
- "1" ok="False" >экстракции плода за тазовый конец
- "2" ok="False" >эвисцерации
- "3" ok="True" >кесарева сечения
- "4" ok="False" >наружного-профилактического поворота плода

<QUESTION "35">

АКУШЕРСКАЯ СИТУАЦИЯ:

- Второй период родов.
- Головка плода на тазовом дне
- Потуги редкие, короткие, непродуктивные.
- Сердцебиение плода ритмичное, 80 ударов в минуту.

ПОКАЗАНО окончание родов путем операции

- "0" ok="False" >кесарева сечения
- "1" ok="False" >перинеотомии
- "2" ok="False" >вакуум-экстракции
- "3" ok="True" >акушерских щипцов
- "4" ok="False" >краниотомии

</GROUP>

<GROUP "10" excount="1,0,1,2,0,2">

<NAME>Беременность и роды при С/С заболеваниях</NAME>

<QUESTION "0">

Беременность противопоказана

- "0" ok="False" >больным с гипертонической болезнью II-а степени при отсутствии гипертонических кризов и нарушений функций почек
- "1" ok="False" >больным гипертонической болезнью I степени
- "2" ok="False" >больным I и II групп риска по классификации Л.В.Ваниной (1977)
- "3" ok="True" >больным III группы риска по классификации Л.В.Ваниной (1977)
- "4" ok="True" >больным гипертонической болезнью II-б степени

<QUESTION "1">

Первая плановая госпитализация беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы показана

- "0" ok="True" >в I триместре (до 12 недель)
- "1" ok="False" >при ухудшении состояния
- "2" ok="False" >при присоединении акушерской патологии
- "3" ok="False" >в 28-32 недели

"4" ok="False" >при появлении признаков недостаточности кровообращения

<QUESTION "2">

Третья плановая госпитализация беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы показана

"0" ok="False" >при присоединении акушерской патологии

"1" ok="True" >в 37-38 недель

"2" ok="False" >при появлении признаков недостаточности кровообращения

"3" ok="False" >в 32-34 недели

"4" ok="False" >при появлении признаков активности ревматического процесса

<QUESTION "3">

У беременных с гипертонической болезнью высок риск развития

"0" ok="False" >раннего токсикоза беременных

"1" ok="True" >позднего гестоза беременных

"2" ok="True" >самопроизвольного прерывания беременности

"3" ok="True" >гипотрофии плода

"4" ok="False" >аномалий прикрепления плаценты

<QUESTION "4">

Нарушения ритма сердечных сокращений у беременных

"0" ok="True" >чаще развиваются вторично как следствие дистрофических изменений миокарда или нарастания сердечной недостаточности

"1" ok="False" >не являются показанием для прерывания беременности

"2" ok="False" >наблюдаются при акушерской патологии

"3" ok="True" >часто являются показанием для прерывания беременности или досрочного родоразрешения

"4" ok="False" >чаще развиваются первично

<QUESTION "5">

При ведении родов у женщин, страдающих сердечно-сосудистой патологией

"0" ok="True" >наиболее бережным является родоразрешение через естественные родовые пути

"1" ok="False" >наиболее оптимальным является родоразрешение операцией кесарева сечения

"2" ok="True" >необходима ранняя амниотомия

"3" ok="True" >целесообразно адекватное обезболивание

"4" ok="True" >необходимо укорочение периода изгнания

<QUESTION "6">

Досрочное родоразрешение показано беременным

"0" ok="False" >с врожденными пороками сердца

"1" ok="False" >с синдромом сдавления нижней полой вены

"2" ok="True" >имеющим нарастание стойкой легочной гипертензии

"3" ok="False" >с активностью I ревматического процесса по А.И.Нестерову

"4" ok="True" >имеющим стабилизацию гемодинамических показателей после отека легких и тромбоземболии

<QUESTION "7">

Синдром сдавления нижней полой вены

"0" ok="False" >наблюдается чаще у первобеременных

"1" ok="False" >проходит после применения кофеина, кордиамина, мезатона

"2" ok="True" >сопровождается - резким падением артериального давления, - тахикардией, - бледностью кожных покровов

"3" ok="True" >наблюдается в положении беременной на спине

"4" ok="True" >проходит в положении на боку

<QUESTION "8">

Беременность и роды у женщин с митральным стенозом или комбинированным митральным пороком с преобладанием стеноза

"0" ok="False" >имеют благоприятный прогноз

"1" ok="False" >редко сопровождаются декомпенсацией сердечной деятельности

"2" ok="True" >чаще имеют неблагоприятный прогноз

"3" ok="True" >часто сопровождаются декомпенсацией сердечной деятельности по левожелудочковому типу

"4" ok="False" >часто сопровождаются появлением мерцательной аритмии, приводящей к тяжелым нарушениям кровообращения

<QUESTION "9">

Беременность и роды при недостаточности митрального клапана

"0" ok="False" >имеют неблагоприятный прогноз

"1" ok="True" >обычно имеют благоприятный прогноз

"2" ok="False" >часто сопровождаются декомпенсацией сердечной деятельности

"3" ok="False" >часто сопровождаются обострением ревматического процесса

"4" ok="True" >редко сопровождается декомпенсацией сердечной деятельности

<QUESTION "10">

Факторы, приводящие к декомпенсации сердечной деятельности у беременных с приобретенными пороками сердца

"0" ok="True" >развитие позднего гестоза

"1" ok="False" >маловодие

"2" ok="True" >активация ревматического процесса

"3" ok="False" >обезболивание родов

"4" ok="True" >обострение хронических очагов инфекции

<QUESTION "11">

Показаниями для операции кесарева сечения у беременных с пороками сердца являются

"0" ok="True" >возвратный и септический эндокардит

"1" ok="True" >пороки сердца, протекающие с преимущественным преобладанием левожелудочковой недостаточности

"2" ok="False" >врожденные пороки сердца

"3" ok="True" >развитие недостаточности кровообращения II-б и III степени

"4" ok="False" >пролапс митрального клапана

<QUESTION "12">

Оперативное родоразрешение путем операции кесарева сечения показано роженицам

"0" ok="False" pl="True">не имеющим недостаточности кровообращения

"1" ok="True" >с легочной гипертензией

"2" ok="True" >с мерцательной аритмией

"3" ok="True" >с митральным стенозом

"4" ok="True" >с недостаточностью кровообращения II-а степени

<QUESTION "13">

Оперативное родоразрешение показано роженицам

"0" ok="True" >с недостаточностью кровообращения I и II-а степеней

"1" ok="False" >с недостаточностью митрального клапана

"2" ok="True" >с комбинированным митральным пороком с преобладанием стеноза

"3" ok="True" >с коарктацией аорты, сужением легочной артерии

"4" ok="True" pl="True">при выявлении активности ревматического процесса

<QUESTION "14">

При ведении первого периода родов у рожениц, страдающих гипертонической болезнью, следует применять

"0" ok="True" >раннюю амниотомию

"1" ok="False" >своевременную амниотомию

"2" ok="True" >обезболивание родов

"3" ok="False" >сульфат магния внутривенно

"4" ok="False" >родостимулирующую терапию

<QUESTION "15">

При ведении второго периода родов у рожениц, страдающих гипертонической болезнью, необходимо

"0" ok="False" >использовать магниевую терапию

"1" ok="True" >измерять артериальное давление после каждой потуги

"2" ok="True" >широко использовать гипотензивные средства, вплоть до управляемой гипотонии ганглиоблокаторами

"3" ok="False" >использовать сердечные гликозиды

"4" ok="True" >проводить укорочение второго периода (эпизиотомия)

<QUESTION "16">

В группе родильниц с заболеваниями сердечно-сосудистой системы лактация противопоказана

"0" ok="False" >при повторных родах

"1" ok="True" >при остром миокардите

"2" ok="True" >при обострении ревматизма

"3" ok="True" >при недостаточности кровообращения II-а и II-б степени



"4" ok="False" >при врожденных пороках сердца

<QUESTION "17">

Для профилактики активизации ревматического процесса у беременных

"0" ok="True" >проводится санация очагов хронической инфекции

"1" ok="True" >назначается противорецидивное лечение в конце первого и во втором триместре беременности, после родов

"2" ok="True" >назначается бициллин по 600000 ЕД один раз в неделю

"3" ok="False" >проводится досрочное родоразрешение

"4" ok="False" >проводится оперативное родоразрешение

<QUESTION "18">

К типичным осложнениям в послеродовом периоде у родильниц с сердечно-сосудистой патологией относится

"0" ok="True" >обострение ревматического процесса

"1" ok="False" >анемия

"2" ok="False" >гипогалактия

"3" ok="True" >нарастание недостаточности кровообращения

"4" ok="True" >тромбоэмболия

<QUESTION "19">

Родильницы с приобретенными пороками сердца

"0" ok="True" >могут быть выписаны после родов при устойчивой гемодинамике и отсутствии признаков активности ревматизма

"1" ok="True" >получают дополнительный декретный отпуск на 16 дней

"2" ok="False" >не требуют особого подхода при решении вопроса о кормлении грудью

"3" ok="True" >чаще страдают послеродовыми септическими заболеваниями

"4" ok="False" >не нуждаются в дополнительном обследовании у кардиолога

</GROUP>

<GROUP "11" excount="1,0,1,2,0,2">

<NAME>Неправильные положения и предлежания плода</NAME>

<QUESTION "0">

Причиной неправильного положения плода может быть

"0" ok="True" >узкий таз

"1" ok="False" >перенашивание беременности

"2" ok="False" >аномалии развития мочевыделительной системы

"3" ok="True" >многоплодие

"4" ok="True" >предлежание плаценты

<QUESTION "1">

К признакам неправильного положения плода относятся

"0" ok="False" >высокое стояние дна матки

"1" ok="False" >высокое расположение предлежащей части

"2" ok="True" >отсутствие предлежащей части над входом в малый таз

"3" ok="True" >увеличение матки в поперечном размере

"4" ok="False" >обнаружение головки плода в дне матки

<QUESTION "2">

При неправильном положении плода

"0" ok="False" >часто происходит своевременное излитие околоплодных вод

"1" ok="True" >наблюдается высокая частота интранатальной гибели плода

"2" ok="True" >возможен разрыв матки в родах

"3" ok="True" >роды следует закончить операцией кесарева сечения

"4" ok="False" >показано родоразрешение через естественные родовые пути

<QUESTION "3">

Классическое ручное пособие при тазовых предлежаниях

"0" ok="False" >не используется в современном акушерстве

"1" ok="True" >состоит из двух этапов: - освобождения ручек, - освобождения головки

"2" ok="True" >производится после рождения плода до нижнего угла передней лопатки, когда потуги не эффективны

"3" ok="False" >производится при прорезывании ягодич

"4" ok="True" >производится при запрокидывании ручек

<QUESTION "4">

Метод Цовьянова при чистом ягодичном предлежании

"0" ok="False" >позволяет предотвратить рождение плода до полного раскрытия маточного зева

"1" ok="True" >способствует сохранению нормального членорасположения плода

"2" ok="False" >позволяет перевести чистое ягодичное предлежание в смешанное ягодичное или ножное

"3" ok="False" >не требует применения перинеотомии

"4" ok="True" >позволяет предотвратить запрокидывание ручек

<QUESTION "5">

Метод Цовьянова при ножном предлежании

"0" ok="False" >способствует сохранению нормального членорасположения плода

"1" ok="True" >позволяет предотвратить преждевременное рождение ножек плода

"2" ok="True" >позволяет перевести ножное в смешанное ягодичное предлежание

"3" ok="False" >позволяет предотвратить запрокидывание головки плода

"4" ok="False" >позволяет предотвратить запрокидывание ручек

<QUESTION "6">

Показанием к операции извлечения плода за тазовый конец является

"0" ok="False" >запрокидывание ручек плода

"1" ok="True" >острая гипоксия плода при врезывающихся ягодицах

"2" ok="False" >прекращение продвижения плода после рождения  
нижнего угла передней лопатки  
"3" ok="False" >прекращение продвижения плода после рождения  
плечиков  
"4" ok="False" >неполное раскрытие маточного зева

<QUESTION "7">  
Наружный профилактический поворот на головку при тазовых  
предлежаниях плода по Б.А.Архангельскому  
"0" ok="True" >производится только в акушерском стационаре  
"1" ok="True" >выполняется при сроке беременности 37-  
38недель  
"2" ok="False" >не имеет опасных для плода осложнений  
"3" ok="False" >производится под наркозом  
"4" ok="False" >выполняется при полном раскрытии маточного  
зева

<QUESTION "8">  
Операция извлечения плода за тазовый конец  
"0" ok="True" >травматична для плода  
"1" ok="True" > применяется при гипоксии плода и слабости  
потуг  
"2" ok="True" >применяется только при отсутствии других  
возможностей родоразрешения  
"3" ok="True" >проводится под наркозом  
"4" ok="False" >проводится при раскрытии маточного зева 6 см

<QUESTION "9">  
Показанием для операции извлечения плода за тазовый конец  
может быть  
"0" ok="True" >преждевременная отслойка нормально  
расположенной плаценты  
"1" ok="True" >припадок эклампсии  
"2" ok="False" >первичная слабость родовой деятельности  
"3" ok="True" >вторичная слабость родовой деятельности  
"4" ok="True" >высокая лихорадка в родах

<QUESTION "10">  
Операция извлечения плода за тазовый конец может быть  
выполнена при условии  
"0" ok="False" >раскрытия маточного зева 8 см  
"1" ok="True" >соответствия размеров головки плода и таза  
матери  
"2" ok="True" >полного раскрытия маточного зева  
"3" ok="True" >прорезывания ягодиц плода  
"4" ok="False" >наличия мертвого плода

<QUESTION "11">  
Ножное предлежание плода является показанием  
"0" ok="True" >для планового оперативного родоразрешения  
путем кесарева сечения  
"1" ok="False" >для ведения родов через естественные родовые  
пути  
"2" ok="False" >для наложения выходных акушерских щипцов

"3" ok="False" >для операции извлечения плода за тазовый  
конец плода  
"4" ok="True" >для экстренной операции кесарева сечения в  
родах

<QUESTION "12">  
Извлечение плода при смешанном ягодичном предлежании  
"0" ok="True" >начинается с низведения ножек плода  
"1" ok="True" >ручки и головка плода выводится классическим  
ручным пособием  
"2" ok="False" >производится без наркоза  
"3" ok="False" >требует активного участия роженицы  
"4" ok="False" >может выполняться при неполном раскрытии  
маточного зева

<QUESTION "13">  
Профилактический наружный поворот плода из поперечного  
положения на головку проводится  
"0" ok="True" >в 37-38 недель беременности  
"1" ok="False" >в 32 недели беременности  
"2" ok="False" >до 32 недель беременности  
"3" ok="False" >с началом родовой деятельности  
"4" ok="False" >при полном раскрытии маточного зева

<QUESTION "14">  
Операция классического наружно-внутреннего поворота плода на  
ножку может быть выполнена при условии  
"0" ok="True" >полного раскрытия маточного зева  
"1" ok="True" >отсутствия плодного пузыря  
"2" ok="False" >целого плодного пузыря  
"3" ok="True" >поперечного положения II плода из двойни  
"4" ok="True" >соответствия размеров плода размерам таза  
матери

<QUESTION "15">  
Операция наружно-внутреннего поворота плода на ножку считается  
законченной  
"0" ok="True" >если ножка плода выведена до коленного  
сустава  
"1" ok="True" >если в дно матки смещена головка плода  
"2" ok="False" >если выведена стопа плода  
"3" ok="False" >если плод рожден до нижнего угла передней  
лопатки  
"4" ok="False" >если плод рожден до пупка

<QUESTION "16">  
Классический наружно-внутренний поворот плода на ножку  
"0" ok="True" >производят при полном раскрытии маточного  
зева и целом плодном пузыре или при недавно отошедших водах  
"1" ok="True" >производят только при живом плоде  
"2" ok="True" >возможен только при сохраненной подвижности  
плода  
"3" ok="True" >противопоказан при запущенном поперечном  
положении

"4" ok="True" >в современном акушерстве выполняется редко

<QUESTION "17">

Противопоказанием к профилактическому наружному повороту при поперечном положении плода следует считать

"0" ok="False" >многоводие

"1" ok="True" >маловодие

"2" ok="True" >преждевременное излитие околоплодных вод

"3" ok="True" >рубцы на матке

"4" ok="True" >предлежание плаценты

<QUESTION "18">

При поперечном положении плода позиция определяется по месту нахождения

"0" ok="False" >спинки

"1" ok="True" >головки

"2" ok="False" >туловища

"3" ok="False" >тазового конца

"4" ok="False" >конечностей

<QUESTION "19">

При доношенном сроке беременности и наличии поперечного положения плода показано

"0" ok="False" >родовозбуждение с амниотомией

"1" ok="True" >плановое кесарево сечение

деятельности

"2" ok="False" >кесарево сечение с началом родовой

пути

"3" ok="False" >ведение родов через естественные родовые

поворота плода

"4" ok="False" >проведение операции наружно-внутреннего

<QUESTION "20">

К факторам, способствующим формированию поперечного положения плода, относятся

"0" ok="True" >аномалии развития матки

"1" ok="True" >миомы матки

"2" ok="False" >поздний токсикоз беременных

"3" ok="True" >многоводие

"4" ok="True" >узкий таз

<QUESTION "21">

При поперечном положении плода

положении

"0" ok="False" >дно матки стоит выше, чем при продольном

положении

"1" ok="True" >дно матки стоит ниже, чем при продольном

направлении

"2" ok="True" >матка вытянута в поперечном или косом

подвздошной кости

"3" ok="False" >головка плода располагается ниже гребня

"4" ok="True" >предлежащая часть отсутствует

<QUESTION "22">

Диагноз запущенного поперечного положения плода может быть поставлен в случаях

- "0" ok="False" >если плод потерял подвижность
- "1" ok="True" >если плечико плода вколочено в полость малого таза
- "2" ok="True" >если имеется выпадение ручки плода
- "3" ok="False" >если над входом в малый таз нет предлежащей части плода
- "4" ok="False" >если во влагалище обнаруживается выпавшая петля пуповины

<QUESTION "23">

При запущенном поперечном положении мертвого плода

- "0" ok="True" >возможен разрыв матки
- "1" ok="True" >высока опасность инфекционных осложнений
- "2" ok="True" >необходимо дать наркоз
- "3" ok="False" >возможно родоразрешение только операцией кесарева сечения
- "4" ok="True" >показана плодоразрушающая операция

<QUESTION "24">

Течение родов при поперечном положении плода может осложниться

- "0" ok="True" >несвоевременным излитием околоплодных вод
- "1" ok="False" >слабостью родовой деятельности
- "2" ok="True" >разрывом матки
- "3" ok="True" >выпадением пуповины
- "4" ok="True" >выпадением мелких частей плода

<QUESTION "25">

Косое положение плода при сроке беременности 32 недели является показанием

- "0" ok="False" >к госпитализации
- "1" ok="True" >к УЗ-исследованию
- "2" ok="False" >к профилактическому наружному повороту на головку
- "3" ok="False" >к классическому наружно-внутреннему повороту плода на ножку
- "4" ok="True" >к занятиям лечебной физкультурой

<QUESTION "26">

Прием Морисо-Левре

- "0" ok="True" >используется в классическом ручном пособии
- "1" ok="False" >применяется для выведения ручек плода
- "2" ok="True" >применяется для выведения головки при тазовых предлежаниях плода
- "3" ok="False" >используется в методе ведения родов по Цовьянову
- "4" ok="False" >применяется при головном предлежании плода

<QUESTION "27">

При полном раскрытии маточного зева и головке, прижатой ко входу в малый таз, обнаружен подбородок плода слева сзади. Роды

- "0" ok="False" >могут быть предоставлены естественному течению

"1" ok="True" >необходимо закончить операцией кесарева сечения  
"2" ok="False" >можно закончить с применением родостимулирующей терапии  
"3" ok="False" >можно закончить операцией наложения акушерских щипцов  
"4" ok="False" >можно закончить операцией вакуум-экстракции плода

<QUESTION "28">

При полном раскрытии маточного зева установлено лобное вставление у доношенного живого плода. Роды необходимо закончить  
"0" ok="False" >операцией наложения акушерских щипцов  
"1" ok="False" >операцией вакуум-экстракции плода  
"2" ok="True" >операцией кесарева сечения  
"3" ok="False" >плодоразрушающей операцией  
"4" ok="False" >естественным путем

<QUESTION "29">

При обследовании роженицы установлено: - полное раскрытие маточного зева; - плодный пузырь отсутствует; - ко входу в малый таз прижато плечико плода; - плод жив. Роды следует закончить  
"0" ok="False" >через естественные родовые пути  
"1" ok="True" >операцией кесарева сечения  
"2" ok="False" >плодоразрушающей операцией  
"3" ok="False" >наружно-внутренним классическим поворотом плода за ножку  
"4" ok="False" >извлечением плода за ножку

<QUESTION "30">

При поступлении диагностировано: - роды III, срочные; - второй период родов; - запущенное поперечное положение плода; - интранатальная гибель плода. В этой ситуации имеются показания  
"0" ok="True" >к родостимуляции  
"1" ok="True" >к плодоразрушающей операции  
"2" ok="False" >к краниотомии  
"3" ok="False" >к операции кесарева сечения  
"4" ok="False" >к наружно-внутреннему повороту плода

<QUESTION "31">

Передний ассинклитизм  
"0" ok="False" >называется литцмановским  
"1" ok="True" >называется негелевским  
"2" ok="True" >встречается в родах при плоских тазах  
"3" ok="False" >диагностируется по отклонению стреловидного шва кпереди  
"4" ok="False" >диагностируется при врезывании головки

</GROUP>

<GROUP "12" excount="1,0,1,2,0,2">

<NAME>Аномалии родовой деятельности</NAME>

<QUESTION "0">

К аномалиям родовой деятельности относят

"0" ok="True" >первичную слабость родовой деятельности

- "1" ok="True" >вторичную слабость родовой деятельности
- "2" ok="True" >чрезмерно сильную родовую деятельность
- "3" ok="True" >дискоординированную родовую деятельность
- "4" ok="False" p1="True">прелиминарный период

<QUESTION "1">

К группе высокого риска по развитию аномалий родовой деятельности относятся женщины, имеющие

анамнезе

- "0" ok="True" >различные нарушения менструального цикла в
- "1" ok="False" >первую беременность
- "2" ok="True" >ожирение
- "3" ok="True" >половой инфантилизм
- "4" ok="True" >переношенную беременность

<QUESTION "2">

По данным литературы, первичная слабость родовой деятельности наблюдается

- "0" ok="True" >у 2-10% рожениц
- "1" ok="False" >у 15-20% рожениц
- "2" ok="False" >у 25% рожениц
- "3" ok="False" >у 30% рожениц
- "4" ok="False" >у 40% рожениц

<QUESTION "3">

По данным литературы, вторичная слабость родовой деятельности наблюдается приблизительно

- "0" ok="True" >у 2.4% рожениц
- "1" ok="False" >у 10.0% рожениц
- "2" ok="False" >у 20.0% рожениц
- "3" ok="False" >у 25.0% рожениц
- "4" ok="False" >у 30.0% рожениц

<QUESTION "4">

В группе первородящих быстрыми считаются роды с общей продолжительностью

- "0" ok="False" >от 10 до 12 часов
- "1" ok="False" >от 8 до 10 часов
- "2" ok="True" >от 4 до 6 часов
- "3" ok="False" >от 2 до 4 часов
- "4" ok="False" p1="True">менее двух часов

<QUESTION "5">

В группе повторнородящих быстрыми считаются роды с общей продолжительностью

- "0" ok="False" >от 12 до 10 часов
- "1" ok="False" >от 10 до 8 часов
- "2" ok="False" >от 6 до 4 часов
- "3" ok="True" >от 4 до 2 часов
- "4" ok="False" p1="True">менее двух часов

<QUESTION "6">

В группе первородящих стремительными считаются роды с общей продолжительностью



- "0" ok="False" >до 7 часов
- "1" ok="False" >до 6 часов
- "2" ok="False" >до 5 часов
- "3" ok="True" >до 4 часов
- "4" ok="False" >до 2 часов

<QUESTION "7">

В группе повторнородящих стремительными считаются роды с общей продолжительностью

- "0" ok="False" >до 7 часов и менее
- "1" ok="False" >до 6 часов и менее
- "2" ok="False" >до 5 часов и менее
- "3" ok="False" >до 4 часов и менее
- "4" ok="True" >до 2 часов и менее

<QUESTION "8">

Для первичной слабости родовой деятельности характерно

- "0" ok="False" >болезненные схватки
- "1" ok="True" >слабые, короткие схватки
- "2" ok="False" >ослабление родовой деятельности при раскрытии маточного зева более 6 см
- "3" ok="True" >недостаточная динамика раскрытия маточного зева
- "4" ok="False" >дистоция шейки матки

<QUESTION "9">

Слабость родовой деятельности чаще встречается в группе

- "0" ok="True" >первородящих женщин
- "1" ok="False" >повторнородящих женщин
- "2" ok="False" >рожениц в возрасте от 20 до 24 лет
- "3" ok="True" >рожениц с многоводием
- "4" ok="True" >рожениц с перенесенной беременностью

<QUESTION "10">

Первичная слабость родовой деятельности

- "0" ok="True" >возникает преимущественно у первородящих женщин
- "1" ok="True" >диагностируется в первом периоде родов
- "2" ok="True" >нередко сочетается с преждевременным излитием околоплодных вод
- "3" ok="False" >сопровождается запоздалым излитием околоплодных вод
- "4" ok="False" >может быть диагностирована уже в первые два часа от начала родовой деятельности

<QUESTION "11">

Современный подход к лечению слабости родовой деятельности включает мероприятия, направленные

- "0" ok="True" >на повышение энергетических ресурсов организма
- "1" ok="False" >на сохранение плодного пузыря до полного раскрытия маточного зева
- "2" ok="True" >на сохранение физиологического биоритма
- "3" ok="True" >на активацию моторной деятельности матки

"4" ok="False" >на полное и длительное прекращение сократительной деятельности матки

<QUESTION "12">

Лечение первичной слабости родовой деятельности

"0" ok="True" >зависит от продолжительности родов

"1" ok="True" >зависит от степени сглаживания и раскрытия маточного зева

"2" ok="False" >во всех случаях сводиться к назначению родостимулирующих средств

"3" ok="True" >включает раннюю амниотомию

"4" ok="True" >может включать предоставление медикаментозного сна-отдыха

<QUESTION "13">

Для лечения первичной слабости родовой деятельности при раскрытии маточного зева менее 6 см целесообразно назначение

"0" ok="True" >внутривенного капельного введения раствора 0.5 мг простенона в 400 мл физ.раствора

"1" ok="False" >внутривенного струйного введения раствора окситоцина

"2" ok="False" >родостимулирующей терапии с использованием маммофизина и прозерина

"3" ok="False" >внутривенного введения 1 мл 0.02% раствора метилэргометрина

"4" ok="False" >интравагинального введения геля с простагландином

<QUESTION "14">

Вторичная слабость родовой деятельности

"0" ok="False" >часто встречается при преждевременных родах

"1" ok="True" >чаще наблюдается в родах крупным плодом

"2" ok="True" >может осложниться гипоксией плода

"3" ok="False" >является типичным осложнением при переднем виде затылочного вставления головки плода

"4" ok="True" >может осложниться разрывами мягких родовых путей

<QUESTION "15">

Вторичная слабость родовой деятельности

"0" ok="False" >встречается чаще, чем первичная

"1" ok="False" >встречается преимущественно у первородящих женщин

"2" ok="True" >диагностируется после 6 см раскрытия маточного зева

"3" ok="True" >нередко развивается в родах при перерастяжении матки крупным плодом, многоводием, многоплодием

"4" ok="True" >часто встречается в родах при утомлении роженицы

<QUESTION "16">

При вторичной слабости родовой деятельности целесообразно назначение

"0" ok="False" >родостимулирующей терапии по схеме Штейна-Курдиновского  
"1" ok="True" >внутривенного капельного введения раствора окситоцина  
"2" ok="False" >внутривенного введения 1 мл 0.02% раствора метилэргометрина  
"3" ok="False" >простагландинов E, F2a

<QUESTION "17">

При вторичной слабости родовой деятельности роды могут быть закончены

"0" ok="True" >путем операции кесарева сечения  
"1" ok="True" >путем операции наложения акушерских щипцов  
"2" ok="True" >путем операции перинеотомии  
"3" ok="True" >путем операции вакуум-экстракции плода  
"4" ok="False" p1="True">при внутривенном капельном введении бета-адреномиметических средств

<QUESTION "18">

Чрезмерно сильная родовая деятельность с быстрым и стремительным течением родов

"0" ok="False" >встречается чаще других видов аномалий родовой деятельности  
"1" ok="True" >встречается чаще при заболеваниях сердечно-сосудистой системы  
"2" ok="True" >приводит к выраженным нарушениям маточно-плацентарного кровообращения  
"3" ok="True" >может быть причиной тяжелых внутричерепных травм у плода  
"4" ok="True" >может осложняться гипотоническим кровотечением в послеродовом периоде

<QUESTION "19">

Быстрые и стремительные роды

"0" ok="True" >могут осложняться преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты  
"1" ok="True" >могут осложняться травмами родовых путей  
"2" ok="True" >сопровождаются развитием гипоксии плода  
"3" ok="True" >могут быть причиной тяжелых неврологических заболеваний новорожденного

<QUESTION "20">

С целью регуляции чрезмерно сильной родовой деятельности используют

"0" ok="True" >гинипрал  
"1" ok="False" >внутримышечное введение 24 мл 25% раствора магния сульфата  
"2" ok="False" >препараты группы утеротоников  
"3" ok="False" >спазмолитики  
"4" ok="False" >простагландины E, F2a

<QUESTION "21">

Дискоординированная родовая деятельность

"0" ok="True" >наблюдаются частые, болезненные схватки

"1" ok="True" >может проявляться в виде гипертонуса нижнего сегмента матки  
"2" ok="True" >может проявляться в виде дистоции шейки матки  
"3" ok="True" >проявляется отсутствием нарастания степени раскрытия маточного зева  
"4" ok="False" >требуется применения утеротонических средств

<QUESTION "22">

При дискоординированной родовой деятельности  
на усиление сократительной деятельности матки  
"0" ok="False" >основные мероприятия должны быть направлены  
"1" ok="True" >широко применяются спазмолитические препараты  
"2" ok="True" >оправдано применение бета-адреномиметических средств  
"3" ok="True" >можно применять медикаментозный сон-отдых  
"4" ok="True" >широкое применение получила эпидуральная анестезия

<QUESTION "23">

Родостимуляция показана при:

"0" ok="False" >дискоординированной родовой деятельности  
"1" ok="False" >дистоции шейки матки  
"2" ok="True" >первичной слабости родовой деятельности  
"3" ok="False" >тетании матки  
"4" ok="False" >при патологическом прелиминарном периоде

<QUESTION "24">

Комплексная медикаментозная подготовка беременных к родам

"0" ok="False" >обычно проводится в течение одного дня  
"1" ok="False" >включает назначение внутримышечных инъекций фолликулина по 5000 ЕД в сутки  
"2" ok="True" >пероральное применение мифепристона 200 мг №2  
"3" ok="True" >включает физиопсихопрофилактические методики  
"4" ok="True" >включает введение в цервикальный канал динопристона 0,5 мг (препидил-геля)

<QUESTION "25">

С целью предоставления медикаментозного сна-отдыха может быть назначено

"0" ok="True" >внутримышечное введение 2 мл 2% раствора промедола  
"1" ok="True" >внутримышечное введение сибазона 1 мл, 1 мл 1% раствора димедрола  
"2" ok="False" >внутримышечное введение 24 мл 25% раствора сульфата магния  
"3" ok="False" >внутривенное введение 2 мл гинипрала  
"4" ok="False" p1="True">вдыхание газовой смеси с фторотаном

<QUESTION "26">

Для вторичной слабости родовой деятельности характерно

"0" ok="False" >частые, болезненные схватки при отсутствии раскрытия маточного зева  
"1" ok="False" >быстрый темп сглаживания и раскрытия маточного зева

"2" ok="True" >слабые, редкие, короткие схватки после периода достаточной родовой деятельности  
"3" ok="True" >замедление темпа раскрытия маточного зева после 6 см  
"4" ok="False" >отсутствие "созревания" шейки матки при доношенном сроке беременности

<QUESTION "27">  
Родовозбуждение  
"0" ok="False" >может быть проведено при наличии созревающей шейки матки  
"1" ok="True" >должно включать амниотомию  
"2" ok="False" >обычно начинается с внутримышечного введения 10000 ЕД фолликулина  
"3" ok="False" >включает внутривенное струйное введение 5 ЕД окситоцина  
"4" ok="True" >включает применение антигестагенов и простагландинов Е

<QUESTION "28">  
Родостимуляция может осуществляться  
"0" ok="False" >внутривенным струйным введением 5 ЕД окситоцина в 20 мл 40% раствора глюкозы  
"1" ok="False" >внутривенным капельным введением 20 ЕД окситоцина в 500 мл 5% раствора глюкозы  
"2" ok="True" >внутривенным капельным введением 5 ЕД окситоцина в 500 мл 5% раствора глюкозы  
"3" ok="True" >внутривенным капельным введением раствора 0.5 мг простенона в 300-500 мл физиологического раствора, начиная с 8-10 капель в минуту  
"4" ok="False" >внутривенным введением 1 мл 0.02% раствора метилэргометрина

<QUESTION "29">  
Родостимуляция внутривенным введением окситоцина  
"0" ok="True" >опасна возможностью развития дистресса плода  
"1" ok="False" >обычно проводится для лечения первичной слабости родовой деятельности при раскрытии маточного зева 2-4 см  
"2" ok="True" >должна проводиться при постоянной токографии  
"3" ok="True" >требует мониторингового контроля за состоянием плода  
"4" ok="True" >должна осуществляться с помощью специальных дозаторов

<QUESTION "30">  
Для лечения дистосии шейки матки может быть использовано  
"0" ok="True" >внутривенное введение 5 мл баралгина  
"1" ok="True" >внутримышечное введение спазмолитиков  
"2" ok="False" >внутримышечное введение 24 мл 25% раствора магния сульфата  
"3" ok="True" >внутримышечное введение 1мл 2% раствора промедола  
"4" ok="True" p1="True">эпидуральная анестезия

<QUESTION "31">  
Применение наркотических анальгетиков  
"0" ok="True" >оправдано при лечении некоторых форм слабости  
родовой деятельности  
"1" ok="True" >показано при лечении дискоординированной  
родовой деятельности  
"2" ok="False" >показано для обезболивания второго периода  
родов  
"3" ok="True" >может влиять на состояние новорожденного  
"4" ok="False" >в виде внутримышечного введения 1 мл 2%  
раствора промедола позволяет полностью снять родовую деятельность

</GROUP>  
<GROUP "13" excount="1,0,1,2,0,2">  
<NAME>Узкий таз</NAME>  
<QUESTION "0">  
Диагноз "функционально узкого таза" ставится на основании  
оценки  
"0" ok="True" >размеров и формы таза  
"1" ok="True" >величины головки плода  
"2" ok="False" >положения плода  
"3" ok="True" >вставления головки  
"4" ok="True" >характера родовой деятельности

<QUESTION "1">  
"Клинически узкий таз" обычно диагностируется  
"0" ok="False" >в начале первого периода родов  
"1" ok="False" >при отрицательном признаке Вастена  
"2" ok="False" >во время беременности  
"3" ok="True" >во втором периоде родов  
"4" ok="False" >по характерной форме матки

<QUESTION "2">  
Диагноз "анатомически суженного таза" ставится на основании  
большого таза  
"0" ok="True" >результатов измерения наружных размеров  
"1" ok="True" >результатов измерения диагональной конъюгаты  
"2" ok="True" >результатов измерения ромба Михаэлиса  
стенки таза  
"3" ok="True" >исследования внутренних поверхностей всех  
стенки таза  
"4" ok="True" >МРТ-пельвиометрии

<QUESTION "3">  
При анатомически суженном тазе чаще встречается  
"0" ok="True" >длительное высокое стояние головки плода над  
входом в малый таз  
"1" ok="False" >многоводие  
"2" ok="True" >тазовое предлежание  
"3" ok="True" >неправильное положение плода  
"4" ok="True" >неправильное вставление головки плода

<QUESTION "4">  
Беременные с анатомически суженным тазом должны быть

"0" ok="True" >госпитализированы в акушерский стационар за две недели до родов  
"1" ok="True" >направлены на ультразвуковое исследование в 38-39 недель  
"2" ok="False" >родоразрешены только операцией кесарева сечения  
"3" ok="False" >под наблюдением в женской консультации до начала родов  
"4" ok="False" >направлены на прерывание беременности в ранние сроки

<QUESTION "5">

При ведении родов у женщин с анатомически суженным тазом необходимо

"0" ok="True" >определить форму и степень сужения таза  
"1" ok="True" >определить индекс Соловьева  
"2" ok="True" >определить предполагаемую массу плода  
"3" ok="False" >прибегнуть к ранней амниотомии  
"4" ok="True" p1="True">оценить признак Вастена

<QUESTION "6">

Осложнением для плода в родах при анатомически суженном тазе может быть развитие

"0" ok="True" >кефалогематомы  
"1" ok="True" >патологической конфигурации головки  
"2" ok="True" >гипоксии  
"3" ok="True" >внутричерепной травмы  
"4" ok="False" >синдрома дыхательных растройств (СДР)

<QUESTION "7">

Для функциональной оценки таза, кроме данных его измерения, большое значение имеет

"0" ok="True" >особенности вставления головки плода  
"1" ok="True" >особенности биомеханизма родов  
"2" ok="True" >оценка родовой деятельности  
"3" ok="True" >оценка признака Вастена  
"4" ok="False" >оценка положения плода

<QUESTION "8">

К редко встречающимся в настоящее время формам узкого таза относятся

"0" ok="True" >кососмещенный таз  
"1" ok="False" >поперечносуженный таз  
"2" ok="True" >остеомалаятический таз  
"3" ok="True" >карликовый таз  
"4" ok="True" >плоскорихитический таз

<QUESTION "9">

Диагноз анатомически суженного таза может быть поставлен

"0" ok="True" >если размеры большого таза уменьшены на 2.0 см

"1" ok="True" >если величина истинной конъюгаты равна 10 см и менее

13 см  
см  
равна 11 см

"2" ok="False" >если величина диагональной конъюгаты равна  
"3" ok="False" >если величина наружной конъюгаты равна 20-21  
"4" ok="False" >если вертикальная диагональ ромба Михаэлиса

<QUESTION "10">  
Простой плоский таз характеризуется  
малый таз  
малого таза

"0" ok="False" >уменьшением только прямого размера входа в  
"1" ok="False" >уменьшением всех размеров таза  
"2" ok="True" >уменьшением всех прямых размеров малого таза  
"3" ok="False" >уменьшением поперечного размера выхода из  
"4" ok="True" >нормальными поперечными размерами малого таза

<QUESTION "11">  
Плоскорихитический таз характеризуется  
таз

"0" ok="True" >изменением и деформацией крестца  
"1" ok="True" >изменением тазовых костей  
"2" ok="True" >равными величинами D.Cristarum и D.Spinarum  
"3" ok="False" >увеличением прямого размера входа в малый  
"4" ok="True" >уменьшением прямого размера входа в малый таз

<QUESTION "12">  
Причиной формирования анатомически суженного узкого таза может  
быть

"0" ok="True" >рахит  
"1" ok="True" >врожденная аномалия строения костей таза  
"2" ok="True" >полиомиелит  
"3" ok="True" >туберкулез костей  
"4" ok="True" >травма позвоночника

<QUESTION "13">  
У женщин с анатомически суженным тазом во время беременности  
отмечается  
таз

"0" ok="True" >высокое стояние дна матки  
"1" ok="True" >отвислый или остроконечный живот  
"2" ok="True" >значительная подвижность головки над входом в  
"3" ok="True" >неправильное положение плода  
"4" ok="False" >хроническая гипоксия плода

<QUESTION "14">  
Узкий таз является противопоказанием

"0" ok="True" >к акушерским шипцам  
"1" ok="False" >к кесареву сечению  
"2" ok="True" >к вакуум-экстракции плода  
"3" ok="True" >к поворотам плода  
"4" ok="True" >к извлечению плода за тазовый конец

<QUESTION "15">



Роды при узком тазе характеризуются

- "0" ok="True" >значительной частотой внутричерепных травм у новорожденных
- "1" ok="True" >высоким процентом оперативных вмешательств
- "2" ok="False" >высоким уровнем антенатальных потерь
- "3" ok="True" >высокой частотой травм мягких родовых путей
- "4" ok="True" >длительным течением

<QUESTION "16">

У роженицы с сужением таза первой степени роды могут произойти через естественные родовые пути

- "0" ok="True" >при достаточной родовой деятельности
- "1" ok="True" >при средних размерах головки плода
- "2" ok="True" >при правильном вставлении головки плода
- "3" ok="False" >при переднеголовном вставлении головки плода
- "4" ok="True" >при достаточных возможностях к конфигурации головки плода

<QUESTION "17">

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

- "0" ok="True" >с перенесенной беременностью
- "1" ok="True" >с крупным плодом
- "2" ok="False" >с юным возрастом первородящей
- "3" ok="False" >с гипотрофией плода
- "4" ok="True" >с тазовым предлежанием плода

<QUESTION "18">

При второй степени сужения таза показано родоразрешение путем операции

- "0" ok="True" >кесарева сечения
- "1" ok="False" >операции акушерских щипцов
- "2" ok="False" >перфорации головки
- "3" ok="False" >перинеотомии
- "4" ok="False" >вакуум-экстракции плода

<QUESTION "19">

Несоответствие головки плода размерам таза матери может возникнуть

- "0" ok="True" >при крупном плоде
- "1" ok="True" >при неправильном вставлении головки
- "2" ok="False" >при предлежании плаценты
- "3" ok="False" >при рубце на матке
- "4" ok="True" >при гидроцефалии

<QUESTION "20">

К признакам несоответствия головки плода размерам таза матери относятся

- "0" ok="True" >отсутствие поступательного движения головки плода при полном раскрытии маточного зева
- "1" ok="False" >слабость родовой деятельности
- "2" ok="True" >признак Вастена "вровень" или "положительный"
- "3" ok="True" >нарушение мочеиспускания
- "4" ok="True" >неправильное вставление головки плода

<QUESTION "21">

При несоответствии размеров таза матери и головки живого плода показано

- "0" ok="False" >применение родостимулирующей терапии
- "1" ok="False" >укладывание роженицы на бок, соответствующий позиции плода
- "2" ok="False" >применение акушерских щипцов
- "3" ok="True" >родоразрешение операцией кесарева сечения
- "4" ok="False" >родоразрешение плодоразрушающей операцией

<QUESTION "22">

Оценку признака Вастена следует проводить

- "0" ok="False" >в начале первого периода
- "1" ok="True" >после излития околоплодных вод
- "2" ok="False" >при раскрытии маточного зева 4 см
- "3" ok="True" >при полном раскрытии маточного зева
- "4" ok="True" >при головке плода прижатой ко входу в малый таз

<QUESTION "23">

При наружной конъюгате - 17 см, диагональной - 10 см и нормальных остальных наружных размерах таза, можно поставить диагноз

- "0" ok="False" >общеравномерносуженного таза
- "1" ok="False" >плоскоракхитического таза
- "2" ok="False" >кососмещенного таза
- "3" ok="False" >поперечносуженного таза
- "4" ok="True" >простого плоского таза

<QUESTION "24">

У беременной при измерении таза получены следующие данные:

- D.Spinarum - 27 см
- D.Cristarum - 27 см
- D.Trochanterica - 31 см
- C.Externa - 17 см
- C.Diagonalis - 9 см,

что позволяет оценить этот таз как

- "0" ok="False" >нормальный
- "1" ok="False" >общеравномерносуженный
- "2" ok="True" >плоскоракхитический
- "3" ok="False" >кососмещенный
- "4" ok="False" >общесуженный плоский

<QUESTION "25">

У беременной при измерении таза получены следующие данные:

- D.Spinarum - 23 см
- D.Cristarum - 26 см
- D.Trochanterica - 29 см
- C.Externa - 17 см
- C.Diagonalis - 10 см,

которые свидетельствуют

- "0" ok="False" >о сужении таза первой степени
- "1" ok="True" >о сужении таза второй степени
- "2" ok="False" >о сужении таза третьей степени

- "3" ok="False" >о сужении таза четвертой степени
- "4" ok="False" pl="True">о нормальных размерах таза

<QUESTION "26">

У беременной при измерении таза получены следующие данные:

- D.Spinarum - 24 см
- D.Cristarum - 26 см
- D.Trochanterica - 28 см
- C.Externa - 18 см
- C.Diagonalis - 12 см,

которые позволяют считать, что таз

- "0" ok="True" >общеравномерносуженный
- "1" ok="False" >нормальный
- "2" ok="False" >простой плоский
- "3" ok="False" >общесуженный плоский
- "4" ok="False" >поперечносуженный

<QUESTION "27">

У беременной при измерении таза получены следующие данные:

- D.Spinarum - 25 см
- D.Cristarum - 27 см
- D.Trochanterica - 30 см
- C.Externa - 20 см
- C.Diagonalis - 13 см,
- Индекс Соловьева - 15 см,

что дает основание считать таз

- "0" ok="False" >общеравномерносуженным
- "1" ok="True" >нормальным
- "2" ok="False" >кососмещенным
- "3" ok="False" >поперечносуженным
- "4" ok="False" >плоским

</GROUP>

<GROUP "14" excount="1,0,1,2,0,2">

<NAME>Патология новорожденных</NAME>

<QUESTION "0">

Беременной с RH(-) принадлежностью крови необходимо

- "0" ok="True" >проводить контроль за титром антител в первой половине беременности один раз в месяц
- "1" ok="True" >проводить контроль за титром антител во второй половине беременности каждые две недели
- "2" ok="True" >проводить мониторинг наблюдение за состоянием плода
- "3" ok="True" >проводить профилактическую десенсибилизирующую терапию
- "4" ok="False" >родоразрешение операцией кесарева сечения

<QUESTION "1">

Профилактика иммунологического конфликта между матерью и плодом заключается

- "0" ok="True" >во введении резус-отрицательным женщинам анти-D-глобулина после аборт и родов
- "1" ok="True" >в переливании крови с учетом резус фактора и группы крови

- "2" ok="True" >в профилактике первого аборта у резус-отрицательных женщин
- "3" ok="True" >в бережном родоразрешении женщин с резус-отрицательной принадлежностью крови через естественные родовые пути
- "4" ok="False" >в родоразрешении операцией кесарева сечения

<QUESTION "2">

При развитии иммунологического конфликта между матерью и плодом роды могут осложняться

- "0" ok="False" >ранним излитием околоплодных вод
- "1" ok="False" >разрывом матки
- "2" ok="False" >кровотечением в третьем периоде родов
- "3" ok="True" >интранатальной гибелью плода
- "4" ok="True" >гипоксией плода

<QUESTION "3">

В комплекс препаратов, используемых для неспецифической терапии иммунологического конфликта между матерью и плодом, входит

- "0" ok="True" >раствор глюкозы
- "1" ok="True" >эссенциале
- "2" ok="True" >раствор сибигетина
- "3" ok="True" >глюконат кальция
- "4" ok="False" >сернокислая магнезия

<QUESTION "4">

Причиной желтухи у новорожденных может быть

- "0" ok="True" >гемолитическая болезнь
- "1" ok="True" >функциональная незрелость печени
- "2" ok="True" >гемолитическая анемия
- "3" ok="True" >недоношенность
- "4" ok="True" >вирусный гепатит

<QUESTION "5">

Гипоксия плода может быть диагностирована с помощью

- "0" ok="True" >аускультации
- "1" ok="True" >фоно-электрокардиографии
- "2" ok="True" >пробы Залинга
- "3" ok="False" >рентгенологического исследования
- "4" ok="True" >амниоскопии

<QUESTION "6">

Профилактика гемолитической болезни плода включает

- "0" ok="True" >неспецифическую десенсибилизирующую терапию
- "1" ok="False" >назначение токолитиков
- "2" ok="False" >введение стафилококкового гамма-глобулина
- "3" ok="True" >общее УФО
- "4" ok="True" >трансплантацию беременным лоскута кожи, взятого у мужа

<QUESTION "7">

Гемолитическая болезнь новорожденного обычно проявляется

- "0" ok="True" >гипербилирубинемией
- "1" ok="False" >сужением швов и родничков
- "2" ok="True" >распространенными отеками

"3" ok="True" >бледностью и желтушностью кожных покровов  
"4" ok="True" >расстройством функций сердечной и дыхательной систем

<QUESTION "8">

Основные мероприятия по оживлению новорожденного, родившегося в асфиксии, включают

- "0" ok="True" >освобождение дыхательных путей
- "1" ok="True" >интубацию и искусственную вентиляцию легких
- "2" ok="True" >оксигенотерапию
- "3" ok="False" >применение наркотических средств
- "4" ok="True" >наружный массаж сердца

<QUESTION "9">

Гипотрофия плода часто является следствием

- "0" ok="True" >позднего токсикоза беременных
- "1" ok="True" >курения
- "2" ok="True" >алкоголизма
- "3" ok="True" >гипертонической болезни
- "4" ok="True" >профессиональных вредностей

<QUESTION "10">

При нарастании тяжести гемолитической болезни плода

- "0" ok="True" >показано досрочное родоразрешение
- "1" ok="False" >у беременной часто развивается кетоацидоз
- "2" ok="True" >возрастает титр антител в крови матери
- "3" ok="True" >у него развивается гипоксия
- "4" ok="False" >у беременных проявляется протеинурия

<QUESTION "11">

Гипотрофия новорожденного характеризуется

- "0" ok="True" >более низкой массой тела по сравнению с массой тела здорового ребенка, родившегося при том же сроке гестации
- "1" ok="True" >уменьшением выраженности подкожного жирового слоя
- "2" ok="False" >развитием генерализованных отеков
- "3" ok="True" >бледностью или цианозом кожных покровов
- "4" ok="True" >расстройством дыхания

<QUESTION "12">

Приобретенное неинфекционное воспаление на коже новорожденного - опрелость -

- "0" ok="True" >возникает как результат неправильного ухода
- "1" ok="True" >чаще возникает в области кожных складок
- "2" ok="True" >может легко инфицироваться
- "3" ok="False" >необходимо лечить антибиотиками
- "4" ok="False" >необходимо обрабатывать дезинфицирующими растворами

<QUESTION "13">

Гемолитическая болезнь новорожденного возникает в результате

- "0" ok="True" >сенсibilизации резус-антигенами
- "1" ok="False" >внутриматочной инфекции
- "2" ok="True" >сенсibilизации антигенами системы ABO

"3" ok="False" >хронической гипоксии плода при позднем токсикозе беременных  
"4" ok="False" >сенсibilизации лейкоцитарными антигенами

<QUESTION "14">

Для гемолитической болезни новорожденного характерно

- "0" ok="True" >увеличение общего билирубина крови
- "1" ok="True" >снижение общего белка крови
- "2" ok="True" >снижение гемоглобина
- "3" ok="True" >появление бластных элементов крови
- "4" ok="False" >увеличение количества эритроцитов

<QUESTION "15">

Острая гипоксия плода развивается в результате

- "0" ok="True" >тугого обвития пуповины
- "1" ok="True" >преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты
- "2" ok="False" >изосерологической несовместимости крови матери и плода
- "3" ok="False" >сердечно-сосудистых заболеваний матери
- "4" ok="False" >слабости родовой деятельности

<QUESTION "16">

С целью диагностики состояния плода у беременных с RH(-) принадлежностью крови необходимо производить

- "0" ok="True" >исследование околоплодных вод
- "1" ok="True" >ультразвуковое сканирование
- "2" ok="True" >ЭКГ и ФКГ плода
- "3" ok="True" >амниоскопию
- "4" ok="False" >кольпоскопию

<QUESTION "17">

К основным формам гемолитической болезни новорожденных относятся

- "0" ok="True" >отечная
- "1" ok="True" >желтушная
- "2" ok="True" >анемическая
- "3" ok="False" >геморрагическая
- "4" ok="False" >судорожная

<QUESTION "18">

Постнатальное лечение гемолитической болезни может включать

- "0" ok="True" >заменное переливание крови
- "1" ok="True" >эвакуацию асцита
- "2" ok="True" >управляемое дыхание
- "3" ok="False" >введение бета-адреномиметиков
- "4" ok="True" >фототерапию

<QUESTION "19">

Лечение детей с синдромом дыхательных расстройств проводится

- "0" ok="True" >с использованием кувеза
- "1" ok="True" >с применением оксигенотерапии, в том числе и гипербарической оксигенации

"2" ok="True" >с применением 2% раствора гидрокарбоната  
натрия  
"3" ok="True" >с применением антибиотиков  
"4" ok="True" >с применением средств, стимулирующих синтез  
сурфактанта

<QUESTION "20">

Современные принципы профилактики гемолитической болезни плода  
требуют

"0" ok="True" >определения у беременной группы крови и  
резус-принадлежности  
"1" ok="True" >определения группы крови и резус-фактора у  
мужа  
"2" ok="True" >систематического определения титра антител в  
крови беременных  
"3" ok="True" >проведения десенсибилизирующей терапии  
"4" ok="True" >госпитализации беременных в стационар за 2  
недели до родов

<QUESTION "21">

Причиной асфиксии новорожденного может быть  
"0" ok="True" >хроническая гипоксия плода  
"1" ok="True" >применение в родах общей анестезии или  
наркотических анальгетиков  
"2" ok="True" >быстрое извлечение плода из матки при  
кесаревом сечении  
"3" ok="True" >анемия  
"4" ok="True" >механическая травма ствола головного мозга

<QUESTION "22">

При сепсисе новорожденного необходимо  
"0" ok="False" >перевести ребенка в изолятор  
"1" ok="True" >перевести ребенка из родильного стационара в  
детскую больницу  
"2" ok="True" >проводить антибиотикотерапию  
"3" ok="True" >проводить дезинтоксикационную терапию  
"4" ok="True" >применять средства, стимулирующие иммунитет

<QUESTION "23">

Риск угрозы развития гемолитической болезни у плода возрастает  
при наличии у беременной  
"0" ok="False" >позднего токсикоза  
"1" ok="False" >сахарного диабета  
"2" ok="True" >RH(-) принадлежности  
"3" ok="True" >самопроизвольных аборт в анамнезе  
"4" ok="True" >мертворождений в анамнезе

<QUESTION "24">

В комплексном лечении гипотрофии плода используют

"0" ok="True" >растворы глюкозы  
"1" ok="False" >антибиотики  
"2" ok="True" >витамин Е  
"3" ok="True" >эссенциале-форте  
"4" ok="True" >гипербарическую оксигенацию

<QUESTION "25">

Сепсис у новорожденных

"0" ok="True" >вызывается чаще всего стрептококками и стафилококками

"1" ok="True" >особенно тяжело протекает при недоношенности

"2" ok="True" >возникает чаще в случаях, когда во время беременности женщина перенесла острое респираторное заболевание

"3" ok="True" >возникает при наличии у матери кариеса, хронического отита и других очагов инфекции

"4" ok="True" >возникает при нарушении санитарно-гигиенического режима в родильном доме

<QUESTION "26">

При нарастании титра антител в крови беременной с отрицательным резус-фактором

"0" ok="True" >показано досрочное родоразрешение

"1" ok="True" >возникает опасность антенатальной гибели плода

"2" ok="True" >предпочтительно родоразрешение при сроке беременности 36-37 недель

"3" ok="True" >показано заменное переливание крови плоду

"4" ok="False" >предпочтительно родоразрешение операцией кесарева сечения

<QUESTION "27">

К инфекционным заболеваниям новорожденных относятся

"0" ok="True" >пиодермия

"1" ok="True" >фолликулит

"2" ok="True" >пузырчатка

"3" ok="True" >омфалит

"4" ok="False" >токсическая эритема

<QUESTION "28">

К родовым травмам плода относят

"0" ok="True" >паралич Дюшон-Эрба

"1" ok="True" >перелом ключицы

"2" ok="True" >кефалогематому

"3" ok="False" >поражение слухового нерва

"4" ok="True" >парез лицевого нерва

</GROUP>

<GROUP "15" excount="1,0,1,2,0,2">

<NAME>Послеродовые гнойно-септические заболевания</NAME>

<QUESTION "0">

К первому этапу послеродового септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса относятся

"0" ok="True" >эндометрит

"1" ok="True" >пуерперальная язва

"2" ok="False" >тазовый тромбофлебит

"3" ok="False" >параметрит

"4" ok="False" >тромбофлебит вен нижних конечностей

<QUESTION "1">



Ко второму этапу послеродового септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартеля относятся

- "0" ok="False" >пуэрпериальная язва
- "1" ok="True" >параметрит
- "2" ok="True" >тазовый тромбоз
- "3" ok="True" >тубоовариальный абсцесс
- "4" ok="True" >пельвиоперитонит

<QUESTION "2">

К третьему этапу послеродового септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартеля относятся

- "0" ok="False" >тазовый тромбоз
- "1" ok="False" >тромбоз вен нижних конечностей
- "2" ok="False" >пельвиоперитонит
- "3" ok="True" >разлитой перитонит
- "4" ok="True" >септический шок

<QUESTION "3">

К четвертому этапу послеродового септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартеля относятся

- "0" ok="False" >разлитой перитонит
- "1" ok="False" >септический шок
- "2" ok="True" >септицемия
- "3" ok="True" >септикопиемия
- "4" ok="False" >прогрессирующий тромбоз

<QUESTION "4">

К факторам, повышающим риск развития послеродовых инфекционных заболеваний, относятся

- "0" ok="True" >бактериальный вагиноз во время беременности
- "1" ok="False" >использование пероральных контрацептивов в анамнезе
- "2" ok="False" >отягощенный аллергологический анамнез
- "3" ok="True" >длительный безводный период
- "4" ok="True" >частые влагалищные исследования в родах

<QUESTION "5">

Риск гнойно-септических послеродовых осложнений повышается

- "0" ok="True" >при позднем токсикозе
- "1" ok="True" >при сахарном диабете
- "2" ok="True" >при патологической кровопотере в родах
- "3" ok="False" >при использовании наружной кардиотокографии в родах
- "4" ok="False" >при продолжительности безводного периода свыше 6 часов

<QUESTION "6">

Родильницам группы высокого риска по развитию послеродовых инфекций в первые 24 часа профилактически назначается

- "0" ok="False" >однократное внутримышечное введение 400 мкг витамина B12
- "1" ok="True" >внутривенное введение окситоцина
- "2" ok="True" >антибактериальная терапия

"3" ok="False" >внутримышечное введение 2 мл 10% раствора сульфокамфокаина

"4" ok="False" >антистафилококковый гамма-глобулин внутримышечно 5 мл

<QUESTION "7">

Послеродовый эндометрит

"0" ok="False" >относится ко второму этапу послеродового септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса

"1" ok="False" >всегда сопровождается лихорадкой

"2" ok="True" >проявляется субинволюцией матки

"3" ok="False" >является показанием к назначению внутримышечных инъекций 0.02% раствора метилэргометрина

"4" ok="False" >диагностируется на основании положительных симптомов раздражения брюшины

<QUESTION "8">

Послеродовый тромбофлебит тазовых вен

"0" ok="False" >относится к третьему этапу септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса

"1" ok="False" >выраженные изменения анализа крови

"2" ok="True" >при влагалищном исследовании по боковым поверхностям матки с двух сторон пальпируются болезненные вены в виде «дождевых червей»

"3" ok="False" >обычно начинается с появления острой боли в ноге

"4" ok="True" >проявляется длительным субфебрилитетом

<QUESTION "9">

Послеродовые маститы разделяются

"0" ok="True" >на серозный мастит

"1" ok="True" >на инфильтративный мастит

"2" ok="True" >на гнойный мастит

"3" ok="False" >на акушерский мастит

"4" ok="False" >на хирургический мастит

<QUESTION "10">

Послеродовый мастит

"0" ok="True" >развивается при инфицировании сосков во время кормления ребенка

"1" ok="True" >рассматривается как заболевание, обусловленное госпитальной инфекцией

"2" ok="False" >чаще встречается у повторнородящих

"3" ok="True" >может быть диагностирован подсчетом количества лейкоцитов в молоке

"4" ok="False" >развивается чаще всего вследствие гематогенного распространения инфекции

<QUESTION "11">

Послеродовый мастит

"0" ok="True" >обычно вызывается золотистым стафилококком

"1" ok="False" >чаще является вторичным процессом

"2" ok="False" >чаще всего характеризуется подострым "вялым" началом  
"3" ok="False" >в начальной стадии развития проявляется только местными симптомами  
"4" ok="False" >в большинстве случаев бывает двухсторонним

<QUESTION "12">  
Профилактика послеродового мастита  
периоде  
"0" ok="False" >должна начинаться в раннем послеродовом  
"1" ok="True" >подготовка молочных желез к грудному вскармливанию еще во время беременности  
"2" ok="False" >включает прививки стафилококкового анатоксина в первые 24 часа после родов  
"3" ok="True" >соблюдение правил асептики и антисептики перед каждым кормлением  
"4" ok="True" >включает УФО сосков и ареол

<QUESTION "13">  
Типичная клиническая картина серозного мастита характеризуется  
"0" ok="True" >острым началом  
"1" ok="False" >развитием заболевания на 6-8 неделе послеродового периода  
"2" ok="True" >симптомами интоксикации  
"3" ok="True" >одностороннее болезненное уплотнение молочной железы  
"4" ok="True" >нарушение оттока молока

<QUESTION "14">  
Лактационный мастит  
послеродового периода  
"0" ok="True" >обычно развивается на 2-3 неделе  
"1" ok="False" >не входит в статистический отчет роддома, если заболевание началось после выписки из стационара  
"2" ok="True" >на первой стадии развития требует консервативной терапии  
"3" ok="True" >требуется временное прекращение лактации  
"4" ok="False" >обычно является следствием генерализованной послеродовой инфекции

<QUESTION "15">  
Инфильтративная форма лактационного мастита  
"0" ok="False" >формируется из серозной в течение 2-3 недель  
"1" ok="False" >диагностируется при обнаружении увеличения железы в объеме  
"2" ok="False" >характеризуется только местными проявлениями  
"3" ok="False" >является показанием к хирургическому лечению  
"4" ok="True" >часто развивается в результате неадекватной терапии серозного мастита

<QUESTION "16">  
Показанием для подавления лактации является  
"0" ok="True" >гангренозная форма мастита  
"1" ok="True" >любая форма мастита с рецидивирующим течением

- "2" ok="False" >инфильтративная форма мастита
- "3" ok="True" >абсцедирующая форма мастита
- "4" ok="True" >стремительное прогрессирование мастита

<QUESTION "17">

Оптимальными средствами для подавления лактации при абсцедирующем мастите являются

- "0" ok="False" >верошпирон
- "1" ok="False" >бромкамфора
- "2" ok="True" >парлодел
- "3" ok="False" >синестрол
- "4" ok="True" >дастинекс

<QUESTION "18">

С целью уменьшения секреции молока при лактационном мастите можно использовать

- "0" ok="True" >апликации пузыря со льдом
- "1" ok="True" >фуросемид по 40 мг внутрь ежедневно в течении 2-3 дней
- "2" ok="True" >эндоназальный электрофорез пиридоксина
- "3" ok="True" >парлодел по 2.5 мг внутрь два раза в день в течении 3 суток
- "4" ok="False" >солевые слабительные

<QUESTION "19">

Для лечения послеродового мастита следует применять антибактериальные препараты группы

- "0" ok="True" >цефалоспорины
- "1" ok="False" >аминогликозиды
- "2" ok="False" >фторхинолоны
- "3" ok="True" >полусинтетические пенициллины
- "4" ok="False" >тетрациклины

<QUESTION "20">

Для лечения трещин сосков применяется

- "0" ok="True" >мазь "Бепантен"
- "1" ok="True" >1% спиртовой раствор бриллиантового зеленого
- "2" ok="True" >ультрафиолетовое облучение сосков и ареол по две биодозы ежедневно в течение 2-3 дней
- "3" ok="False" >временный отказ от кормления больной грудью
- "4" ok="False" >масляный раствор экстрадиола дипропионата

<QUESTION "21">

Септический шок

- "0" ok="False" >относится к четвертому этапу послеродового септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса
- "1" ok="True" >вызывается преимущественно при массовом лизисе грам-отрицательных бактерий
- "2" ok="True" >осложняется ОПН
- "3" ok="True" >приводит к острой дыхательной недостаточности
- "4" ok="True" >может сопровождаться развитием ДВС-синдрома

<QUESTION "22">

Септический шок

"0" ok="True" >может развиваться у беременных и родильниц, страдающих пиелонефритом  
"1" ok="True" >проявляется падением артериального давления  
"2" ok="False" >сопровождается резким повышением температуры тела  
"3" ok="False" >проявляется полиурией  
"4" ok="True" >сопровождается нарушением свертывания крови

<QUESTION "23">

При лечении лактационных маститов рекомендуется использовать

"0" ok="False" >гентамицин  
"1" ok="False" >стрептомицин  
"2" ok="True" >амоксиклав  
"3" ok="True" >цефазолин  
"4" ok="False" >сумамед

<QUESTION "24">

Септикопиемия

"0" ok="True" >относится к четвертому этапу развития послеродовой инфекции по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса  
"1" ok="True" >имеет эндокардиальную форму  
"2" ok="True" >проявляется формированием вторичных септических очагов в легких, почках, мозге, органах брюшной полости  
"3" ok="False" >является противопоказанием к удалению матки  
"4" ok="False" >легко диагностируется при бактериологическом исследовании крови

<QUESTION "25">

Послеродовая язва

"0" ok="True" >относится к первому этапу септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса  
"1" ok="True" >проявляется нагноением швов  
"2" ok="True" >необходимо снятие швов  
"3" ok="True" >проводится хирургическая обработка раны  
"4" ok="True" >является показанием для перевода в  
обсервационное отделение

<QUESTION "26">

Разлитой послеродовой перитонит

"0" ok="False" >относится к четвертому этапу септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса  
"1" ok="False" >имеет типичную классическую клиническую симптоматику  
"2" ok="True" >является показанием к удалению матки  
"3" ok="False" >осложняется эмболией легких  
"4" ok="True" >в большинстве случаев возникает после кесарева сечения

<QUESTION "27">

Открытие этиологии родильной горячки связано с именем

"0" ok="False" >Н.М.Максимовича-Амбодика  
"1" ok="True" >И.Ф.Земмельвейса  
"2" ok="False" >Д.О.Отта  
"3" ok="False" >Н.Н.Феноменова

"4" ok="True" >Луи Пастера

<QUESTION "28">

Сохранение относительно высокого уровня гнойно-септической заболеваемости связано

"0" ok="True" >с созданием крупных стационаров

"1" ok="False" >с созданием перинатальных центров

"2" ok="True" >с расширением показаний к кесареву сечению

"3" ok="True" >с бесконтрольным применением антибиотиков и антисептиков

"4" ok="True" >со снижением местного и общего иммунитета во время беременности

<QUESTION "29">

Состав микробной флоры при гнойно-септических послеродовых заболеваниях

"0" ok="False" >остаётся неизменным с начала 50-х годов нашего столетия

"1" ok="False" >одинаков в роддомах одного региона

"2" ok="True" >может включать ассоциации аэробных и анаэробных микробов

"3" ok="True" >преимущественно условно-патогенная флора

"4" ok="False" >не имеет характерных особенностей

<QUESTION "30">

Гнойно-септические послеродовые заболевания

"0" ok="True" >склонны к генерализации

"1" ok="True" >могут сопровождаться психозами

"2" ok="True" >могут протекать с развитием геморрагического синдрома

"3" ok="False" >встречаются с частотой, не превышающей 1%

"4" ok="False" >не имеют связи с продолжительностью родов

<QUESTION "31">

Риск гнойно-септических послеродовых осложнений значительно повышается

"0" ok="True" >при продолжительности родов более 14 часов

"1" ok="False" >после стремительных родов

"2" ok="True" >при патологической кровопотери в родах

"3" ok="True" >после акушерских операций

"4" ok="False" >после запоздалых родов

<QUESTION "32">

Название "послеродовая язва" применяется к инфицированным

"0" ok="True" >ранам промежности

"1" ok="True" >ранам шейки матки

"2" ok="True" >ранам стенки влагалища

"3" ok="False" >ранам передней брюшной стенки после чревосечения

"4" ok="False" p1="True">трещинам соска молочной железы

<QUESTION "33">

Рациональная профилактика гнойно-септических осложнений после кесарева сечения

"0" ok="True" >может заключаться в однократном внутривенном введении 2.0 г цефазолина сразу после пережата пуповины  
"1" ok="True" >может заключаться в однократном введении антибиотика широкого спектра действия в течение первых 3 часов послеоперационного периода  
"2" ok="True" >при длительном безводном промежутке и продолжительности родов более 14 часов должна всегда начинаться введением антибиотика перед началом операции  
"3" ok="True" >при высоком риске развития заболеваний может заключаться в парентеральном применении 2-х антибиотиков в течении 5-ти дней послеоперационного периода  
"4" ok="False" >начинается с разреза кожи и внутривенного введения 1.0 г ампиокса

<QUESTION "34">

Генерализация инфекционных послеродовых процессов

"0" ok="True" >чаще наблюдается у больных сахарным диабетом  
"1" ok="True" >обусловлена физиологическими изменениями иммунологической системы организма роженицы  
"2" ok="True" >чаще встречается после акушерских операций в родах  
"3" ok="False" >происходит только при высоко вирулентной микробной флоре  
"4" ok="False" >не зависит от характера инволюции матки

<QUESTION "35">

К диагностическим критериям сепсиса относятся

"0" ok="False" >самочувствие больной  
"1" ok="True" >нейтрофильный сдвиг влево до незрелых форм более 14%  
"2" ok="True" >выраженная тахикардия, учащенное дыхание  
"3" ok="True" >несоответствие между температурой и пульсом  
"4" ok="False" >выраженность местных проявлений

</GROUP>

<GROUP "16" excount="1,0,1,2,0,2">

<NAME>Искусственный аборт</NAME>

<QUESTION "0">

Аборт

"0" ok="False" >это прерывание беременности в сроке до 29 недель  
"1" ok="False" >называется поздним, начиная с 18 недель  
"2" ok="False" >в поздних сроках может быть осуществлен путем экстраамниального введения гипертонического раствора  
"3" ok="True" >может быть причиной невынашивания, бесплодия  
"4" ok="False" >абсолютно противопоказан при высоком риске сенсibilизации по резус-фактору

<QUESTION "1">

Искусственный аборт может быть

"0" ok="True" > медикаментозным  
"1" ok="True" > инструментальным  
"2" ok="False" > выполнен до 28 недель беременности  
"3" ok="True" > артификальным

"4" ok="True" > по медицинским показаниям

<QUESTION "2">

Для медикаментозного аборта используют

"0" ok="True" > мифепристон

"1" ok="False" > прогестерон

"2" ok="True" > простагландины

"3" ok="False" > окситоцин

"4" ok="False" > эстрогены

<QUESTION "3">

Выявлении  
Врач может отказать в производстве искусственного аборта при

"0" ok="False" > эрозии шейки матки

"1" ok="False" > миомы матки

"2" ok="False" > носительства вируса иммунодефицита

"3" ok="True" > гонококков в мазках из цервикального канала

"4" ok="False" > хронической инфекции любой локализации

<QUESTION "4">

Инструментальное удаление плодного яйца из полости матки

искусственного аборта  
"0" ok="False" > является единственным способом

"1" ok="False" > не требует общего обезболивания

исследования, выполненного оператором  
"2" ok="True" > может быть начато только после влагалищного

абортцанга  
"3" ok="True" > может быть выполнено без использования

матки антисептиком  
"4" ok="False" > должно заканчиваться обработкой полости

</GROUP>

<GROUP "17" excount="1,0,1,2,0,2">

<NAME>Переношенная беременность</NAME>

<QUESTION "0">

Пролонгированная беременность характеризуется

"0" ok="True" > продолжительностью более 294 дня

"1" ok="False" > развитием фетоплацентарной недостаточности

"2" ok="False" > рождением ребенка с признаками незрелости

"3" ok="False" > многоводием

"4" ok="True" > рождением доношенного и зрелого ребенка

<QUESTION "1">

Для диагностики переношенной беременности используют

анамнеза  
"0" ok="True" > определение срока беременности по данным

"1" ok="True" > амниоскопию

"2" ok="False" > окситоциновый тест Смита

"3" ok="True" > УЗИ

"4" ok="True" > доплерографию

<QUESTION "2">

Для переношенной беременности не характерно

"0" ok="False" > высокое стояние дна матки



- "1" ok="True" >нарастание массы тела беременной
- "2" ok="False" >уменьшение окружности живота
- "3" ok="False" >ограничение подвижности плода, маловодие
- "4" ok="False" >усиление или ослабление движений плода

<QUESTION "3">

Классический синдром переносимости новорожденного не включает

- "0" ok="False" >мацерацию кожи в области стоп и ладоней
- "1" ok="False" >отсутствие казеозной смазки
- "2" ok="False" >удлинение ногтей
- "3" ok="True" >отек подкожной клетчатки
- "4" ok="False" >узость швов и родничков

<QUESTION "4">

Для запоздалых родов не характерна высокая частота

- "0" ok="False" >несвоевременного излития околоплодных вод
- "1" ok="False" >клинически узкого таза
- "2" ok="True" >стремительных родов
- "3" ok="False" >гипоксии плода
- "4" ok="False" >травматизма матери

</GROUP>

<GROUP "18" excount="1,0,1,2,0,2">

<NAME>Заболевания почек и беременность</NAME>

<QUESTION "0">

Гломерулонефрит у беременных

- "0" ok="False" >чаще встречается в острой стадии
- "1" ok="False" >считается одной из причин предлежания

плаценты

- "2" ok="True" >рано осложняется развитием гестоза
- "3" ok="True" >при благоприятном течении является показанием к госпитализации за 2 недели до родов
- "4" ok="False" >обычно не сопровождается гипотрофией плода

<QUESTION "1">

Изменения уродинамики у беременных не имеют зависимости

- "0" ok="False" >от гормонального фона
- "1" ok="False" >от размеров матки
- "2" ok="False" >от положения на спине или на боку
- "3" ok="False" >от состояние вен яичникового сплетения
- "4" ok="True" >от увеличения минутного объема сердца

<QUESTION "2">

Пиелонефрит у беременных

- "0" ok="True" >чаще встречается во второй половине

беременности

- "1" ok="False" >чаще левосторонний
- "2" ok="False" >обычно стрептококковой этиологии
- "3" ok="False" >не оказывает влияния на эритропоэз
- "4" ok="True" >может сопровождаться артериальной

гипертензией

<QUESTION "3">

Гестационный пиелонефрит

"0" ok="False" >обычно не сопровождается выраженной интоксикацией  
"1" ok="False" >не представляет сложностей в дифференциальной диагностике  
"2" ok="False" >является противопоказанием к катетеризации мочеточников  
"3" ok="True" >может осложняться развитием бактериально-токсического шока  
"4" ok="False" >при безуспешной терапии является показанием к прерыванию беременности и последующей операции на почках

<QUESTION "4">  
Пиелонефрит  
"0" ok="False" >при наличии частых обострений является показанием к прерыванию беременности  
"1" ok="True" >повышает риск послеродовых гнойно-септических осложнений  
"2" ok="False" >в I триместре беременности лучше лечить антибиотиками группы аминогликозидов  
"3" ok="False" >характеризуется быстрым регрессом после прерывания беременности  
"4" ok="True" >обычно обостряется на 4-6 и 12-14 день послеродового периода

<QUESTION "5">  
При лечении гломерулонефрита у беременных противопоказано назначение  
"0" ok="False" >ограничений жидкости  
"1" ok="False" >салуретических мочегонных препаратов  
"2" ok="False" >кардиотонических средств  
"3" ok="True" >цитостатиков  
"4" ok="True" >иммунодепрессантов

</GROUP>  
<GROUP "19" excount="1,0,1,2,0,2">  
<NAME>Невынашивание беременности</NAME>  
<QUESTION "0">  
Невынашивание  
"0" ok="True" >это прерывание беременности в сроки от зачатия до 37 недель  
"1" ok="False" >включает все случаи антенатальной и интранатальной гибели плода  
"2" ok="False" >чаще наблюдается во II триместре беременности  
"3" ok="True" >требует экстренной госпитализации  
"4" ok="False" >не требует лечения вне беременности

<QUESTION "1">  
Наиболее частой причиной преждевременных родов является  
"0" ok="True" >внутриутробное инфицирование  
"1" ok="False" >гормональная недостаточность яичников и плаценты  
"2" ok="False" >истмико-цервикальная недостаточность  
"3" ok="False" >генитальный инфантилизм

"4" ok="False" >иммунологический конфликт

<QUESTION "2">

Патогенетически не обосновано и не может быть использовано для лечения угрозы прерывания беременности назначение

"0" ok="False" >дексаметазона

"1" ok="False" >сернокислой магнезии

"2" ok="False" >гинипрала

"3" ok="False" >седуксена

"4" ok="True" >овидона

<QUESTION "3">

Противопоказанием к хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности не считается

"0" ok="False" >кровотечение

"1" ok="False" >аномалия развития плода

"2" ok="False" >повышенная возбудимость матки

"3" ok="True" >пролабирование плодного пузыря

"4" ok="False" >IV степень чистоты влагалища

<QUESTION "4">

Операции В.Широдкара, Б.Сценди, Л.И.Любимовой и Н.М.Мамедалиевой применяются для лечения невынашивания, связанного

"0" ok="False" >с пороком развития матки

"1" ok="False" >с функциональной истмико-цервикальной недостаточностью

"2" ok="True" >с органической истмико-цервикальной недостаточностью

"3" ok="False" >с внутриматочными синехиями

"4" ok="False" >с инфантилизмом

</GROUP>

<GROUP "20" excount="1,0,1,2,0,2">

<NAME>Эмболия околоплодными водами</NAME>

<QUESTION "0">

В комплекс неотложных мероприятий при эмболии околоплодными водами не входит

"0" ok="False" >искусственная вентиляция легких

"1" ok="True" >массивная антибактериальная терапия

"2" ok="False" >предупреждение ДВС-синдрома

"3" ok="False" >борьба с отеком легких

"4" ok="False" >применение больших доз кортикостероидов

<QUESTION "1">

Эмболии околоплодными водами обычно предшествует

"0" ok="True" >бурная родовая деятельность

"1" ok="False" >длительный подготовительный период

"2" ok="False" >длительный безводный период

"3" ok="False" >повышение артериального давления

"4" ok="False" >пиелонефрит беременных

<QUESTION "2">

Основной причиной смерти при эмболии околоплодными водами является

- "0" ok="True" >тяжелый анафилактический шок
- "1" ok="False" >бактериально-токсический шок
- "2" ok="False" >геморрагический шок
- "3" ok="False" >кардиогенный шок
- "4" ok="False" >тромбоз мозговых артерий

<QUESTION "3">

В симптомокомплекс эмболии околоплодными водами не входит

- "0" ok="False" >озноб
- "1" ok="False" >повышение температуры тела
- "2" ok="False" >цианоз верхней половины туловища
- "3" ok="False" >одышка
- "4" ok="True" >повышение артериального давления

<QUESTION "4">

К факторам, способствующим развитию эмболии околоплодными водами, не относится

- "0" ok="False" >преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- "1" ok="False" >предлежание плаценты
- "2" ok="False" >разрыв матки
- "3" ok="False" >дистоция шейки матки
- "4" ok="True" >многоводие

</GROUP>

<GROUP "21" excount="1,0,1,2,0,2">

<NAME>Сахарный диабет и беременность</NAME>

<QUESTION "0">

При сроке беременности 36 недель у больной сахарным диабетом I типа отмечено ухудшение шевелений и на КТГ – признаки гипоксии плода. Показано

- "0" ok="False" >расширение консервативной терапии, сохранение беременности до доношенного срока
- "1" ok="False" >начать подготовку к родовозбуждению
- "2" ok="False" >родовозбуждение, при отсутствии эффекта – кесарево сечение
- "3" ok="False" >родовозбуждение, при ухудшении состояния плода или матери – кесарево сечение
- "4" ok="True" >кесарево сечение

<QUESTION "1">

К характерным осложнениям во время беременности и родов у больных сахарным диабетом не относится

- "0" ok="False" >преждевременное прерывание беременности
- "1" ok="False" >раннее развитие позднего токсикоза
- "2" ok="True" >маловодие
- "3" ok="False" >ангиопатия сетчатки
- "4" ok="False" >слабость родовой деятельности

<QUESTION "2">

Для новорожденных, родившихся от матерей с сахарным диабетом, характерна

- "0" ok="True" >большая масса тела
- "1" ok="True" >гипогликемия

- "2" ok="True" >высокая частота респираторных расстройств
- "3" ok="True" >высокая частота пороков развития
- "4" ok="True" >гипокальцемиа

<QUESTION "3">

При беременности больные сахарным диабетом могут получать

- "0" ok="True" >диетотерапию с ограничением углеводов и жиров
- "1" ok="True" >инсулинотерапию
- "2" ok="False" >сахаропонижающие препараты группы сульфаниламочевины
- "3" ok="False" >бигуаниды
- "4" ok="False" >диетотерапию с ограничением белков

<QUESTION "4">

Показаниями для проведения пробы на толерантность к глюкозе во время беременности являются

- "0" ok="True" >рождение крупного ребенка в анамнезе
- "1" ok="True" >мертворождение в анамнезе
- "2" ok="True" >наличие диабета у родителей
- "3" ok="True" >ожирение
- "4" ok="False" >повышенный уровень глюкозы натощак

<QUESTION "5">

При сахарном диабете у беременных наиболее значимыми диагностическими критериями являются

- "0" ok="False" >определение липидов в крови
- "1" ok="True" >гликированный гемоглобин
- "2" ok="False" >уровень глюкозы натощак
- "3" ok="True" >проба на толерантность к глюкозе
- "4" ok="False" >амилаза крови

<QUESTION "6">

Критерии идеальной компенсации СД во время беременности

- "0" ok="True" > гликемия натощак 3,5-5,0 ммоль/л;
- "1" ok="False" >гликированный гемоглобин более 6,5%
- "2" ok="True" >гликированный гемоглобин менее 6,5 %
- "3" ok="False" > гликемия после еды 5,0-12,5 ммоль/л
- "4" ok="True" >гликемия после еды 5,0-7,8 ммоль/л

<QUESTION "7">

Противопоказания к вынашиванию беременности при сахарном диабете у женщины

- "0" ok="True" >диабетическая нефропатия, ретинопатия
- "1" ok="True" >диабетическая нефропатия, ретинопатия
- "2" ok="True" >сочетание сахарного диабете и туберкулёза
- "3" ok="False" >инсулинозависимый сахарный диабет средней степени тяжести
- "4" ok="True" >сахарный диабет у обоих супругов

"5" ok="True" >сахарный диабет со склонностью к устойчивому кетоацидозу

<QUESTION "8">

Критический период в течении сахарного диабета во время беременности

- "0" ok="False" >первый триместр
- "1" ok="True" >второй триместр
- "2" ok="False" >третий триместр
- "3" ok="False" >роды
- "4" ok="False" >послеродовый период

<QUESTION "9">

Родоразрешение при сахарном диабете у беременной показано

- "0" ok="False" >в 34-36 недель
- "1" ok="True" >в 37-38 недель
- "2" ok="False" >в 39 -40 недель
- "3" ok="False" > в 40-41 неделю
- "4" ok="False" >после 41 недели

<QUESTION "10">

Критерии тяжелой формы сахарного диабета у беременных

- "0" ok="True" >гликемия натощак более 12,7 ммоль/л
- "1" ok="False" >кетонные тела отсутствуют
- "2" ok="True" >ретинопатия
- "3" ok="True" >нефроангиопатия
- "4" ok="True" >кетоз

<QUESTION "11">

Низкая толерантность к глюкозе у беременных

- "0" ok="False" >уровень сахара натощак выше 7,7 ммоль/л
- "1" ok="False" >во время беременности обнаружена гипергликемия натощак
- "2" ok="False" >постпрандиальная (через 2 часа) гипергликемия не превышает 7,8 ммоль/л, других изменений нет
- "3" ok="True" >постпрандиальная (через 2 часа) гипергликемия превышает 7,8 ммоль/л, других изменений нет
- "4" ok="False" >уровень сахара натощак ниже 7,7 ммоль/л

</GROUP>

<GROUP "22" excount="0,0,0,0,0,0">

<NAME>Тема 8</NAME>

<QUESTION "0">

При заднем виде затылочного вставления

- "0" ok="False" >во входе в таз головка совершает разгибание
- "1" ok="True" >в выходе из таза головка совершает сгибание и разгибание
- "2" ok="False" >головка прорезывается окружностью 35 см
- "3" ok="False" >родовая опухоль формируется в области большого родничка
- "4" ok="False" >ведущей точкой является центр лба

<QUESTION "1">

При заднем виде затылочного вставления  
"0" ok="False" >во входе в таз головка совершает разгибание  
"1" ok="False" >головка прорезывается окружностью 34 см  
"2" ok="False" >ведущей точкой является область большого  
родничка  
"3" ok="True" >внутренний поворот головки чаще происходит на  
135 градусов  
"4" ok="False" >форма головки шаровидная

<QUESTION "2">  
При переднеголовном вставлении  
"0" ok="False" >во входе в малый таз головка совершает  
стигание  
"1" ok="False" >в полости таза головка поворачивается  
затылком кпереди  
"2" ok="False" >головка прорезывается, совершая стигание  
"3" ok="True" >головка рождается прямым размером  
"4" ok="False" >родовая опухоль расположена в области лба

<QUESTION "3">  
При переднеголовном вставлении  
"0" ok="True" >ведущей точкой является область большого  
родничка  
"1" ok="False" >роды возможны только в переднем виде  
"2" ok="False" >роды через естественные родовые пути  
невозможны  
"3" ok="False" >родовая опухоль формируется в области малого  
родничка  
"4" ok="False" >головка рождается большим косым размером

<QUESTION "4">  
При лицевом вставлении  
"0" ok="True" >головка прорезывается вертикальным размером  
"1" ok="False" >головка прорезывается в разгибании  
"2" ok="False" >ведущей точкой является надпереносье  
"3" ok="False" >форма головки "молоткообразная"  
"4" ok="False" >точкой фиксации является подбородок

<QUESTION "5">  
При переднем виде затылочного вставления  
"0" ok="False" >ведущей точкой является большой родничок  
"1" ok="False" >во входе в таз головка совершает разгибание  
"2" ok="False" >точкой фиксации является затылочный бугор  
"3" ok="False" >родовая опухоль формируется в области задней  
теменной кости  
"4" ok="True" >головка рождается в разгибании

<QUESTION "6">  
При заднем виде затылочного вставления роды характеризуются  
"0" ok="False" >стремительным течением периода раскрытия  
"1" ok="True" >высокой частотой акушерского травматизма  
"2" ok="True" >затяжным течением периода изгнания  
"3" ok="False" >запоздалым излитием околоплодных вод  
"4" ok="False" >высокой частотой инфекционных осложнений

<QUESTION "7">

Роды в тазовом предлежании встречаются с частотой

- "0" ok="False" >1%
- "1" ok="True" >3-5%
- "2" ok="False" >8%
- "3" ok="False" >10%
- "4" ok="False" >20%

<QUESTION "8">

Этиологическими факторами возникновения тазового предлежания плода являются

- "0" ok="True" >многоплодная беременность
- "1" ok="True" >аномалии развития матки
- "2" ok="True" >пороки развития плода
- "3" ok="True" >миомы матки
- "4" ok="True" >крупные размеры плода

<QUESTION "9">

При тазовых предлежаниях

- "0" ok="False" >внутренний поворот головки не является обязательным
- "1" ok="True" >головка рождается в сгибании
- "2" ok="False" >головка рождается окружностью 35 см
- "3" ok="False" > в плоскости входа в малый таз происходит сгибание головки плода
- "4" ok="False" >форма головки "башенная"

<QUESTION "10">

При тазовых предлежаниях

- "0" ok="False" >можно избежать прижатия пуповины
- "1" ok="False" >положение плода неправильное
- "2" ok="True" >роды считаются патологическими
- "3" ok="False" >позиция плода определяется по малому родничку
- "4" ok="False" >наружный поворот туловища не является обязательным

<QUESTION "11">

Среди тазовых предлежаний наиболее благоприятным является

- "0" ok="False" >смешанное ягодичное
- "1" ok="False" >ножное предлежание передний вид
- "2" ok="True" >чистое ягодичное предлежание передний вид
- "3" ok="False" >ножное предлежание задний вид
- "4" ok="False" >чистое ягодичное предлежание задний вид

<QUESTION "12">

Наиболее неблагоприятным из тазовых предлежаний считается

- "0" ok="False" >чистое ягодичное
- "1" ok="False" >неполное ножное
- "2" ok="True" >полное ножное
- "3" ok="False" >смешанное ягодичное
- "4" ok="False" >коленное



<QUESTION "13">

Форма головки у новорожденных, родившихся в тазовых предлежаниях

- "0" ok="False" >долихоцефалическая
- "1" ok="True" >шаровидная
- "2" ok="False" >брахицефалическая
- "3" ok="False" >неправильная
- "4" ok="False" >башенная

<QUESTION "14">

При головном предлежании плода наружный поворот головки в плоскости выхода из малого таза

- "0" ok="False" >происходит по закону неравноплечного рычага
- "1" ok="False" >заканчивается переходом плода в противоположную позицию
- "2" ok="True" >сопровождается поворотом головки в сторону, противоположную первоначальной позиции плода
- "3" ok="False" >завершается переходом плечиков в поперечный размер плоскости выхода из малого таза
- "4" ok="False" >завершается переходом плечиков в один из косых размеров плоскости выхода из малого таза

<QUESTION "15">

Внутренний поворот головки

- "0" ok="False" >происходит в широкой части малого таза
- "1" ok="False" >происходит на тазовом дне
- "2" ok="True" >происходит при переходе из широкой в узкую часть полости малого таза
- "3" ok="False" >происходит в плоскости входа в малый таз
- "4" ok="False" >начинается в плоскости входа и заканчивается на тазовом дне

<QUESTION "16">

После окончания внутреннего поворота головки

- "0" ok="False" >стреловидный шов устанавливается в поперечном размере входа в малый таз
- "1" ok="True" >стреловидный шов устанавливается в прямом размере узкой части полости малого таза
- "2" ok="False" >затылок всегда обращен кпереди
- "3" ok="False" >всегда следует разгибание головки
- "4" ok="False" >всегда следует сгибание и разгибание головки

<QUESTION "17">

Точкой фиксации на головке в родах при тазовом предлежании является

- "0" ok="False" >передний угол большого родничка
- "1" ok="True" >подзатылочная ямка
- "2" ok="False" >затылочный бугор
- "3" ok="False" >середина большого родничка
- "4" ok="False" >надпереносье

<QUESTION "18">

Прижатие пуповины в родах при тазовых предлежаниях начинается с момента

"0" ok="False" >рождения пупочного кольца  
"1" ok="False" >рождения ягодиц  
лопатки "2" ok="True" >рождения туловища до нижнего угла передней  
"3" ok="False" >внутреннего поворота головки  
"4" ok="False" >врезывания ягодиц

<QUESTION "19">  
Середина границы роста волос и подзатылочная ямка являются  
точками фиксации  
"0" ok="False" >при переднем виде затылочного вставления  
"1" ok="False" >при переднеголовном вставлении  
"2" ok="True" >при заднем виде затылочного вставления  
"3" ok="False" >при лобном вставлении  
"4" ok="False" >при лицевом вставлении

<QUESTION "20">  
Надпереносье и затылочный бугор являются точками фиксации  
"0" ok="False" >при переднем виде затылочного вставления  
"1" ok="False" >при заднем виде затылочного вставления  
"2" ok="False" >при лобном вставлении  
"3" ok="True" >при переднеголовном вставлении  
"4" ok="False" >при лицевом вставлении

<QUESTION "21">  
Верхняя челюсть и наиболее выступающая часть затылка являются  
точками фиксации  
"0" ok="False" >при переднем виде затылочного вставления  
"1" ok="False" >при заднем виде затылочного вставления  
"2" ok="True" >при лобном вставлении  
"3" ok="False" >при переднеголовном вставлении  
"4" ok="False" >при лицевом вставлении

<QUESTION "22">  
Малый родничок является проводной точкой в родах  
"0" ok="True" >при переднем виде затылочного вставления  
"1" ok="False" >при лобном вставлении  
"2" ok="False" >при лицевом вставлении  
"3" ok="False" >при переднеголовном вставлении  
"4" ok="False" >при заднем виде затылочного вставления

<QUESTION "23">  
Большой родничок является проводной точкой  
"0" ok="False" >при переднем виде затылочного вставления  
"1" ok="True" >при переднеголовном вставлении  
"2" ok="False" >при заднем виде затылочного вставления  
"3" ok="False" >при лобном вставлении  
"4" ok="False" >при лицевом вставлении

<QUESTION "24">  
Подъязычная кость является точкой фиксации в родах  
"0" ok="False" >при переднем виде затылочного вставления  
"1" ok="False" >при лобном вставлении  
"2" ok="True" >при лицевом вставлении

"3" ok="False" >при переднеголовном вставлении  
"4" ok="False" >при заднем виде затылочного вставления

<QUESTION "25">

Центр лба является проводной точкой

"0" ok="False" >при переднем виде затылочного вставления  
"1" ok="False" >при заднем виде затылочного вставления  
"2" ok="False" >при переднеголовных вставлениях  
"3" ok="True" >при лобном вставлении  
"4" ok="False" >при лицевом вставлении

<QUESTION "26">

Подбородок является проводной точкой в родах

"0" ok="False" >при переднем виде затылочного вставления  
"1" ok="False" >при заднем виде затылочного вставления  
"2" ok="False" >при переднеголовном вставлении  
"3" ok="False" >при лобном вставлении  
"4" ok="True" >при лицевом вставлении

<QUESTION "27">

Головка рождается окружностью, соответствующей прямому размеру

"0" ok="True" >при переднеголовном вставлении  
"1" ok="False" >при заднем виде затылочного вставления  
"2" ok="False" >при лицевом вставлении  
"3" ok="False" >при переднем виде затылочного вставления  
"4" ok="False" >при лобном вставлении

<QUESTION "28">

размеру Головка рождается окружностью, соответствующей малому косому

"0" ok="False" >при заднем виде затылочного вставления  
"1" ok="True" >при переднем виде затылочного вставления  
"2" ok="False" >при переднеголовном вставлении  
"3" ok="False" >при лицевом вставлении  
"4" ok="False" >при лобном вставлении

<QUESTION "29">

размеру Головка рождается окружностью, соответствующей среднему косому

"0" ok="False" >при переднем виде затылочного вставления  
"1" ok="False" >при переднеголовном вставлении  
"2" ok="True" >при заднем виде затылочного вставления  
"3" ok="False" >при лобном вставлении  
"4" ok="False" >при лицевом вставлении

<QUESTION "30">

близкому к большому косому Головка рождается окружностью, соответствующей размеру,

"0" ok="False" >при переднем виде затылочного вставления  
"1" ok="False" >при заднем виде затылочного вставления  
"2" ok="False" >при лицевом вставлении  
"3" ok="False" >при переднеголовном вставлении  
"4" ok="True" >при лобном вставлении

<QUESTION "31">

Головка рождается окружностью, соответствующей вертикальному размеру

- "0" ok="False" >при переднем виде затылочного вставления
- "1" ok="False" >при заднем виде затылочного вставления
- "2" ok="False" >при лобном вставлении
- "3" ok="True" >при лицевом вставлении
- "4" ok="False" >при переднеголовном вставлении

<QUESTION "32">

Долихоцефалическая форма головки характерна для родов

- "0" ok="False" >при переднеголовном и затылочном вставлении
- "1" ok="False" >при затылочных вставлениях и тазовых предлежаниях
- "2" ok="False" >при затылочных и разгибательных вставлениях
- "3" ok="True" >при затылочных вставлениях
- "4" ok="False" >при переднеголовном и лобном вставлениях

<QUESTION "33">

Родовой опухолью называется

- "0" ok="False" >кровоизлияние в мягкие ткани головки
- "1" ok="False" >кровоизлияние под надкостницу кости черепа
- "2" ok="False" >изменение формы черепа в результате конфигурации головки
- "3" ok="True" >отек мягких тканей предлежащей части, обусловленное венозным застоем ниже пояса соприкосновения
- "4" ok="False" >кровоизлияние в подкожную клетчатку

<QUESTION "34">

При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:

- лобный шов в левом косом размере,
- передний угол большого родничка - слева сзади.
- надбровные дуги, глазницы, спинка носа

ОПРЕДЕЛИТЕ вставление головки, позицию и вид плода

- "0" ok="False" >лобное вставление, 1-я позиция, передний вид
- "1" ok="False" >лобное вставление, 2-я позиция, передний вид
- "2" ok="True" >лобное вставление, 1-я позиция, задний вид
- "3" ok="False" >переднеголовное вставление, 2-я позиция, задний вид
- "4" ok="False" >переднеголовное вставление, 1-я позиция, задний вид

<QUESTION "35">

При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:

- предлежит головка,
- лицевая линия в правом косом размере,
- слева спереди - подбородок.

ОПРЕДЕЛИТЕ вставление головки, позицию и вид плода

- "0" ok="False" >переднеголовное вставление, 2-я позиция, задний вид
- "1" ok="False" >лицевое вставление, 1-я позиция, задний вид
- "2" ok="False" >лицевое вставление, 1-я позиция, передний вид

"3" ok="False" >лицевое вставление, 2-я позиция, передний вид  
"4" ok="True" >лицевое вставление, 2-я позиция, задний вид

<QUESTION "36">

При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:

- предлежат ягоды и стопы плода,
- крестец слева спереди.

ОПРЕДЕЛИТЕ разновидность тазового предлежания, позицию и вид плода

"0" ok="False" >чистое ягодичное предлежание, 1-я позиция, передний вид

"1" ok="False" >ножное предлежание, 2-я позиция, передний вид

"2" ok="True" >смешанное ягодичное предлежание, 1-я позиция, передний вид

"3" ok="False" >смешанное ягодичное предлежание, 2-я позиция, передний вид

"4" ok="False" >смешанное ягодичное предлежание, 1-я позиция, задний вид

<QUESTION "37">

При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:

- стреловидный шов в левом косом размере,
- большой родничок по проводной оси таза.

ОПРЕДЕЛИТЕ вставление головки

"0" ok="False" >задний вид затылочного вставления

"1" ok="False" >лицевое вставление

"2" ok="False" >лобное вставление

"3" ok="True" >переднеголовное вставление

"4" ok="False" >передний вид затылочного вставления

<QUESTION "38">

При ОСМОТРЕ НОВОРОЖДЕННОГО обнаружено:

- форма головки неправильная, вытянутая в направлении лба,
- родовая опухоль на области лба.

Данные роды произошли

"0" ok="False" >в лицевом вставлении

"1" ok="True" >в лобном вставлении

"2" ok="False" >в переднеголовном вставлении

"3" ok="False" >в заднем виде затылочного вставления

"4" ok="False" >в переднем виде затылочного вставления

<QUESTION "39">

При ОСМОТРЕ НОВОРОЖДЕННОГО обнаружено:

- родовая опухоль особенно деформирует губы и веки.

Данные роды произошли

"0" ok="False" >в переднем виде затылочного вставления

"1" ok="False" >в переднеголовном вставлении

"2" ok="False" >в лобном вставлении

"3" ok="False" >в заднем виде затылочного вставления

"4" ok="True" >в лицевом вставлении

<QUESTION "40">

При ОСМОТРЕ НОВОРОЖДЕННОГО обнаружено:

- форма головки - брахицефалическая,
- родовая опухоль в области большого родничка.

Данные роды произошли

- "0" ok="False" >в лобном вставлении
- "1" ok="False" >в лицевом вставлении
- "2" ok="True" >в переднеголовном вставлении
- "3" ok="False" >в переднем виде затылочного вставления
- "4" ok="False" >в заднем виде затылочного вставления

<QUESTION "41">

Роды делятся на периоды

- "0" ok="False" >раскрытия, изгнания, последовый, послеродовый
- "1" ok="True" >раскрытия, изгнания, последовый
- "2" ok="False" >сглаживания шейки, раскрытия, изгнания
- "3" ok="False" >подготовительный, раскрытия, последовый
- "4" ok="False" >подготовительный, раскрытия, изгнания, ранний послеродовый

<QUESTION "42">

Началом родов следует считать

- "0" ok="False" >излитие околоплодных вод
- "1" ok="False" >продвижение плода по родовым путям
- "2" ok="False" >появление схваток с периодичностью 15-20 минут
- "3" ok="False" >вставление головки
- "4" ok="True" >начало регулярных схваток, приводящих к структурным изменениям в шейке матки

<QUESTION "43">

Потуги отличаются от схваток

- "0" ok="False" >увеличением частоты сокращений матки
- "1" ok="False" >увеличением интенсивности сокращений матки
- "2" ok="True" >присоединением сокращений мышц брюшного пресса, диафрагмы, тазового дна
- "3" ok="False" >присоединением сокращений мышц, выстилающих стенки таза
- "4" ok="False" >увеличением частоты, силы и продолжительности сокращений матки

<QUESTION "44">

Родильница должна находиться под наблюдением в родильном отделении в течение

- "0" ok="False" >30 минут
- "1" ok="False" >1 часа
- "2" ok="True" >2 часов
- "3" ok="False" >4 часов
- "4" ok="False" >6 часов

<QUESTION "45">

Первый период родов называется

- "0" ok="False" >подготовительным периодом
- "1" ok="True" >периодом раскрытия
- "2" ok="False" >периодом изгнания

- "3" ok="False" >латентным периодом
- "4" ok="False" >периодом сглаживания шейки матки

<QUESTION "46">

Первый период родов продолжается

- "0" ok="False" >от начала регулярных схваток до сглаживания шейки матки
- "1" ok="False" >от начала регулярных схваток до рождения плода
- "2" ok="True" >от начала регулярных схваток до полного открытия маточного зева
- "3" ok="False" >от начала регулярных схваток до вставления головки плода
- "4" ok="False" >от начала схваткообразных болей в низу живота до раскрытия маточного зева до 7-8 см

<QUESTION "47">

Основное отличие схваток первого периода родов от схваток подготовительного периода связано

- "0" ok="False" >с продолжительностью интервалов
- "1" ok="False" >с интенсивностью сокращений
- "2" ok="True" >с развитием структурных изменений в шейке матки
- "3" ok="False" >с продолжительностью сокращений
- "4" ok="False" >с болезненностью

<QUESTION "48">

Нормальная родовая деятельность в начале первого периода родов характеризуется продолжительностью схваток

- "0" ok="False" >50-60 сек
- "1" ok="False" >30-40 сек
- "2" ok="False" >20-30 сек
- "3" ok="True" >15-20 сек
- "4" ok="False" >5-10 сек

<QUESTION "49">

В конце первого периода родов нормальная родовая деятельность характеризуется схватками через

- "0" ok="False" >3-4 минуты
- "1" ok="True" >2-3 минуты
- "2" ok="False" >5-6 минут
- "3" ok="False" >6-7 минут
- "4" ok="False" >30-60 секунд

<QUESTION "50">

Первый период родов заканчивается

- "0" ok="False" >сглаживанием шейки
- "1" ok="False" >вставлением головки плода
- "2" ok="False" >появлением схваток потужного характера
- "3" ok="False" >опусканием головки плода на тазовое дно
- "4" ok="True" >полным раскрытием маточного зева

<QUESTION "51">

Второй период родов

"0" ok="False" >заканчивается рождением головки  
"1" ok="False" >обычно длится от 2-х до 4-х часов  
"2" ok="False" >начинается с излития околоплодных вод  
"3" ok="False" >начинается с момента фиксации головки  
большим сегментом во входе в малый таз  
"4" ok="True" >называется периодом изгнания

<QUESTION "52">  
Второй период родов продолжается  
плода  
"0" ok="False" >от вскрытия плодного пузыря до рождения  
плода  
"1" ok="True" >от полного раскрытия маточного зева до  
рождения плода  
"2" ok="False" >от вставления головки до рождения плода  
"3" ok="False" >от сглаживания шейки матки до рождения плода  
"4" ok="False" >от начала схваток потужного характера до  
рождения плода

<QUESTION "53">  
Сердцебиение плода во втором периоде родов следует выслушивать  
"0" ok="True" >после каждой потуги  
"1" ok="False" >каждые 15 минут  
"2" ok="False" >каждые 10 минут  
"3" ok="False" >каждые 5 минут  
"4" ok="False" >при врезывании головки

<QUESTION "54">  
Третий период родов продолжается  
"0" ok="False" >от отделения плаценты до рождения последа  
"1" ok="True" >от рождения плода до рождения последа  
"2" ok="False" >от рождения плода до отделения плаценты  
"3" ok="False" >от полного раскрытия маточного зева до  
рождения последа  
"4" ok="False" p1="True">два часа после рождения последа

<QUESTION "55">  
Максимальная продолжительность третьего периода родов  
составляет  
"0" ok="False" >3-5 минут  
"1" ok="False" >10-15 минут  
"2" ok="True" >30 минут  
"3" ok="False" >40-45 минут  
"4" ok="False" >50-60 минут

<QUESTION "56">  
Профилактика кровотечения в третьем и раннем послеродовом  
периодах проводится  
"0" ok="False" >в/м введением 1 мл окситоцина в конце 2-го  
периода родов  
"1" ok="True" >в/в введением 1 мл окситоцина в момент  
прорезывания головки  
"2" ok="False" >в/м введением 1 мл метилэргометрина с  
последней потугой



"3" ok="False" >в/м введением 1 мл гифотоцина с последней  
потугой

"4" ok="False" p1="True">подкожным введением 1 мл маммофизина  
в конце 1-го периода родов

<QUESTION "57">

Средняя продолжительность нормальных родов у перво- и  
повторнородящих составляет соответственно

"0" ok="True" >12-14 час и 7-8 час

"1" ok="False" >8-10 час и 4-6 час

"2" ok="False" >15-18 час и 10-12 час

"3" ok="False" >18-24 час и 14-16 час

"4" ok="False" >6-8 час и 4-5 час

<QUESTION "58">

Физиологическая кровопотеря в родах не превышает

"0" ok="False" >1.5 % массы роженицы

"1" ok="False" >1.0 % массы роженицы

"2" ok="False" >300 мл

"3" ok="True" >0.5 % массы роженицы

"4" ok="False" >150 мл

<QUESTION "59">

Масса роженицы - 50 кг. Физиологическая кровопотеря не должна  
превышать

"0" ok="False" >400 мл

"1" ok="True" >250 мл

"2" ok="False" >300 мл

"3" ok="False" >500 мл

"4" ok="False" >350 мл

<QUESTION "60">

Особенностью раскрытия шейки матки у первородящих женщин  
является

"0" ok="True" >последовательное раскрытие внутреннего и  
наружного зева

"1" ok="False" >одномоментное раскрытие внутреннего и  
наружного зева

"2" ok="False" >последовательное укорочение и сглаживание ее  
сглаживание

"3" ok="False" >раскрытие шейки матки, затем ее укорочение и  
сглаживание

"4" ok="False" >раскрытие наружного, а затем внутреннего  
зева

<QUESTION "61">

Особенностью раскрытия шейки матки у повторнородящих является  
наружного зева

"0" ok="True" >одновременное разворачивания внутреннего и

"1" ok="False" >последовательное укорочение и сглаживание ее

"2" ok="False" >раскрытие наружного, а затем внутреннего  
зева

"3" ok="False" >независимость этого процесса от ретракции

"4" ok="False" >раскрытие внутреннего, а затем наружного  
зева

<QUESTION "62">

Излитие вод следует считать своевременным

- "0" ok="False" >до начала родовой деятельности
- "1" ok="False" >в первом периоде родов
- "2" ok="False" >во втором периоде родов
- "3" ok="False" >при раскрытии маточного зева до 6 см
- "4" ok="True" >при раскрытии маточного зева более 6 см

<QUESTION "63">

Ранним называется излитие околоплодных вод

- "0" ok="False" >до начала родов
- "1" ok="False" >до начала второго периода родов
- "2" ok="False" >при раскрытии маточного зева больше 6 см
- "3" ok="True" >при раскрытии маточного зева до 6 см
- "4" ok="False" >до начала потуг

<QUESTION "64">

Излитие околоплодных вод считается преждевременным

- "0" ok="True" >до начала родовой деятельности
- "1" ok="False" >в первом периоде родов
- "2" ok="False" >во втором периоде родов
- "3" ok="False" >до раскрытия маточного зева на 7 см
- "4" ok="False" >при раскрытии маточного зева от 5 см до

полного

<QUESTION "65">

При раннем излитии околоплодных вод возрастает риск развития

- "0" ok="False" >родовых травм матери
- "1" ok="True" >слабости родовой деятельности
- "2" ok="False" >преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты
- "3" ok="False" >стремительного течения родов
- "4" ok="False" >родовой травмы у плода

<QUESTION "66">

При преждевременном излитии околоплодных вод повышается степень риска

- "0" ok="False" >родовой травмы матери
- "1" ok="False" >преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты
- "2" ok="True" >инфекционных осложнений
- "3" ok="False" >родовой травмы у плода
- "4" ok="False" >развития бурной родовой деятельности

<QUESTION "67">

При преждевременном излитии околоплодных вод необходимо

- "0" ok="False" >начать родостимулирующую терапию
- "1" ok="False" >проводить профилактику родового травматизма матери
- "2" ok="False" >проводить профилактику родового травматизма плода
- "3" ok="False" >проводить влагалищные исследования каждые 5-6 часов

"4" ok="True" >своевременно решить вопрос о родовозбуждении

<QUESTION "68">

Запоздалым считается излитие околоплодных вод

"0" ok="False" >после раскрытия маточного зева на 5 см

"1" ok="False" >после раскрытия маточного зева на 7 см

"2" ok="True" >после полного раскрытия маточного зева

"3" ok="False" >после фиксирования головки большим сегментом

в плоскости входа в малый таз

"4" ok="False" >после появления потуг

<QUESTION "69">

При запоздалом излитии околоплодных вод возникает риск развития

"0" ok="False" >инфекционных осложнений

"1" ok="False" >слабости родовой деятельности

"2" ok="True" >преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты

"3" ok="False" >родовой травмы у матери

"4" ok="False" >родовой травмы у плода

<QUESTION "70">

Окрашивание околоплодных вод меконием при головных предлежаниях свидетельствует

"0" ok="False" >о пороках развития плода

"1" ok="False" >о гемолитической болезни плода

"2" ok="True" >о гипоксии плода

"3" ok="False" >о хориоамнионите

"4" ok="True" >о внутриутробной инфекции плода

<QUESTION "71">

Своевременная амниотомия должна быть произведена

"0" ok="False" >с появлением регулярных схваток

"1" ok="False" >при раскрытии маточного зева до 5 см

"2" ok="True" >при раскрытии маточного зева более 7-8 см

"3" ok="False" >при появлении потуг

"4" ok="False" >после сглаживания шейки матки

<QUESTION "72">

Влагалищное исследование должно производиться

"0" ok="True" >при излитии околоплодных вод

"1" ok="False" >при появлении потуг

"2" ok="False" >в III периоде родов

"3" ok="False" >каждые 2-3 часа для уточнения акушерской ситуации

"4" ok="False" >каждые 10 часов для уточнения акушерской ситуации

<QUESTION "73">

Продолжительность второго периода родов у первородящих и повторнородящих

"0" ok="False" > 6 и 4 ча

"1" ok="False" > 1 час и 30 минут

"2" ok="True" > 2 и 1 час

- "3" ok="False" > 4 и 3 часа
- "4" ok="False" > 30 минут и 10 минут

<QUESTION "74">

Профилактика офтальмобленнореи проводится

- "0" ok="False" >новорожденным от матерей с гонореей в анамнезе введением 30% раствора альбуцида
- "1" ok="True" >всем новорожденным введением на конъюнктивы 1-2 капель свежего 30% раствора альбуцида
- "2" ok="False" >всем новорожденным введением на конъюнктивы свежего 5% раствора азотнокислого серебра
- "3" ok="False" >новорожденным от матерей с отягощенным гинекологическим анамнезом введением 30% раствора альбуцида
- "4" ok="False" >новорожденным от матерей с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями гениталий введением свежего 30% раствора альбуцида

<QUESTION "75">

Признаками отделения плаценты от стенки матки являются

- "0" ok="False" >Признак Снегирева
- "1" ok="False" >Признак Пискачика
- "2" ok="True" >Признак Кюстнера-Чукалова
- "3" ok="True" >Признак Альфельда
- "4" ok="True" >Признак Штрассмана

<QUESTION "76">

При отсутствии признаков отделения плаценты и кровотечения к ручному отделению плаценты и выделению последа приступают через

- "0" ok="False" >2 часа
- "1" ok="False" >1.5 часа
- "2" ok="False" >1 час
- "3" ok="True" >30 минут
- "4" ok="False" >15 минут

<QUESTION "77">

К операции ручного отделения плаценты и выделения последа следует приступить

- "0" ok="False" >при наличии признаков отделения плаценты и появлении кровотечения
- "1" ok="True" >при отсутствии признаков отделения плаценты и появлении кровотечения
- "2" ok="False" >при отсутствии признаков отделения плаценты в течение 15 минут
- "3" ok="True" >при отсутствии признаков отделения плаценты в течение 30 минут
- "4" ok="False" >при наличии признаков отделения плаценты в течение 1 часа

<QUESTION "78">

При наличии признаков отделения плаценты для выделения последа могут быть применены приемы

- "0" ok="False" >Гентера и Довженко
- "1" ok="False" >Роговина и Занченко
- "2" ok="False" >Шредера и Чукалова-Кюстнера

"3" ok="True" >Абуладзе и Креде-Лазаревича  
"4" ok="False" >Альфельда и Штрассмана

<QUESTION "79">

Способ Абуладзе применяется

"0" ok="False" >при отсутствии признаков отделения плаценты  
в течение 2 часов  
"1" ok="False" >при отсутствии признаков отделения плаценты  
в течение 30 минут  
"2" ok="False" >при появлении кровотечения и отсутствии  
признаков отделения плаценты  
"3" ok="True" >при наличии признаков отделения плаценты для  
выделения последа  
"4" ok="False" >при задержке отделения доли плаценты

<QUESTION "80">

Средства для подготовки шейки матки к родам

"0" ok="False" >прогестерон, спазмолитики, витамины,  
седативные, ферментативные средства  
"1" ok="False" >прогестерон, антигистаминные, витамины,  
спазмолитики, лидаза  
"2" ok="True" >мифепристон, ламинарии, динопростон  
"3" ok="False" >эстрогены, антигистаминные, седативные,  
диуретики  
"4" ok="False" >седативные, антигистаминные, слабительные,  
средства, улучшающие тканевой обмен

<QUESTION "81">

Степень раскрытия маточного зева по Шатц-Унтербергеру-Занченко  
соответствует расстоянию между

"0" ok="False" >пупком и контракционным кольцом  
"1" ok="False" >дном матки и контракционным кольцом  
"2" ok="False" >дном матки и мечевидным отростком грудины  
"3" ok="False" >контракционным кольцом и мечевидным  
отростком грудины  
"4" ok="True" >контракционным кольцом и верхним краем  
симфиза

<QUESTION "82">

Степень раскрытия маточного зева при определении приемом  
Роговина соответствует

"0" ok="False" >расстоянию между дном матки и мечевидным  
отростком грудины  
"1" ok="False" >расстоянию между пограничной бороздой и  
верхним краем лона  
"2" ok="True" >величине: 10 см минус расстояние между дном  
матки и мечевидным отростком грудины  
"3" ok="False" >величине: 45 см минус высота стояния дна  
матки  
"4" ok="False" >расстоянию между дном матки и пупком

<QUESTION "83">

Для наружного определения степени раскрытия маточного зева  
применяются приемы

- "0" ok="False" >Рудакова, Гентера
- "1" ok="False" >Шредера, Чукалова-Кюстнера
- "2" ok="False" >Альфельда, Штрассмана, Чукалова-Кюстнера
- "3" ok="True" >Роговина, Шатц-Унтербергера-Занченко
- "4" ok="False" >Абуладзе, Креде-Лазаревича

<QUESTION "84">

Ручное пособие при головном предлежании проводится с целью

- "0" ok="True" >защиты промежности матери
- "1" ok="False" >обеспечения постепенности прорезывания головки плода
- "2" ok="False" >выведения головки плода наименьшей окружностью
- "3" ok="False" >содействия освобождению головки и плечиков плода
- "4" ok="False" >предупреждение травм плода

<QUESTION "85">

Принцип пособия по Цовьянову при чистом ягодичном предлежании

- "0" ok="False" >защита промежности
- "1" ok="True" >сохранение правильного членорасположения плода
- "2" ok="False" >выведение плечевого пояса
- "3" ok="False" >бережное выведение головки плода
- "4" ok="False" >предупреждение запрокидывания головки плода

<QUESTION "86">

К ведению родов по методу Цовьянова при чистом ягодичном предлежании приступают

- "0" ok="False" >при полном раскрытии маточного зева
- "1" ok="False" >при ягодицах, находящихся в полости малого таза
- "2" ok="True" >при прорезывании ягодиц
- "3" ok="False" >при рождении плода до пупочного кольца
- "4" ok="False" >при появлении потуг

<QUESTION "87">

Для определения массы плода по таблице А.В.Рудакова необходимо знать

- "0" ok="False" >окружность живота, высоту стояния дна матки
- "1" ok="True" >высоту стояния дна матки, половину поперечной окружности матки
- "2" ok="False" >срок беременности, окружность живота
- "3" ok="False" >окружность живота и половину поперечной окружности матки
- "4" ok="False" >размеры головки плода

<QUESTION "88">

К признакам переношенности плода относится

- "0" ok="False" >масса плода более 4500 г
- "1" ok="True" >симптомы "банные стопы" и "ручки прачки"
- "2" ok="False" >повышенная мягкость костей черепа
- "3" ok="False" >окружность головки плода более 35 см

"4" ok="False" >отсутствие первородной смазки

<QUESTION "89">

Оценка новорожденного по шкале АПГАР

"0" ok="True" >построена на анализе 5 показателей

"1" ok="False" >включает данные о КОС

"2" ok="False" >позволяет судить о степени гипотрофии

рождения  
"3" ok="False" >проводится однократно в первую минуту после

"4" ok="False" >определяется при ежедневном осмотре педиатра

<QUESTION "90">

Плод считается крупным при массе тела более

"0" ok="False" >3000 г

"1" ok="False" >3500 г

"2" ok="False" >3800 г

"3" ok="True" >4000 г

"4" ok="False" >4500 г

<QUESTION "91">

рождения плода  
Диагноз преждевременных родов может быть поставлен при

"0" ok="False" >массой 3000 г, длиной 50 см

"1" ok="False" >массой 2800 г, длиной 48 см

"2" ok="False" >массой 2600 г, длиной 47 см

"3" ok="False" >массой 450 г, длиной 22см

"4" ok="True" >массой 2300 г, длиной 44 см

<QUESTION "92">

При оценке состояния новорожденного по шкале АПГАР учитываются

"0" ok="False" >масса тела, длина, срок гестации

окраска кожных покровов, рефлексы, мышечный тонус  
"1" ok="True" >частота сердечных сокращений и дыхания,

окраска кожных покровов  
"2" ok="False" >частота сердечных сокращений и дыхания,

"3" ok="False" >сознание, степень депрессии

состояние  
"4" ok="False" >частота сердечных сокращений, общее

<QUESTION "93">

Состоянию средней тяжести у новорожденного соответствуют  
оценки по шкале АПГАР

"0" ok="True" >в 1-ую минуту после рождения - 5 баллов через  
5 минут - 6 баллов

"1" ok="False" >в 1-ую минуту после рождения - 8 баллов  
через 5 минут - 9 баллов

"2" ok="False" >в 1-ую минуту после рождения - 2 балла через  
5 минут - 3 балла

"3" ok="False" >в 1-ую минуту после рождения - 3 балла через  
5 минут - 4 балла

"4" ok="False" >в 1-ую минуту после рождения - 8 баллов  
через 5 минут - 8 баллов

<QUESTION "94">

Нормальная частота сердцебиения плода во время беременности

"0" ok="False" >170-180 ударов в минуту

"1" ok="True" >120-140 ударов в минуту

"2" ok="False" >190-200 ударов в минуту

"3" ok="False" >90-100 ударов в минуту

"4" ok="False" >80-90 ударов в минуту

<QUESTION "95">

При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:

- шейка матки укорочена до 1,5 см, размягчена полностью, расположена по проводной оси таза,
- цервикальный канал проходим для 2 поперечного пальца за внутренний зев. Степень зрелости шейки матки соответствует определению

"0" ok="False" >шейка "незрелая"

"1" ok="False" >шейка "созревающая"

"2" ok="False" >шейка "неполностью созревшая"

"3" ok="True" >шейка "зрелая"

"4" ok="False" >шейка рубцоводеформированная

<QUESTION "96">

При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:

- шейка матки длиной 3.5 см, плотная, отклонена от проводной оси таза кзади,
- наружный зев закрыт.

Эти данные свидетельствуют

"0" ok="False" >о "зрелой" шейке

"1" ok="True" >о "незрелой" шейке

"2" ok="False" >о "созревающей" шейке

"3" ok="False" >о "неполностью созревшей" шейке

"4" ok="False" p1="True">о наличии готовности организма к

родам

<QUESTION "97">

При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:

- шейка матки сглажена,
- открытие маточного зева 5 см,
- плодный пузырь вскрылся во время исследования.

Диагноз

"0" ok="False" >1-й период родов, преждевременное излитие околоплодных вод

"1" ok="False" >2-й период родов, раннее излитие околоплодных вод

"2" ok="True" >1-й период родов, раннее излитие околоплодных вод

"3" ok="False" >1-й период родов, своевременное излитие околоплодных вод

"4" ok="False" >2-й период родов, запоздалое излитие околоплодных вод

<QUESTION "98">

Повторнобеременная поступила в родильный дом с жалобами на излитие вод и начало регулярных схваток 5 часов назад. При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено:

- раскрытие маточного зева полное,



- плодного пузыря нет,  
- предлежит головка, малым сегментом фиксирована во входе в малый таз.  
Диагноз

"0" ok="False" >1-й период родов, преждевременное излитие вод  
"1" ok="False" >1-й период родов, раннее излитие вод  
"2" ok="False" >2-й период родов, преждевременное излитие вод  
"3" ok="True" >2-й период родов, раннее излитие вод  
"4" ok="False" >2-й период родов, запоздалое излитие вод

<QUESTION "99">

При ОСМОТРЕ РОЖЕНИЦЫ обнаружено:

- дно матки на 4 см ниже мечевидного отростка,  
- контракционное кольцо на 6 см выше верхнего края лона.

Предполагаемое раскрытие маточного зева составляет

"0" ok="False" >4 см  
"1" ok="True" >6 см  
"2" ok="False" >10 см  
"3" ok="False" >2 см  
"4" ok="False" >8 см

<QUESTION "100">

При ОСМОТРЕ РОЖЕНИЦЫ установлено:

- дно матки на 2 см ниже мечевидного отростка грудины,  
- пограничная борозда на 8 см выше верхнего края лона.

Предполагаемое раскрытие маточного зева составляет

"0" ok="True" >8 см  
"1" ok="False" >6 см  
"2" ok="False" >4 см  
"3" ok="False" >5 см  
"4" ok="False" >2 см

<QUESTION "101">

В течение 30 минут после рождения плода отсутствуют признаки отделения плаценты, кровотечения нет.

Врач должен

"0" ok="False" >применить прием Креде-Лазаревича  
"1" ok="True" >произвести ручное отделение плаценты и выделение последа  
"2" ok="False" >применить прием Абуладзе  
"3" ok="False" >применить прием Гентера

<QUESTION "102">

После появления признаков отделения плаценты роженица потужилась, рождения последа не произошло.

Врач должен

"0" ok="False" >произвести ручное выделение последа  
"1" ok="True" >применить приемы Абуладзе и Креде-Лазаревича  
"2" ok="False" >начать внутривенное капельное введение окситоцина  
"3" ok="False" >применить прием Чукалова-Кюстнера  
"4" ok="False" >произвести катетеризацию мочевого пузыря

<QUESTION "103">

Через 15 минут после рождения плода

- началось умеренное кровотечение,
- кровопотеря 300 мл,
- признаков отделения плаценты нет.

Врач должен

"0" ok="False" >применить прием Креде-Лазаревича

"1" ok="False" >наблюдать за признаками отделения плаценты и кровопотерей, если она превысит 500 мл, то приступить к ручному отделению плаценты и выделению последа

"2" ok="False" >провести наружный массаж матки и применить прием Абуладзе

"3" ok="True" >немедленно приступить к операции ручного отделения плаценты и выделения последа

"4" ok="False" >добиться отделения плаценты введением сокращающих средств и наружным массажем матки

<QUESTION "104">

При ОСМОТРЕ ПОСЛЕДА обнаружено:

- плацента размерами 22 \* 18 см,
- имеется дефект плацентарной ткани размером 2 \* 2.5 см,
- оболочки все.

Врач должен

"0" ok="True" >немедленно приступить к ручному обследованию полости матки и удалению задержавшейся доли плаценты

"1" ok="False" >тщательно наблюдать за общим состоянием, величиной кровопотери. произвести ручное обследование полости матки и удаление задержавшейся доли при нарастании кровопотери

"2" ok="False" >провести наружный массаж матки и попытаться выделить задержавшуюся долю плаценты приемом Креде-Лазаревича

"3" ok="False" >попросить женщину потужиться, если не произойдет выделения задержавшейся доли, то приступить к ручному обследованию полости матки и удалению доли плаценты

<QUESTION "105">

Приемом Пискачака определяется головка плода

"0" ok="False" >подвижная над входом в таз

"1" ok="False" >прижатая ко входу в малый таз

"2" ok="False" >фиксированная малым сегментом в плоскости входа в малый таз

"3" ok="False" >фиксированная большим сегментом в плоскости входа в малый таз

"4" ok="True" >опустившаяся на тазовое дно

</GROUP>

<GROUP "23" excount="0,0,0,0,0,0">

<NAME>Тема 11</NAME>

<QUESTION "0">

Еженедельная прибавка массы во второй половине беременности не должна превышать

"0" ok="False" >100-150 г

"1" ok="False" >150-200 г

"2" ok="False" >200-300 г

"3" ok="True" >300-400 г

"4" ok="False" >600-700 г

<QUESTION "1">

К ранним признакам позднего гестоза относятся

"0" ok="True" >появление лабильности и асимметрии АД,

"1" ok="False" >снижение суточного диуреза до 600-500 мл

"2" ok="False" >появление отеков голеней и белка в моче

"3" ok="False" >появление белка в моче в количестве от 0.033

до 0.066 г/л

"4" ok="False" >появление ангиопатии и ретинопатии сосудов

сетчатки глаз

<QUESTION "2">

К часто встречающимся формам раннего токсикоза относятся

"0" ok="False" >отеки беременных, гипертония беременных

"1" ok="True" >птериализм, рвота беременных

"2" ok="False" >гипертония беременных, преэклампсия

"3" ok="False" >дерматозы, хорея беременных

"4" ok="False" >острая желтая атрофия печени, рвота

беременных

<QUESTION "3">

Сочетанными формами позднего гестоза считаются

"0" ok="False" >отеки беременных, гипертония беременных

"1" ok="True" >гестоз, развивающийся на фоне

экстрагенитальной патологии

"2" ok="False" >гестоз, возникающий у соматически здоровых

женщин

"3" ok="False" >гестоз, возникающий у беременных с

неотягощенным гинекологическим анамнезом

"4" ok="False" >преэклампсия и эклампсия

<QUESTION "4">

К моносимптомным формам позднего гестоза относятся

"0" ok="True" >отеки беременных, гипертония беременных

"1" ok="False" >преэклампсия

"2" ok="False" > гестоз средней степени тяжести

"3" ok="False" > гестоз тяжелой степени

"4" ok="False" > эклампсия

<QUESTION "5">

Длительнотекущим считается поздний гестоз, симптомы которого наблюдаются

"0" ok="False" > до 1 месяца

"1" ok="False" > 2-3 месяца

"2" ok="False" > 2 недели

"3" ok="True" > более 4-х месяцев

"4" ok="False" > после 38 недель беременности

<QUESTION "6">

Для определения индекса гестоза по таблице Г.М.Савельевой оцениваются в баллах

"0" ok="False" >прибавка массы тела, отеки, АД, суточная потеря белка

"1" ok="False" >отеки, АД, субъективные симптомы, состояние  
глазного дна  
"2" ok="False" >прибавка массы тела, среднее АД, протеинурия  
"3" ok="True" >отеки, АД, суточная потеря белка, срок  
гестации, фоновые заболевания, состояние плода  
"4" ok="False" >отеки, АД, протеинурия, диурез

<QUESTION "7">

Гестозу легкой степени соответствуют  
"0" ok="False" >АД 160/ 100 мм рт.ст.; белок в моче 2 г/л;  
отеки голеней, передней брюшной стенки; отек сетчатки глаз  
"1" ok="False" >АД 150/ 90 мм рт.ст.; белок в моче 3.3 г/л;  
отеки голеней, передней брюшной стенки, лица; отек сетчатки глаз  
"2" ok="False" >АД 140/100 мм рт.ст.; белок в моче 1.65 г/л;  
отеки голеней, передней брюшной стенки; неравномерность калибра сосудов  
сетчатки  
"3" ok="True" >АД 130/90 мм рт.ст.; белок в моче 0,66 г/л;  
отеки голеней; патологическая прибавка массы тела  
"4" ok="False" >АД 170/100 мм рт.ст.; белок в моче 1.32 г/л;  
отеки голеней, передней брюшной стенки; отек сетчатки глаз

<QUESTION "8">

Гестозу средней степени тяжести соответствуют  
"0" ok="False" >АД 140/ 80 мм рт.ст.; белок в моче 0.066  
г/л; отеки голеней, неравномерная прибавка в весе  
"1" ok="True" >АД 150/ 90 мм рт.ст.; белок в моче 1.65 г/л;  
отеки голеней и передней брюшной стенки; ангиопатия сетчатки  
"2" ok="False" >АД 160/ 90 мм рт.ст.; белок в моче 3.3  
г/л; отеки голеней и передней брюшной стенки; на глазном дне  
кровоизлияния  
"3" ok="False" >АД 180/120 мм рт.ст.; белок в моче 0.99  
г/л; отеки нижних конечностей; отек сетчатки глаз  
"4" ok="False" >АД 130/ 80 мм рт.ст.; белок в моче 0.132  
г/л; пастозность голеней; сосуды глазного дна без изменений

<QUESTION "9">

Гестозу тяжелой степени соответствуют  
"0" ok="False" >АД 140/ 80 мм рт.ст.; белок в моче 0.066  
г/л; отеки голеней; неравномерность калибра сосудов сетчатки глаз  
"1" ok="False" >АД 150/ 90 мм рт.ст.; белок в моче 1.65  
г/л; отеки голеней и передней брюшной стенки; ангиопатия сетчатки  
"2" ok="True" >АД 170/100 мм рт.ст.; белок в моче 6.6 г/л;  
отеки нижних конечностей, передней брюшной стенки, лица; кровоизлияния в  
сетчатке глаз  
"3" ok="False" >АД 130/90 мм рт.ст.; белок в моче 0.3 г/л;  
отеки нижних конечностей  
"4" ok="False" >АД 160/ 90 мм рт.ст.; белок в моче 1.65  
г/л; пастозность голеней; ангиопатия сетчатки

<QUESTION "10">

Основные принципы лечения раннего токсикоза заключаются  
"0" ok="True" >в воздействии на ЦНС, коррекции нарушений  
водного и электролитного баланса, нормализации КОС, лечении сопутствующих  
заболеваний

"1" ok="False" >в воздействии на ЦНС, устранении генерализованного сосудистого спазма и расстройств гемодинамики  
"2" ok="False" >в коррекции водно-электролитного обмена, выведении интерстициальной жидкости  
"3" ok="False" >в общеукрепляющей терапии, улучшении маточно-плацентарного кровообращения, кардиальной терапии  
"4" ok="False" >в улучшении кровотока в почках и стимуляции их мочевыделительной функции, нормализации водно-электролитного обмена

<QUESTION "11">

С целью коррекции нарушений электролитного баланса в лечении беременных с ранним токсикозом используются

"0" ok="False" >гемодез, реополиглюкин, неокомпенсан, реоглюман

"1" ok="False" >растворы глюкозы, новокаина, натрия бикарбоната

"2" ok="True" >растворы Рингера-Локка, Рингера, препараты калия

"3" ok="False" >полиглюкин, желатиноль, альвезин, полиамин

"4" ok="False" >протеин, альбумин, полифер

<QUESTION "12">

С целью коррекции гиповолемии у беременных с поздним гестоза применяются

"0" ok="True" >изотонический раствор натрия хлорида, 5% раствор глюкозы, мафусол, растворы ГЕК

"1" ok="False" >неокомпенсан, реополиглюкин, полифер

"2" ok="False" >гемодез, раствор Рингера-Локка, лактасол, переливание консервированной крови

"3" ok="False" >полиглюкин, раствор натрия бикарбоната, раствор маннитола

"4" ok="False" >альбумин, протеин, сухая плазма

<QUESTION "13">

С целью улучшения микроциркуляции у беременных с поздним гестозом используются

"0" ok="False" >желатиноль, раствор Рингера-Локка

"1" ok="False" >растворы протеина, альбумина, сухой плазмы

"2" ok="False" >гемодез, неокомпенсан

"3" ok="False" >изотонический раствор натрия хлорида, 4% раствор натрия бикарбоната

"4" ok="True" >магнезиальная терапия, трентал, эуфиллин

<QUESTION "14">

С целью коррекции артериальной гипертензии у беременных с поздним гестозом используются

"0" ok="False" >Альфа- и бета-адреноблокаторы

"1" ok="False" >Бета-адреномиметики, антиагреганты

"2" ok="True" >Периферические вазодилататоры, блокаторы кальциевых каналов

"3" ok="False" >М-холинолитики, ингибиторы фибринолиза

"4" ok="False" >Антихолинэстеразные средства, Н-холинолитики

<QUESTION "15">

Для управляемой гипотонии в лечении беременных с тяжелыми формами позднего гестоза используются

- "0" ok="False" >дроперидол, промедол, фентанил
- "1" ok="True" >арфонад, гитроний, имехин, пентамин
- "2" ok="False" >эуфиллин, галидор, ганглерон, но-шпа
- "3" ok="False" >магния сульфат, глюкозо-новокаиновая смесь
- "4" ok="False" >диголин, димеколин, кватерон, пирилен

<QUESTION "16">

Показанием для прерывания беременности при рвоте беременных является

- "0" ok="False" >потеря массы тела более 5 кг, анемия
- "1" ok="True" >алиментарная дистрофия
- "2" ok="False" >появление ацетонурии
- "3" ok="False" >появление отеков и гипертензии
- "4" ok="False" >наличие метаболического ацидоза

<QUESTION "17">

Методика проведения магниальной терапии

- "0" ok="False" >четыре внутримышечных инъекции по 24 мл 25% сульфата магния через 12 часов
- "1" ok="False" >две внутримышечных инъекции по 20 мл 25% сульфата магния через 6 часов
- "2" ok="False" >четыре внутримышечных инъекции по 24 мл 25% сульфата магния, три из них через 4 часа и четвертая через 6 часов
- "3" ok="True" >внутривенное введение 25% раствора сульфата магния методом микроперфузии со скоростью 1г/час в течение 18 часов, перерыв между инфузиями 6-12 часов.
- "4" ok="False" >три внутримышечные инъекции по 10 мл 25% сульфата магния через 3 часа

<QUESTION "18">

В комплексной терапии беременных с тяжелыми формами позднего гестоза дроперидол применяется в дозе

- "0" ok="True" >2 мл 0.25% раствора 2-3 раза в сутки в/в или в/м
- "1" ok="False" >5 мл 2.5% раствора 3-4 раза в сутки в/в
- "2" ok="False" >10 мл 0.25% раствора 2 раза в сутки в/м
- "3" ok="False" >5 мл 5% раствора 3 раза в сутки в/м
- "4" ok="False" >1 мл 2.5% раствора каждые 2 часа в/м

<QUESTION "19">

При проведении магниальной терапии для однократного введения доза сухого вещества сульфата магния составляет

- "0" ok="True" > 5-7,5
- "1" ok="False" >12 г
- "2" ok="False" >24 г
- "3" ok="False" >48 г
- "4" ok="False" >72 г

<QUESTION "20">

Выбор дозы сульфата магния для внутривенного введения при лечении позднего токсикоза зависит

- "0" ok="True" >от массы тела женщины и величины АД

- "1" ok="False" >от срока беременности
- "2" ok="False" >от массы плода
- "3" ok="False" >от состояния плода
- "4" ok="False" >от степени зрелости плаценты

<QUESTION "21">

В настоящее время внутривенное введение сульфата магния при лечении позднего токсикоза

- "0" ok="False" >не используется
- "1" ok="False" >применяется в дозе 24 мл 20% раствора, струйно
- "2" ok="True" >применяется внутривенно методом микроперфузии в 400 мл физ.р-ра
- "3" ok="False" >проводится в одинаковой дозе без учета массы тела
- "4" ok="False" >проводится в дозе, не зависящей от величины АД

<QUESTION "22">

Эуфиллин при лечении беременных с поздним гестозом применяется в дозе

- "0" ok="False" >по 1 мл 24% раствора внутримышечно 1-2 раза в день
- "1" ok="False" >по 10 мл 24% раствора внутривенно 1-2 раза в день
- "2" ok="False" >по 1 мл 2.4% раствора внутримышечно 3-4 раза в день
- "3" ok="True" >по 10 мл 2.4% раствора внутривенно 1-2 раза в день
- "4" ok="False" p1="True">по 0.15 г 3-4 раза в день, внутрь

<QUESTION "23">

Препарат актовегин в лечении беременных с поздним гестозом используется

- "0" ok="False" >для борьбы с генерализованным сосудистым спазмом
- "1" ok="True" >для профилактики и лечения гипоксии плода
- "2" ok="False" >для регуляции сократительной деятельности матки
- "3" ok="False" >для снижения АД
- "4" ok="False" >для улучшения кровотока в почках

<QUESTION "24">

Прерывание беременности при гестозе тяжелой степени показано при отсутствии эффекта от проводимой терапии в течение

- "0" ok="False" >12 часов
- "1" ok="True" >24 часов
- "2" ok="False" >72 часа
- "3" ok="False" >1 недели
- "4" ok="False" >3 недель

<QUESTION "25">

В триаду Цангемейстера входят

- "0" ok="False" >гипертензия, гипо- и диспротеинемия, гиповолемия
- "1" ok="False" >спазм сосудов, повышение проницаемости сосудистых стенок, нарушение кровообращения в органах
- "2" ok="False" >отеки, снижение диуреза, альбуминурия
- "3" ok="True" >отеки, протеинурия, гипертензия
- "4" ok="False" >отеки, гипопропротеинемия, диспротеинемия

<QUESTION "26">

При наличии классической триады Цангемейстера диагноз преэклампсии может быть поставлен при выявлении

- "0" ok="False" >неравномерности калибра сосудов сетчатки глаза
- "1" ok="False" >АД, превышающего 190/110 мм рт.ст.
- "2" ok="True" >жалоб на головные боли, нарушение зрения, боли в эпигастральной области
- "3" ok="False" >белка в моче свыше 3.3 г/л
- "4" ok="False" >отека сетчатки глаза

<QUESTION "27">

К изменениям характерным для преэклампсии относят

- "0" ok="False" >неравномерность калибра сосудов сетчатки глаза
- "1" ok="False" >отека сетчатки глаза
- "2" ok="True" >неврологические нарушения
- "3" ok="False" >отслойку сетчатки глаза
- "4" ok="False" >нормальную картину глазного дна

<QUESTION "28">

Ацетонурия характерна

- "0" ok="False" >для преэклампсии
- "1" ok="False" >для отеков беременных
- "2" ok="True" >для умеренной рвоты беременных
- "3" ok="False" >для нефропатии беременных
- "4" ok="False" >для дерматозов беременных

<QUESTION "29">

Для диагностики синдрома задержки внутриутробного развития плода у беременных с поздним гестозом применяются

- "0" ok="False" >амниоскопия, ЭКГ плода, определение предполагаемого веса плода
- "1" ok="False" >ФКГ, ЭКГ плода, определение рН околоплодных вод
- "2" ok="True" >фетометрия при ультразвуковом исследовании
- "3" ok="False" >определение КОС плода, ультразвуковая диагностика
- "4" ok="False" >определение содержания в околоплодных водах калия, мочевины, хлоридов, активности А-гиалуронидазы

<QUESTION "30">

Для диагностики гипоксии плода у рожениц с поздним гестозом применяются

- "0" ok="False" >радиоизотопное определение плацентарного лактогена в сыворотке крови, оценка ЧСС



"1" ok="False" >оценка реакции ЧСС на движение плода, задержку дыхания  
"2" ok="True" >доплерометрия, КТГ, амниоскопия, функциональные пробы  
"3" ok="False" >биохимические методы определения эстриола, прегнандиола в моче матери, плацентарного лактогена, активности плацентарных ферментов в крови матери  
"4" ok="False" >биохимическое исследование околоплодных вод, оценка ЧСС

<QUESTION "31">

Объем инфузионной терапии у беременных с тяжелыми формами позднего гестоза при достаточном диурезе не должен превышать

"0" ok="False" >2000 мл в сутки  
"1" ok="False" >3000 мл в сутки  
"2" ok="False" >500 мл в сутки  
"3" ok="True" >1000 мл в сутки  
"4" ok="False" >2500 мл в сутки

<QUESTION "32">

У беременных с преэклампсией при отсутствии эффекта от проводимой терапии прерывание беременности показано

"0" ok="True" >проведения неотложных мероприятий с немедленной госпитализацией и родоразрешением  
"1" ok="False" >через 72-96 часа  
"2" ok="False" >через 5 дней  
"3" ok="False" >через одну неделю  
"4" ok="False" >через 3 недели

<QUESTION "33">

Какой период припадка эклампсии характеризуется мелкими фибриллярными подергиваниями мышц лица

"0" ok="True" >1-й  
"1" ok="False" >2-й  
"2" ok="False" >3-й  
"3" ok="False" >4-й  
"4" ok="False" >2-й и 3-й

<QUESTION "34">

Какой период припадка эклампсии характеризуется тоническими судорогами

"0" ok="False" >1-й  
"1" ok="True" >2-й  
"2" ok="False" >3-й  
"3" ok="False" >4-й  
"4" ok="False" >2-й и 3-й

<QUESTION "35">

Какой период припадка эклампсии характеризуется клоническими судорогами

"0" ok="False" >1-й  
"1" ok="False" >2-й  
"2" ok="True" >3-й  
"3" ok="False" >4-й

"4" ok="False" >2-й и 3-й

<QUESTION "36">

В стационар поступила беременная с жалобами

- на тошноту,
- рвоту до 15 раз в сутки,
- потерю 8 кг веса,
- слабость.

Пульс 100 уд. в 1 минуту, ритмичный. АД - 95/60 мм рт.ст., температура 37,2. Срок беременности 8 недель.

ДИАГНОЗ

- "0" ok="False" >острый гастрит
- "1" ok="False" >острый холецистит
- "2" ok="False" >рвота беременных легкой степени
- "3" ok="False" >рвота беременных средней степени
- "4" ok="True" >рвота беременных тяжелой степени

<QUESTION "37">

Первобеременная 23 лет доставлена в родильный дом на 36 неделе беременности с жалобами

- на головную боль, тошноту, двухкратную рвоту, неясное зрение.
- Эти явления появились три часа назад. Пульс 90 ударов в 1 минуту, напряженный. АД - 170/100 мм рт.ст., отеки ног, белок в моче 3,3 г/л.

ДИАГНОЗ

- "0" ok="False" >эклампсия
- "1" ok="True" >преэклампсия
- "2" ok="False" >нефропатия 3-й степени тяжести
- "3" ok="False" >нефропатия 2-й степени тяжести
- "4" ok="False" >рвота беременных

<QUESTION "38">

В женскую консультацию обратилась больная 20 лет с жалобами

- на общую слабость, потерю аппетита, тошноту,
- рвоту до 8 раз в сутки, потерю веса до 3-х кг.

ДИАГНОЗ: Беременность 8 недель. Рвота беременных. Для уточнения степени тяжести токсикоза план обследования должен включать

- "0" ok="False" >взвешивание в динамике, исследование мочи
- "1" ok="False" >определение билирубина, протромбина, фибриногена, общего белка, сахара крови натощак, контроль веса, АД
- "2" ok="False" >определение суточного диуреза, общего белка, липопротеиновых фракций
- "3" ok="False" >исследование кислотообразующей функции желудка, исследование дуоденального содержимого, контроль веса, суточного диуреза, АД
- "4" ok="True" >исследование мочи на ацетон, определение гемоглобина, гематокрита, электролитов крови, КЩС, контроль веса, суточного диуреза, АД

<QUESTION "39">

Первобеременная 25 лет поступила в акушерский стационар по направлению женской консультации. Жалоб не предъявляет. Срок беременности 38 недель. За последние 3 недели прибавка массы составила 2.5 кг. отеки ног, белок 0.099 г/л, АД - 110/70 мм рт.ст.

ДИАГНОЗ

- "0" ok="False" >отеки беременных
- "1" ok="False" >преэклампсия
- "2" ok="True" >гестоз легкой степени
- "3" ok="False" >гестоз средней степени тяжести
- "4" ok="False" >гестоз тяжелой степени

<QUESTION "40">

Первородящая 24 лет поступила в стационар с жалобами  
- на головную боль,  
- неясное зрение. Беременность доношенная.  
При поступлении АД - 180/100 мм рт.ст., отеки ног. При попытке  
производства внутреннего исследования начались судороги, сопровождающиеся  
потерей сознания.

Укажите ДИАГНОЗ и правильную ТАКТИКУ

- "0" ok="False" >Эпилепсия. Ждать окончания приступа
- "1" ok="True" >Эклампсия. Применить эндотрахеальный наркоз с  
ингаляцией кислорода, подготовка к оперативному родоразрешению
- "2" ok="False" >Преэклампсия. Внутривенно ввести 2.0  
дроперидола, 2.0 седуксена, 1.0 димедрола
- "3" ok="False" >Эклампсия. Начать инфузионную терапию, в/в  
ввести седуксен, дроперидол, магния сульфат

<QUESTION "41">

Первобеременная 29 лет поступила в отделение патологии  
беременности при беременности 37 недель с жалобами  
- на головную боль, мелькание "мушек" перед глазами,  
- боли в эпигастральной области.

Укажите ДИАГНОЗ и правильную ТАКТИКУ ведения беременной

- "0" ok="False" >Преэклампсия. Показано срочное  
родоразрешение операцией кесарева сечения
- "1" ok="False" >Эклампсия. Больной показан кислородно-  
фторотановый наркоз и интенсивная терапия токсикоза
- "2" ok="False" >Поздний токсикоз беременных. Начать  
магнезиальную и инфузионную терапию. Проводить лечение до доношенного  
срока беременности.
- "3" ok="True" >Преэклампсия. Начать интенсивную терапию на  
фоне нейролептанальгезии. При отсутствии эффекта от проводимой терапии в  
течение 12 часов показано родоразрешение беременной

</GROUP>

<GROUP "24" excount="0,0,0,0,0,0">

<NAME>Тема 12</NAME>

<QUESTION "0">

К наиболее частым причинам кровотечения в первом триместре  
беременности относится

- "0" ok="False" >варикозное расширение вен влагалища
- "1" ok="False" >предлежание плаценты
- "2" ok="True" >начавшийся самопроизвольный выкидыш
- "3" ok="False" >разрыв матки
- "4" ok="True" >прервавшаяся внематочная беременность

<QUESTION "1">

К наиболее частым причинам кровотечения во второй половине  
беременности относятся

"0" ok="False" >начавшийся выкидыш  
"1" ok="False" >разрыв матки  
"2" ok="True" >предлежание плаценты  
"3" ok="False" >пузырный занос  
"4" ok="True" >преждевременная отслойка нормально  
расположенной плаценты

<QUESTION "2">

К основным причинам возникновения аномалий расположения  
плаценты относятся

"0" ok="False" >поздний токсикоз беременных, заболевания  
почек, гипертоническая болезнь  
"1" ok="True" >патологические изменения в слизистой оболочке  
матки  
"2" ok="False" >неправильные положения и тазовое предлежание  
плода  
"3" ok="False" >повышенная ферментативная активность  
трофобласта  
"4" ok="True" >аномалии развития матки, миомы матки

<QUESTION "3">

Нормальным считается расположение плаценты

"0" ok="True" >выше области внутреннего зева на 5 см и более  
"1" ok="False" >ниже области внутреннего зева на 5 см  
"2" ok="False" >выше области внутреннего зева на 3 см  
"3" ok="False" >нижний край плаценты доходит до внутреннего  
зева  
"4" ok="False" >если нижний край плаценты переходит с одной  
стенки на другую

<QUESTION "4">

Низким называется расположение плаценты, при котором

"0" ok="True" >расстояние между ее нижним краем и внутренним  
зевом менее 5 см  
"1" ok="False" >край ее доходит до внутреннего зева  
"2" ok="False" >нижний край ее находится ниже предлежащей  
части плода  
"3" ok="False" >происходит ее отслойка во втором периоде  
родов  
"4" ok="False" >расстояние от края плаценты до места разрыва  
плодного пузыря 10 см

<QUESTION "5">

Основной при предлежании плаценты является жалоба

"0" ok="False" >на сильные распирающие боли в животе  
"1" ok="False" >на схваткообразные боли в низу живота  
"2" ok="True" >на наружное кровотечение  
"3" ok="False" >на боли в эпигастральной области  
"4" ok="False" >на слабые шевеления плода

<QUESTION "6">

К основным клиническим признакам низкого расположения плаценты  
относится

"0" ok="False" >боль в низу живота

"1" ok="False" >кровотечение во втором или третьем триместрах беременности  
"2" ok="True" >наружное кровотечение в родах  
"3" ok="False" >гипотрофия плода  
"4" ok="False" >неправильное положение плода

<QUESTION "7">

Кровотечение при полном предлежании плаценты  
"0" ok="False" >является проявлением комбинированного наружно-внутреннего кровотечения  
"1" ok="True" >обычно возникает после 20 недель беременности  
"2" ok="True" >возникает раньше, чем при неполном предлежании плаценты  
"3" ok="False" >обычно появляется с началом родов  
"4" ok="False" >сопровождается сильными болями в низу живота

<QUESTION "8">

При наружном акушерском исследовании у беременной с предлежанием плаценты при отсутствии наружного кровотечения обычно выявляется  
"0" ok="False" >матка в гипертонусе  
"1" ok="False" >болезненность при пальпации нижнего сегмента матки  
"2" ok="False" >ассиметрия матки с локальной болезненностью  
"3" ok="True" >неправильное положение плода, высокое расположение предлежащей части плода  
"4" ok="False" >измененный контур матки

<QUESTION "9">

Предлежание плаценты нередко сочетается  
"0" ok="False" >с многоводием  
"1" ok="False" >с аномалиями развития плода  
"2" ok="True" >с патологическим прикреплением плаценты  
"3" ok="False" >с перерастяжением нижнего сегмента матки  
"4" ok="True" >с синдромом задержки внутриутробного развития плода

<QUESTION "10">

При предлежании плаценты беременность часто осложняется  
"0" ok="False" >ранним токсикозом  
"1" ok="False" >поздним токсикозом  
"2" ok="False" >маткой Кувелера  
"3" ok="True" > гипоксией плода  
"4" ok="False" >пороками развития плода

<QUESTION "11">

Главным условием для выполнения влагалищного исследования у беременных и рожениц с подозрением на предлежание плаценты является  
"0" ok="False" >предварительный осмотр шейки матки в зеркалах  
"1" ok="False" >соблюдение правил асептики  
"2" ok="False" >адекватное обезболивание  
"3" ok="False" >мониторный контроль за состоянием плода

"4" ok="True" >проведение его в условиях развернутой операционной

<QUESTION "12">

Полное предлежание плаценты является

"0" ok="False" >показанием для операции кесарева сечения только при сочетании с другими относительными показаниями

"1" ok="False" >показанием для операции кесарева сечения только при неподготовленных родовых путях

"2" ok="False" >показанием для операции кесарева сечения только при наличии кровотечения

"3" ok="False" >показанием для операции кесарева сечения только при живом плоде

"4" ok="True" >абсолютным показанием для операции кесарева сечения

<QUESTION "13">

При обнаружении матки Кувелера следует

Цицишвили  
"0" ok="False" >произвести перевязку сосудов матки по методу

"1" ok="True" >произвести надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки

"2" ok="False" >ввести сокращающие матку средства

"3" ok="False" >произвести выскабливание стенок полости матки кюреткой

"4" ok="False" >при массивном кровотечении произвести удаление матки, при отсутствии кровотечения применить утеротонические и гемостатические средства

<QUESTION "14">

Кесарево сечение при полном предлежании плаценты производится

"0" ok="False" >только при живом плоде

"1" ok="False" >только в нижнем сегменте матки

"2" ok="False" >только по жизненным показаниям

"3" ok="False" >только при кровотечении менее 250 мл

"4" ok="True" p1="True">в сроке 38-39 недель

<QUESTION "15">

Преждевременной называют отслойку нормально расположенной плаценты

"0" ok="True" >в первом периоде родов

"1" ok="True" >во время беременности

"2" ok="True" >во втором периоде родов

"3" ok="True" >в подготовительном периоде

"4" ok="False" >в третьем периоде родов

<QUESTION "16">

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

плода  
"0" ok="False" >может развиться при поперечном положении

"1" ok="True" >возникает чаще всего в результате изменения сосудов при позднем гестозе беременных, гипертонической болезни и заболеваниях почек

"2" ok="False" >приводит к гипотрофии плода

"3" ok="False" >может возникнуть во II периоде родов при выполнении амниотомии  
"4" ok="True" >встречается при многоводии

<QUESTION "17">

Причиной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты может быть

- "0" ok="True" >короткая пуповина
- "1" ok="True" >запоздалое вскрытие плодного пузыря
- "2" ok="False" >преждевременное излитие вод
- "3" ok="True" >быстрое излитие вод при многоводии
- "4" ok="False" >патологический подготовительный период

<QUESTION "18">

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты может проявляться

- "0" ok="True" >локальными болями распирающего характера в животе
- "1" ok="False" >внутрибрюшным кровотечением
- "2" ok="True" >гипертонусом матки
- "3" ok="True" >гипоксией или внутриутробной гибелью плода
- "4" ok="False" >схваткообразными болями в низу живота

<QUESTION "19">

При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты беременные предъявляют жалобы

- "0" ok="False" >на слизисто-сукровичные выделения из влагалища
- "1" ok="False" >на схваткообразные боли в низу живота
- "2" ok="True" >на локальные боли в верхних отделах живота
- "3" ok="True" >на отсутствие шевеления плода
- "4" ok="True" >на слабость, головокружение

<QUESTION "20">

Одним из характерных симптомов, определяемых при влагалищном исследовании рожениц с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, является

- "0" ok="False" >шероховатость оболочек
  - "1" ok="False" >высокое стояние предлежащей части
  - "2" ok="False" >выраженная родовая опухоль на головке плода
  - "3" ok="False" >отек краев маточного зева
  - "4" ok="True" >напряженный плодный пузырь
- шероховатость оболочек

<QUESTION "21">

При наружном акушерском исследовании у больных с центральной преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты можно обнаружить

- "0" ok="True" >изменение контуров матки
- "1" ok="False" >матку овоидной формы, обычной консистенции
- "2" ok="True" >гипертонус матки
- "3" ok="True" >локальную болезненность матки
- "4" ok="False" >гипотонус матки

<QUESTION "22">

Прогрессирующая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты во время беременности является показанием

- "0" ok="True" >для кесарева сечения
- "1" ok="False" >для родовозбуждения
- "2" ok="False" >для родоразрешения через естественные родовые пути
- "3" ok="False" >для надвлагалищной ампутации матки
- "4" ok="False" >для перевязки сосудов матки по методу Цицишвили

<QUESTION "23">

К основным причинам ДВС-синдрома при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты относится

- "0" ok="False" >дефицит VIII фактора свертывающей системы крови
- "1" ok="True" >попадание в кровь тромбопластических веществ
- "2" ok="True" >нарушение гемостаза при позднем гестозе беременных
- "3" ok="False" >выделение в кровь фибринолитических веществ
- "4" ok="True" >утилизация фибрина в ретроплацентарной гематоме и поступление в общий кровоток крови со сниженным содержанием фибриногена

<QUESTION "24">

Тактика ведения беременных с прогрессирующей преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и антенатальной гибелью плода состоит

- "0" ok="False" >в проведении родовозбуждения
- "1" ok="False" >в ведении родов через естественные родовые пути
- "2" ok="False" >в назначении гемостатической терапии, при значительном наружном кровотечении - кесарево сечение
- "3" ok="True" >в экстренной операции кесарева сечения
- "4" ok="False" >в плодоразрушающей операции

<QUESTION "25">

У роженицы диагностировано:

- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- раскрытие маточного зева полное; - головка плода в полости малого таза; плодный пузырь отсутствует;
- сердцебиение плода - 110 ударов в минуту.

Следует предпринять

- "0" ok="False" >экстренную операцию кесарева сечения
- "1" ok="False" >экстренную плодоразрушающую операцию
- "2" ok="False" >экстренную операцию извлечения плода за тазовый конец
- "3" ok="True" >экстренную операцию наложения акушерских щипцов
- "4" ok="False" p1="True">укорочение II периода перинеотомией

<QUESTION "26">

В акушерский стационар поступила роженица

- с неполным предлежанием плаценты;



- раскрытие маточного зева 4 см;
- кровопотеря при продолжающемся кровотечении достигла 250 мл;
- плод живой;
- воды излились два часа назад.

Показано

- "0" ok="False" >начать гемостатическую терапию, при ее неэффективности - кесарево сечение
- "1" ok="True" > родоразрешение операцией кесарева сечения
- "2" ok="False" >закончить роды операцией вакуум-экстракции плода
- "3" ok="False" >применить операцию наложения акушерских щипцов
- "4" ok="False" >начать родостимулирующую терапию

<QUESTION "27">

В акушерский стационар поступила роженица с диагнозом:

- роды I срочные;
- второй период родов;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- интранатальная гибель плода.

Следует предпринять

- "0" ok="False" >родоразрешение операцией кесарева сечения
- "1" ok="False" >родоразрешение операцией наложения акушерских щипцов
- "2" ok="False" >назначение родостимулирующей терапии
- "3" ok="False" >родоразрешение операцией вакуум-экстракции плода
- "4" ok="True" >плодоразрушающую операцию

<QUESTION "28">

В акушерский стационар поступила беременная с диагнозом:

- беременность 33 недели;
- преэклампсия;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- антенатальная гибель плода.

Следует предпринять

- "0" ok="False" >родовозбуждение
- "1" ok="False" >плодоразрушающую операцию
- "2" ok="False" >кесарево сечение с последующей надвлагалищной ампутацией матки
- "3" ok="True" >экстренное кесарево сечение
- "4" ok="False" >вакуум-экстракцию плода

<QUESTION "29">

Во время операции кесарева сечения по поводу полного предлежания плаценты обнаружено приращение плаценты. Следует предпринять

- "0" ok="False" >ручное отделение плаценты
- "1" ok="False" >внутривенно ввести сокращающие матку средства
- "2" ok="False" >подождать отделения плаценты в течение 30 минут
- "3" ok="False" >выскабливание полости матки
- "4" ok="True" >расширить объем операции до гистерэктомии

<QUESTION "30">

В родильное отделение поступила беременная с жалобами на обильное кровотечение.

Установлен диагноз:

- беременность 34 недели;
- полное предлежание плаценты;
- антенатальная гибель плода.

Следует предпринять

"0" ok="False" >начать подготовку мягких родовых путей для последующего родовозбуждения

"1" ok="False" >начать родовозбуждение

"2" ok="False" >плодоразрушающую операцию

"3" ok="False" >провести гемостатическую терапию

"4" ok="True" >экстренное кесарево сечение

<QUESTION "31">

В родильное отделение поступила роженица, у которой

- диагностировано краевое предлежание плаценты;
- раскрытие маточного зева 4 см; - плодный пузырь цел;
- головка плода прижата ко входу в малый таз;
- выделения кровянистые, скудные.

Следует предпринять

"0" ok="True" >раннюю амниотомию

"1" ok="False" >поворот плода на ножку

"2" ok="False" >экстренное кесарево сечение

"3" ok="True" >мониторное наблюдение за состоянием плода

"4" ok="False" >вакуум-экстракцию плода

<QUESTION "32">

Плотным прикреплением плаценты (Placenta Adhaerens) называют

миометрий "0" ok="False" >неглубокое врастание ворсин хориона в

децидуальной тканью "1" ok="False" >непрочное сращение ворсин хориона с

миометрий "2" ok="False" >глубокое врастание ворсин хориона в

оболочки "3" ok="False" >прорастание ворсин хориона до серозной

эндометрия "4" ok="True" >прорастание ворсин хориона в базальный слой

<QUESTION "33">

Плотное прикрепление плаценты (Placenta Adhaerens)

беременности и позднем токсикозе беременных "0" ok="False" >чаще встречается при переносенной

морфологических изменений эндометрия "1" ok="True" >возникает как следствие структурно-

хориона в миометрий "2" ok="False" >характеризуется частичным врастанием ворсин

хориона с отпадающей оболочкой "3" ok="True" >характеризуется плотным соединением ворсин

ампутации или экстирпации матки "4" ok="False" >является показанием для надвлагалищной

<QUESTION "34">

Приращение плаценты

- беременных
- "0" ok="False" >часто встречается при позднем токсикозе
  - "1" ok="True" >бывает полным или частичным
  - "2" ok="False" >является показанием для ручного отделения плаценты и выделения последа
  - "3" ok="True" >возникает при структурно-морфологических изменениях эндометрия
  - "4" ok="True" >является показанием для надвлагалищной ампутации или экстирпации матки

<QUESTION "35">

К приращению плаценты относят

- "0" ok="False" >плотное соединение ворсин хориона с отпадающей оболочкой
- "1" ok="True" >врастание ворсин хориона в миометрий
- "2" ok="True" >прорастание ворсин хориона до серозной оболочки
- "3" ok="False" >развитие ворсин хориона в спонгиозном слое децидуальной оболочки
- "4" ok="True" >прорастание ворсин хориона базального слоя отпадающей оболочки до миометрия

<QUESTION "36">

При наличии полного приращения плаценты

- "0" ok="True" >самостоятельное ее отделение невозможно
- "1" ok="True" >имеется врастание ворсин хориона в миометрий
- "2" ok="True" >кровотечение обычно отсутствует
- "3" ok="False" >всегда бывает кровотечение в третьем периоде родов
- "4" ok="True" >необходима ампутация или экстирпация матки

<QUESTION "37">

К основным причинам плотного прикрепления и приращения плаценты относят

- "0" ok="True" >структурно-морфологические изменения эндометрия
- "1" ok="False" >поздний токсикоз беременных
- "2" ok="False" >переносимую беременность
- "3" ok="True" >повышенную протеолитическую активность хориона
- "4" ok="False" >гипертоническую болезнь, заболевания почек

<QUESTION "38">

Дифференциальная диагностика плотного прикрепления и приращения плаценты

- "0" ok="False" >не имеет практического значения
- "1" ok="False" >основана на различиях в объеме кровопотери
- "2" ok="False" >проводится приемом Креде-Лазаревича
- "3" ok="True" >проводится во время операции ручного отделения плаценты
- "4" ok="False" >основана на определении признаков отделения плаценты

<QUESTION "39">

Показанием для надвлагалищной ампутации матки является

- "0" ok="False" >плотное прикрепление плаценты
- "1" ok="True" >продолжающееся послеродовое кровотечение при кровопотере, достигшей 1.5 литра
- "2" ok="True" >частичное приращение плаценты
- "3" ok="False" >предлежание плаценты
- "4" ok="True" >атоническое кровотечение

<QUESTION "40">

Послеродовый гемостаз

- "0" ok="True" >обеспечивается сокращением сосудов плацентарной площадки
- "1" ok="True" >достигается тромбообразованием в сосудах плацентарной площадки
- "2" ok="True" >связан с сократительной активностью матки
- "3" ok="True" >зависит от продолжительности родов
- "4" ok="True" >нарушается при позднем токсикозе

<QUESTION "41">

Маточные артерии

- "0" ok="False" >отходят от почечной артерии
- "1" ok="False" >подходят к матке в составе круглой маточной связки
- "2" ok="True" >отходят от внутренней подвздошной артерии
- "3" ok="False" >отходят от аорты
- "4" ok="True" >проходят по боковым поверхностям тела матки

<QUESTION "42">

К основным причинам нарушений в свертывающей системе крови во время беременности и родов относится

- "0" ok="True" >кровотечение при предлежании плаценты
- "1" ok="True" >поздний токсикоз беременных
- "2" ok="True" >преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- "3" ok="True" >разрыв матки
- "4" ok="True" >длительное нахождение в матке мертвого плода

<QUESTION "43">

Шоковый индекс

- "0" ok="True" >является информативным показателем гиповолемии
- "1" ok="True" >представляет отношение частоты пульса к величине систолического артериального давления
- "2" ok="False" >представляет отношение частоты пульса к величине среднего артериального давления
- "3" ok="True" >при снижении ОЦК на 20-30% он увеличивается до 1.0
- "4" ok="False" >в норме равен 1.0

<QUESTION "44">

Профилактика гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде проводится введением

"0" ok="False" >1.0 мл метилэргометрина внутримышечно во время последней потуги  
"1" ok="False" >1.0 мл маммофизина внутривенно в конце второго периода родов  
"2" ok="True" >1.0 мл окситоцина внутривенно во время прорезывания предлежащей части плода  
"3" ok="False" >1.0 мл окситоцина внутримышечно во время последней потуги  
"4" ok="False" >1.0 мл маммофизина внутримышечно в конце второго периода родов

<QUESTION "45">

К основным причинам кровотечения в третьем периоде родов относятся

"0" ok="True" >патологическое прикрепление плаценты  
"1" ok="True" >травмы мягких родовых путей  
"2" ok="False" >преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты  
"3" ok="False" >патологическая локализация плаценты  
"4" ok="True" >снижение сократительной активности матки

<QUESTION "46">

Причиной кровотечения в раннем послеродовом периоде может быть

"0" ok="False" >предлежание плаценты  
"1" ok="True" >гипотония или атония матки  
"2" ok="False" >преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты  
"3" ok="True" >травмы мягких родовых путей  
"4" ok="True" >врожденные или приобретенные коагулопатии

<QUESTION "47">

Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде следует дифференцировать

"0" ok="True" >с разрывом матки  
"1" ok="True" >с кровотечением из разрывов мягких родовых путей  
"2" ok="True" >с кровотечением, связанным с задержкой доли плаценты  
"3" ok="False" >с кровотечением, обусловленным аномалией расположения плаценты  
"4" ok="True" >с коагулопатиями

<QUESTION "48">

При кровотечении в раннем послеродовом периоде необходимо

"0" ok="True" >опорожнить мочевой пузырь  
"1" ok="True" >начать восполнение объема потерянной крови  
"2" ok="True" >произвести ручное обследование полости матки  
"3" ok="True" >ввести средства тономоторного действия  
"4" ok="True" >при выявлении атонии незамедлительно приступить к чревосечению

<QUESTION "49">

Лечение гипотонических кровотечений

"0" ok="True" >закljučается в восстановлении функциональной способности миометрия  
"1" ok="False" >начинается с наружно-внутреннего массажа матки  
"2" ok="True" >включает инфузионно-трансфузионную терапию  
"3" ok="False" >может включать повторный массаж матки на кулаке  
"4" ok="True" >может включать удаление матки при кровопотере больше 1.5 литра

<QUESTION "50">  
Борьба с гипотоническим кровотечением начинается  
"0" ok="False" >с ручного обследования полости матки и массажа матки на кулаке  
"1" ok="True" >с применения утеротонических средств  
"2" ok="True" >с наружного массажа матки  
"3" ok="False" >наложения шва по Лосицкой  
"4" ok="False" >с гемотрансфузии

<QUESTION "51">  
При кровопотере 500 мл  
"0" ok="True" >гемотрансфузия обычно не проводится  
"1" ok="False" >показана гемотрансфузия в объеме 300 мл  
"2" ok="False" >показана гемотрансфузия в объеме 500 мл  
"3" ok="False" >показано переливание свежей замороженной плазмы  
"4" ok="True" >переливаются кровезамещающие растворы

<QUESTION "52">  
Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови  
"0" ok="True" >встречается при эмболии околоплодными водами  
"1" ok="True" >встречается при тяжелых формах позднего токсикоза  
"2" ok="True" >в первой стадии проявляется гиперкоагуляцией, связанной с появлением большого количества тромбопластина  
"3" ok="False" >в первой стадии проявляется коагулопатией потребления, связанной с уменьшением содержания прокоагулянтов  
"4" ok="False" >в первой стадии проявляется гипокоагуляцией с генерализованной активацией фибринолиза  
"5" ok="True" >требует удаления матки при кровопотере 1.5 литра

<QUESTION "53">  
В течении синдрома ДВС выделяют  
"0" ok="True" >стадию гиперкоагуляции  
"1" ok="True" >стадию гипокоагуляции без генерализованной активации фибринолиза  
"2" ok="True" >стадию гипокоагуляции с генерализованной активацией фибринолиза  
"3" ok="True" >стадию полного несвертывания крови  
"4" ok="True" >острую и хроническую формы

<QUESTION "54">  
При лечении синдрома ДВС применение гепарина противопоказано

- "0" ok="False" >в I стадии
- "1" ok="False" >во II стадии
- "2" ok="False" >в III стадии
- "3" ok="True" >в IV стадии
- "4" ok="False" >во всех стадиях

<QUESTION "55">

На начальном этапе терапии геморрагического шока необходимо применять

- "0" ok="False" >сердечные гликозиды
- "1" ok="False" >адреналин
- "2" ok="False" >начительные дозы глюкокортикоидов
- "3" ok="False" >4-5% раствор бикарбоната натрия
- "4" ok="True" >растворы гидроксипропилированного крахмала

<QUESTION "56">

Длительное нахождение в матке мертвого плода

- "0" ok="True" >может быть причиной коагулопатического кровотечения
- "1" ok="False" >вызывает аномалии прикрепления плаценты
- "2" ok="True" >обуславливает поступление в кровоток матери тканевых тромбопластических субстанций
- "3" ok="False" >вызывает интоксикацию матери
- "4" ok="False" >может быть причиной гипотонического кровотечения

<QUESTION "57">

Наружно-внутренний массаж матки (массаж матки на кулаке)

- "0" ok="True" >применяется при гипотоническом кровотечении
- "1" ok="False" >применяется при разрыве матки
- "2" ok="True" >относится к рефлекторным методам восстановления сократительной способности матки
- "3" ok="False" >применяется при аномалиях прикрепления плаценты
- "4" ok="False" >способствует отделению плаценты

<QUESTION "58">

Управляемая баллонная тампонада

- "0" ok="False" >применяется при разрывах шейки матки
- "1" ok="True" >применяется при гипотоническом кровотечении
- "2" ok="True" >применяется при продолжающемся кровотечении после ручного обследования полости матки перед лапаротомией
- "3" ok="True" >применяется внутриматочно
- "4" ok="False" >накладывается на переднюю губу шейки матки

<QUESTION "59">

Прием Креде-Лазаревича

- "0" ok="True" >выполняется после опорожнения мочевого пузыря
- "1" ok="False" >применяется при плотном прикреплении плаценты
- "2" ok="False" >применяется через 30 минут после рождения ребенка
- "3" ok="True" >применяется для выделения последа при наличии признаков отделения плаценты

"4" ok="False" >позволяет определить момент отделения плаценты от стенки матки

<QUESTION "60">

Прием Абуладзе

"0" ok="False" >применяется при плотном прикреплении плаценты

"1" ok="False" >выполняется после наружного массажа матки

"2" ok="False" >применяется при гипотоническом кровотечении

"3" ok="True" >применяется для выделения последа при наличии признаков отделения плаценты

"4" ok="False" >позволяет определить момент отделения плаценты

<QUESTION "61">

Объем переливаемой жидкости должен превышать объем кровопотери

"0" ok="True" >в 1.5 раза при кровопотере 1 л

"1" ok="False" >в 3 раза при кровопотере 1 л

"2" ok="True" >в 2 раза при кровопотере 1.5 л

"3" ok="False" >в 2 раза при кровопотере 2 л

"4" ok="True" >в 2.5 раза при кровопотере больше 1.5 л

<QUESTION "62">

Компрессинные швы по Б-Линчу

"0" ok="False" >накладывают при ручном обследовании полости матки

"1" ok="True" >используются при гипотоническом кровотечении во время кесарева сечения применяется при кровотечении из разрывов мягких родовых путей

"2" ok="False" >применяется при кровотечении из разрывов мягких родовых путей

"3" ok="False" >заменяет наружно-внутренний массаж матки

"4" ok="True" >являются первым этапом в хирургическом лечении гипотонического кровотечения в послеродовом периоде при кровопотере более 1,5 л накладывают при ручном обследовании полости матки

<QUESTION "63">

Ручное обследование полости матки показано

"0" ok="True" >при кровотечении в раннем послеродовом периоде

"1" ok="False" >при разрыве промежности

"2" ok="True" >при разрыве шейки матки III степени

"3" ok="True" >при задержке доли плаценты

"4" ok="True" >в послеродовом периоде у рожениц с рубцом на матке

</GROUP>

<GROUP "25" excount="0,0,0,0,0,0">

<NAME>Тема 19</NAME>

<QUESTION "0">

К первому этапу послеродового септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса относятся

"0" ok="True" >эндометрит

"1" ok="True" >пуерперальная язва



- "2" ok="False" >тазовый тромбофлебит
- "3" ok="False" >параметрит
- "4" ok="False" >тромбофлебит вен нижних конечностей

<QUESTION "1">

Ко второму этапу послеродового септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартеля относятся

- "0" ok="False" >пуэрпальная язва
- "1" ok="True" >параметрит
- "2" ok="True" >тазовый тромбофлебит
- "3" ok="True" >тубоовариальный абсцесс
- "4" ok="True" >пельвиоперитонит

<QUESTION "2">

К третьему этапу послеродового септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартеля относятся

- "0" ok="False" >тазовый тромбофлебит
- "1" ok="False" >тромбофлебит вен нижних конечностей
- "2" ok="False" >пельвиоперитонит
- "3" ok="True" >разлитой перитонит
- "4" ok="True" >септический шок

<QUESTION "3">

К четвертому этапу послеродового септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартеля относятся

- "0" ok="False" >разлитой перитонит
- "1" ok="False" >септический шок
- "2" ok="True" >септицемия
- "3" ok="True" >септикопиемия
- "4" ok="False" >прогрессирующий тромбофлебит

<QUESTION "4">

К факторам, повышающим риск развития послеродовых инфекционных заболеваний, относятся

- "0" ok="True" >бактериальный вагиноз во время беременности
- "1" ok="False" >использование пероральных контрацептивов в анамнезе
- "2" ok="False" >отягощенный аллергологический анамнез
- "3" ok="True" >длительный безводный период
- "4" ok="True" >частые влагалищные исследования в родах

<QUESTION "5">

Риск гнойно-септических послеродовых осложнений повышается

- "0" ok="True" >при позднем токсикозе
- "1" ok="True" >при сахарном диабете
- "2" ok="True" >при патологической кровопотере в родах
- "3" ok="False" >при использовании наружной кардиотокографии в родах
- "4" ok="False" >при продолжительности безводного периода свыше 6 часов

<QUESTION "6">

Родильницам группы высокого риска по развитию послеродовых инфекций в первые 24 часа профилактически назначается

"0" ok="False" >однократное внутримышечное введение 400 мкг  
витамина B12  
"1" ok="True" > внутривенное введение окситоцина  
"2" ok="True" > антибактериальная терапия  
"3" ok="False" >внутримышечное введение 2 мл 10% раствора  
сульфокамфокаина  
"4" ok="False" >антистафилококковый гамма-глобулин  
внутримышечно 5 мл

<QUESTION "7">

Послеродовый эндометрит

"0" ok="False" >относится ко второму этапу послеродового  
септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса  
"1" ok="False" >всегда сопровождается лихорадкой  
"2" ok="True" >проявляется субинволюцией матки  
"3" ok="False" >является показанием к назначению  
внутримышечных инъекций 0.02% раствора метилэргометрина  
"4" ok="False" >диагностируется на основании положительных  
симптомов раздражения брюшины

<QUESTION "8">

Послеродовый тромбоз тазовых вен

"0" ok="False" >относится к третьему этапу септического  
процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса  
"1" ok="False" >выраженные изменения анализа крови  
"2" ok="True" >при влагалищном исследовании по боковым  
поверхностям матки с двух сторон пальпируются болезненные вены в виде  
«дождевых червей»

"3" ok="False" >обычно начинается с появления острой боли в  
ноге

"4" ok="True" >проявляется длительным субфебрилитетом

<QUESTION "9">

Послеродовые маститы разделяются

"0" ok="True" >на серозный мастит  
"1" ok="True" >на инфильтративный мастит  
"2" ok="True" >на гнойный мастит  
"3" ok="False" >на акушерский мастит  
"4" ok="False" >на хирургический мастит

<QUESTION "10">

Послеродовый мастит

"0" ok="True" >развивается при инфицировании сосков во время  
кормления ребенка

"1" ok="True" >рассматривается как заболевание,  
обусловленное госпитальной инфекцией

"2" ok="False" >чаще встречается у повторнородящих

"3" ok="True" >может быть диагностирован подсчетом  
количества лейкоцитов в молоке

"4" ok="False" >развивается чаще всего вследствие  
гематогенного распространения инфекции

<QUESTION "11">

Послеродовой мастит

- "0" ok="True" >обычно вызывается золотистым стафилококком
- "1" ok="False" >чаще является вторичным процессом
- "2" ok="False" >чаще всего характеризуется подострым "вялым" началом
- "3" ok="False" >в начальной стадии развития проявляется только местными симптомами
- "4" ok="False" >в большинстве случаев бывает двухсторонним

<QUESTION "12">

Профилактика послеродового мастита

- "0" ok="False" >должна начинаться в раннем послеродовом периоде
- "1" ok="True" >подготовка молочных желез к грудному вскармливанию еще во время беременности
- "2" ok="False" >включает прививки стафилококкового анатоксина в первые 24 часа после родов
- "3" ok="True" >соблюдение правил асептики и антисептики перед каждым кормлением
- "4" ok="True" >включает УФО сосков и ареол

<QUESTION "13">

Типичная клиническая картина серозного мастита характеризуется

- "0" ok="True" >острым началом
- "1" ok="False" >развитием заболевания на 6-8 неделе послеродового периода
- "2" ok="True" >симптомами интоксикации
- "3" ok="True" >одностороннее болезненное уплотнение молочной железы
- "4" ok="True" >нарушение оттока молока

<QUESTION "14">

Лактационный мастит

- "0" ok="True" >обычно развивается на 2-3 неделе послеродового периода
- "1" ok="False" >не входит в статистический отчет роддома, если заболевание началось после выписки из стационара
- "2" ok="True" >на первой стадии развития требует консервативной терапии
- "3" ok="True" >требуется временное прекращение лактации
- "4" ok="False" >обычно является следствием генерализованной послеродовой инфекции

<QUESTION "15">

Инфильтративная форма лактационного мастита

- "0" ok="False" >формируется из серозной в течение 2-3 недель
- "1" ok="False" >диагностируется при обнаружении увеличения железы в объеме
- "2" ok="False" >характеризуется только местными проявлениями
- "3" ok="False" >является показанием к хирургическому лечению
- "4" ok="True" >часто развивается в результате неадекватной терапии серозного мастита

<QUESTION "16">

Показанием для подавления лактации является

- "0" ok="True" >гангренозная форма мастита
- "1" ok="True" >любая форма мастита с рецидивирующим течением
- "2" ok="False" >инфильтративная форма мастита
- "3" ok="True" >абсцедирующая форма мастита
- "4" ok="True" >стремительное прогрессирование мастита

<QUESTION "17">

Оптимальными средствами для подавления лактации при абсцедирующем мастите являются

- "0" ok="False" >верошпирон
- "1" ok="False" >бромкамфора
- "2" ok="True" >парлодел
- "3" ok="False" >синестрол
- "4" ok="True" >дастинекс

<QUESTION "18">

С целью уменьшения секреции молока при лактационном мастите можно использовать

- "0" ok="True" >апликации пузыря со льдом
- "1" ok="True" >фуросемид по 40 мг внутрь ежедневно в течении 2-3 дней
- "2" ok="True" >эндоназальный электрофорез пиридоксина
- "3" ok="True" >парлодел по 2.5 мг внутрь два раза в день в течении 3 суток
- "4" ok="False" >солевые слабительные

<QUESTION "19">

Для лечения послеродового мастита следует применять антибактериальные препараты группы

- "0" ok="True" >цефалоспорины
- "1" ok="False" >аминогликозиды
- "2" ok="False" >фторхинолоны
- "3" ok="True" >полусинтетические пенициллины
- "4" ok="False" >тетрациклины

<QUESTION "20">

Для лечения трещин сосков применяется

- "0" ok="True" >мазь "Бепантен"
- "1" ok="True" >1% спиртовой раствор бриллиантового зеленого
- "2" ok="True" >ультрафиолетовое облучение сосков и ареол по две биодозы ежедневно в течение 2-3 дней
- "3" ok="False" >временный отказ от кормления больной грудью
- "4" ok="False" >масляный раствор экстрадиола дипропионата

<QUESTION "21">

Септический шок

- "0" ok="False" >относится к четвертому этапу послеродового септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса
- "1" ok="True" >вызывается преимущественно при массовом лизисе грам-отрицательных бактерий
- "2" ok="True" >осложняется ОПН
- "3" ok="True" >приводит к острой дыхательной недостаточности

"4" ok="True" >может сопровождаться развитием ДВС-синдрома

<QUESTION "22">

Септический шок

"0" ok="True" >может развиваться у беременных и родильниц, страдающих пиелонефритом

"1" ok="True" >проявляется падением артериального давления

"2" ok="False" >сопровождается резким повышением температуры тела

"3" ok="False" >проявляется полиурией

"4" ok="True" >сопровождается нарушением свертывания крови

<QUESTION "23">

При лечении лактационных маститов рекомендуется использовать

"0" ok="False" >гентамицин

"1" ok="False" >стрептомицин

"2" ok="True" >амоксиклав

"3" ok="True" >цефазолин

"4" ok="False" >сумамед

<QUESTION "24">

Септикопиемия

"0" ok="True" >относится к четвертому этапу развития послеродовой инфекции по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса

"1" ok="True" >имеет эндокардиальную форму

"2" ok="True" >проявляется формированием вторичных септических очагов в легких, почках, мозге, органах брюшной полости

"3" ok="False" >является противопоказанием к удалению матки

"4" ok="False" >легко диагностируется при бактериологическом исследовании крови

<QUESTION "25">

Послеродовая язва

"0" ok="True" >относится к первому этапу септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса

"1" ok="True" >проявляется нагноением швов

"2" ok="True" >необходимо снятие швов

"3" ok="True" >проводится хирургическая обработка раны

"4" ok="True" >является показанием для перевода в наблюдательное отделение

<QUESTION "26">

Разлитой послеродовый перитонит

"0" ok="False" >относится к четвертому этапу септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса

"1" ok="False" >имеет типичную классическую клиническую симптоматику

"2" ok="True" >является показанием к удалению матки

"3" ok="False" >осложняется эмболией легких

"4" ok="True" >в большинстве случаев возникает после кесарева сечения

<QUESTION "27">

Открытие этиологии родильной горячки связано с именем

- "0" ok="False" >Н.М.Максимовича-Амбодика
- "1" ok="True" >И.Ф.Земмельвейса
- "2" ok="False" >Д.О.Отта
- "3" ok="False" >Н.Н.Феноменова
- "4" ok="True" >Луи Пастера

<QUESTION "28">

Сохранение относительно высокого уровня гнойно-септической заболеваемости связано

- "0" ok="True" >с созданием крупных стационаров
- "1" ok="False" >с созданием перинатальных центров
- "2" ok="True" >с расширением показаний к кесареву сечению
- "3" ok="True" >с бесконтрольным применением антибиотиков и антисептиков
- "4" ok="True" >со снижением местного и общего иммунитета во время беременности

<QUESTION "29">

Состав микробной флоры при гнойно-септических послеродовых заболеваниях

- "0" ok="False" >остаётся неизменным с начала 50-х годов нашего столетия
- "1" ok="False" >одинаков в роддомах одного региона
- "2" ok="True" >может включать ассоциации аэробных и анаэробных микробов
- "3" ok="True" >преимущественно условно-патогенная флора
- "4" ok="False" >не имеет характерных особенностей

<QUESTION "30">

Гнойно-септические послеродовые заболевания

- "0" ok="True" >склонны к генерализации
- "1" ok="True" >могут сопровождаться психозами
- "2" ok="True" >могут протекать с развитием геморрагического синдрома
- "3" ok="False" >встречаются с частотой, не превышающей 1%
- "4" ok="False" >не имеют связи с продолжительностью родов

<QUESTION "31">

Риск гнойно-септических послеродовых осложнений значительно повышается

- "0" ok="True" >при продолжительности родов более 14 часов
- "1" ok="False" >после стремительных родов
- "2" ok="True" >при патологической кровопотери в родах
- "3" ok="True" >после акушерских операций
- "4" ok="False" >после запоздалых родов

<QUESTION "32">

Название "послеродовая язва" применяется к инфицированным

- "0" ok="True" >ранам промежности
- "1" ok="True" >ранам шейки матки
- "2" ok="True" >ранам стенки влагалища
- "3" ok="False" >ранам передней брюшной стенки после чревосечения
- "4" ok="False" p1="True">трещинам соска молочной железы

<QUESTION "33">

Рациональная профилактика гнойно-септических осложнений после кесарева сечения

"0" ok="True" >может заключаться в однократном внутривенном введении 2.0 г цефазолина сразу после пережатия пуповины

"1" ok="True" >может заключаться в однократном введении антибиотика широкого спектра действия в течение первых 3 часов послеоперационного периода

"2" ok="True" >при длительном безводном промежутке и продолжительности родов более 14 часов должна всегда начинаться введением антибиотика перед началом операции

"3" ok="True" >при высоком риске развития заболеваний может заключаться в парентеральном применении 2-х антибиотиков в течении 5-ти дней послеоперационного периода

"4" ok="False" >начинается с разреза кожи и внутривенного введения 1.0 г ампиокса

<QUESTION "34">

Генерализация инфекционных послеродовых процессов

"0" ok="True" >чаще наблюдается у больных сахарным диабетом

"1" ok="True" >обусловлена физиологическими изменениями иммунологической системы организма роженицы

"2" ok="True" >чаще встречается после акушерских операций в родах

"3" ok="False" >происходит только при высоко вирулентной микробной флоре

"4" ok="False" >не зависит от характера инволюции матки

<QUESTION "35">

К диагностическим критериям сепсиса относятся

"0" ok="False" >самочувствие больной

"1" ok="True" >нейтрофильный сдвиг влево до незрелых форм более 14%

"2" ok="True" >выраженная тахикардия, учащенное дыхание

"3" ok="True" >несоответствие между температурой и пульсом

"4" ok="False" >выраженность местных проявлений

</GROUP>

<GROUP "26" excount="0,0,0,0,0,0">

<NAME>Тема 26</NAME>

<QUESTION "0">

Беременной с RH(-) принадлежностью крови необходимо

"0" ok="True" >проводить контроль за титром антител в первой половине беременности один раз в месяц

"1" ok="True" >проводить контроль за титром антител во второй половине беременности каждые две недели

"2" ok="True" >проводить мониторинговое наблюдение за состоянием плода

"3" ok="True" >проводить профилактическую десенсибилизирующую терапию

"4" ok="False" >родоразрешение операцией кесарева сечения

<QUESTION "1">

Профилактика иммунологического конфликта между матерью и плодом заключается

- "0" ok="True" >во введении резус-отрицательным женщинам анти-D-глобулина после абортoв и родов
- "1" ok="True" >в переливании крови с учетом резус фактора и группы крови
- "2" ok="True" >в профилактике первого аборта у резус-отрицательных женщин
- "3" ok="True" >в бережном родоразрешении женщин с резус-отрицательной принадлежностью крови через естественные родовые пути
- "4" ok="False" >в родоразрешении операцией кесарева сечения

<QUESTION "2">

При развитии иммунологического конфликта между матерью и плодом роды могут осложняться

- "0" ok="False" >ранним излитием околоплодных вод
- "1" ok="False" >разрывом матки
- "2" ok="False" >кровотечением в третьем периоде родов
- "3" ok="True" >интранатальной гибелью плода
- "4" ok="True" >гипоксией плода

<QUESTION "3">

В комплекс препаратов, используемых для неспецифической терапии иммунологического конфликта между матерью и плодом, входит

- "0" ok="True" >раствор глюкозы
- "1" ok="True" >эссенциале
- "2" ok="True" >раствор сигетина
- "3" ok="True" >глюконат кальция
- "4" ok="False" >сернокислая магнезия

<QUESTION "4">

Причиной желтухи у новорожденных может быть

- "0" ok="True" >гемолитическая болезнь
- "1" ok="True" >функциональная незрелость печени
- "2" ok="True" >гемолитическая анемия
- "3" ok="True" >недоношенность
- "4" ok="True" >вирусный гепатит

<QUESTION "5">

Гипоксия плода может быть диагностирована с помощью

- "0" ok="True" >аускультации
- "1" ok="True" >фоно-электрокардиографии
- "2" ok="True" >пробы Залинга
- "3" ok="False" >рентгенологического исследования
- "4" ok="True" >амниоскопии

<QUESTION "6">

Профилактика гемолитической болезни плода включает

- "0" ok="True" >неспецифическую десенсибилизирующую терапию
- "1" ok="False" >назначение токолитиков
- "2" ok="False" >введение стафилококкового гамма-глобулина
- "3" ok="True" >общее УФ0
- "4" ok="True" >трансплантацию беременным лоскута кожи, взятого у мужа



<QUESTION "7">

Гемолитическая болезнь новорожденного обычно проявляется

- "0" ok="True" >гипербилирубинемией
- "1" ok="False" >сужением швов и родничков
- "2" ok="True" >распространенными отеками
- "3" ok="True" >бледностью и желтушностью кожных покровов
- "4" ok="True" >расстройством функций сердечной и дыхательной

систем

<QUESTION "8">

Основные мероприятия по оживлению новорожденного, родившегося в асфиксии, включают

- "0" ok="True" >освобождение дыхательных путей
- "1" ok="True" >интубацию и искусственную вентиляцию легких
- "2" ok="True" >кислородотерапию
- "3" ok="False" >применение наркотических средств
- "4" ok="True" >наружный массаж сердца

<QUESTION "9">

Гипотрофия плода часто является следствием

- "0" ok="True" >позднего токсикоза беременных
- "1" ok="True" >курения
- "2" ok="True" >алкоголизма
- "3" ok="True" >гипертонической болезни
- "4" ok="True" >профессиональных вредностей

<QUESTION "10">

При нарастании тяжести гемолитической болезни плода

- "0" ok="True" >показано досрочное родоразрешение
- "1" ok="False" >у беременной часто развивается кетоацидоз
- "2" ok="True" >возрастает титр антител в крови матери
- "3" ok="True" >у него развивается гипоксия
- "4" ok="False" >у беременных проявляется протеинурия

<QUESTION "11">

Гипотрофия новорожденного характеризуется

- "0" ok="True" >более низкой массой тела по сравнению с массой тела здорового ребенка, родившегося при том же сроке гестации
- "1" ok="True" >уменьшением выраженности подкожного жирового слоя
- "2" ok="False" >развитием генерализованных отеков
- "3" ok="True" >бледностью или цианозом кожных покровов
- "4" ok="True" >расстройством дыхания

<QUESTION "12">

Приобретенное неинфекционное воспаление на коже новорожденного - опрелость -

- "0" ok="True" >возникает как результат неправильного ухода
- "1" ok="True" >чаще возникает в области кожных складок
- "2" ok="True" >может легко инфицироваться
- "3" ok="False" >необходимо лечить антибиотиками
- "4" ok="False" >необходимо обрабатывать дезинфицирующими

растворами

<QUESTION "13">

Гемолитическая болезнь новорожденного возникает в результате

"0" ok="True" >сенсibilизации резус-антигенами

"1" ok="False" >внутриматочной инфекции

"2" ok="True" >сенсibilизации антигенами системы ABO

"3" ok="False" >хронической гипоксии плода при позднем токсикозе беременных

"4" ok="False" >сенсibilизации лейкоцитарными антигенами

<QUESTION "14">

Для гемолитической болезни новорожденного характерно

"0" ok="True" >увеличение общего билирубина крови

"1" ok="True" >снижение общего белка крови

"2" ok="True" >снижение гемоглобина

"3" ok="True" >появление бластных элементов крови

"4" ok="False" >увеличение количества эритроцитов

<QUESTION "15">

Острая гипоксия плода развивается в результате

"0" ok="True" >тугого обвития пуповины

"1" ok="True" >преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты

"2" ok="False" >изосерологической несовместимости крови матери и плода

"3" ok="False" >сердечно-сосудистых заболеваний матери

"4" ok="False" >слабости родовой деятельности

<QUESTION "16">

С целью диагностики состояния плода у беременных с RH(-) принадлежностью крови необходимо производить

"0" ok="True" >исследование околоплодных вод

"1" ok="True" >ультразвуковое сканирование

"2" ok="True" >ЭКГ и ФКГ плода

"3" ok="True" >амниоскопию

"4" ok="False" >кольпоскопию

<QUESTION "17">

К основным формам гемолитической болезни новорожденных относятся

"0" ok="True" >отечная

"1" ok="True" >желтушная

"2" ok="True" >анемическая

"3" ok="False" >геморрагическая

"4" ok="False" >судорожная

<QUESTION "18">

Постнатальное лечение гемолитической болезни может включать

"0" ok="True" >заменное переливание крови

"1" ok="True" >эвакуацию асцита

"2" ok="True" >управляемое дыхание

"3" ok="False" >введение бета-адреномиметиков

"4" ok="True" >фототерапию

<QUESTION "19">

Лечение детей с синдромом дыхательных расстройств проводится  
"0" ok="True" >с использованием кувеза  
"1" ok="True" >с применением оксигенотерапии, в том числе и гипербарической оксигенации  
натрия  
"2" ok="True" >с применением 2% раствора гидрокарбоната  
"3" ok="True" >с применением антибиотиков  
сурфактанта  
"4" ok="True" >с применением средств, стимулирующих синтез

<QUESTION "20">

Современные принципы профилактики гемолитической болезни плода требуют  
"0" ok="True" >определения у беременной группы крови и резус-принадлежности  
"1" ok="True" >определения группы крови и резус-фактора у мужа  
"2" ok="True" >систематического определения титра антител в крови беременных  
"3" ok="True" >проведения десенсибилизирующей терапии  
недели до родов  
"4" ok="True" >госпитализации беременных в стационар за 2

<QUESTION "21">

Причиной асфиксии новорожденного может быть  
"0" ok="True" >хроническая гипоксия плода  
"1" ok="True" >применение в родах общей анестезии или наркотических анальгетиков  
"2" ok="True" >быстрое извлечение плода из матки при кесаревом сечении  
"3" ok="True" >анемия  
"4" ok="True" >механическая травма ствола головного мозга

<QUESTION "22">

При сепсисе новорожденного необходимо  
"0" ok="False" >перевести ребенка в изолятор  
детскую больницу  
"1" ok="True" >перевести ребенка из родильного стационара в  
"2" ok="True" >проводить антибиотикотерапию  
"3" ok="True" >проводить дезинтоксикационную терапию  
"4" ok="True" >применять средства, стимулирующие иммунитет

<QUESTION "23">

Риск угрозы развития гемолитической болезни у плода возрастает при наличии у беременной  
"0" ok="False" >позднего токсикоза  
"1" ok="False" >сахарного диабета  
"2" ok="True" >RH(-) принадлежности  
"3" ok="True" >самопроизвольных аборт в анамнезе  
"4" ok="True" >мертворождений в анамнезе

<QUESTION "24">

В комплексном лечении гипотрофии плода используют

- "0" ok="True" >растворы глюкозы
- "1" ok="False" >антибиотики
- "2" ok="True" >витамин Е
- "3" ok="True" >эссенциале-форте
- "4" ok="True" >гипербарическую оксигенацию

<QUESTION "25">

Сепсис у новорожденных

- "0" ok="True" >вызывается чаще всего стрептококками и стафилококками
- "1" ok="True" >особенно тяжело протекает при недоношенности
- "2" ok="True" >возникает чаще в случаях, когда во время беременности женщина перенесла острое респираторное заболевание
- "3" ok="True" >возникает при наличии у матери кариеса, хронического отита и других очагов инфекции
- "4" ok="True" >возникает при нарушении санитарно-гигиенического режима в родильном доме

<QUESTION "26">

При нарастании титра антител в крови беременной с отрицательным резус-фактором

- "0" ok="True" >показано досрочное родоразрешение
- "1" ok="True" >возникает опасность антенатальной гибели плода
- "2" ok="True" >предпочтительно родоразрешение при сроке беременности 36-37 недель
- "3" ok="True" >показано заменное переливание крови плоду
- "4" ok="False" >предпочтительно родоразрешение операцией кесарева сечения

<QUESTION "27">

К инфекционным заболеваниям новорожденных относятся

- "0" ok="True" >пиодермия
- "1" ok="True" >фолликулит
- "2" ok="True" >пузырчатка
- "3" ok="True" >омфалит
- "4" ok="False" >токсическая эритема

<QUESTION "28">

К родовым травмам плода относят

- "0" ok="True" >паралич Дюшон-Эрба
- "1" ok="True" >перелом ключицы
- "2" ok="True" >кефалогематому
- "3" ok="False" >поражение слухового нерва
- "4" ok="True" >парез лицевого нерва

</GROUP>

</CATEGORY>

<CATEGORY "1">

<NAME>Гинекология</NAME>

<GROUP "0" excount="0,2,1,0,3,2">

<NAME>Регуляция менструального цикла</NAME>

<QUESTION "0">

В репродуктивной системе

"0" ok="False" >активность циклической аденозинмонофосфатазы (ц.АМФ) не зависит от уровня половых гормонов  
"1" ok="True" >примером отрицательной обратной связи является увеличение образования люлиберина при снижении уровня ЛГ  
"2" ok="True" >ГТ-РГ контролирует секрецию ФСГ и ЛГ  
"3" ok="False" >агонист допамина бромкриптин стимулирует секрецию пролактина  
"4" ok="True" >секреция либеринов происходит в нейронах медиобазального гипоталамуса

<QUESTION "1">  
В репродуктивной системе  
"0" ok="False" >циклической аденозинмонофосфатозной кислоте (ц.АМФ) принадлежит ведущая роль в синтезе половых гормонов  
"1" ok="False" >число рецепторов эстрадиола в эндометрии не зависит от фазы менструального цикла  
"2" ok="True" >эндорфины подавляют секрецию ЛГ  
"3" ok="False" >либерины секретируются в постоянном режиме  
"4" ok="False" >у приматов либерины секретируются в передних и задних скоплениях ядер гипоталамуса

<QUESTION "2">  
В репродуктивной системе  
"0" ok="True" >эстрогены секретируются гранулезными клетками фолликула  
"1" ok="False" >стероидные рецепторы эндометрия не обладают строгой специфичностью к половым гормонам  
"2" ok="False" >агонисты допамина вызывают усиление выделения пролактина  
"3" ok="False" >либерины секретируются передней долей гипофиза  
"4" ok="True" >гипоталамус секретирует два различных релизинг-гормона для ЛГ и ФСГ

<QUESTION "3">  
В репродуктивной системе  
"0" ok="True" >ФСГ и ЛГ секретируются в циклическом режиме  
"1" ok="True" >примером положительной обратной связи является овуляторный выброс ЛГ в ответ на максимум содержания эстрадиола в крови  
"2" ok="False" >дофамин вызывает усиление выделения пролактина  
"3" ok="False" >ядерные рецепторы эндометрия обладают строгой специфичностью к половым гормонам  
"4" ok="True" >норадреналин регулирует секрецию ЛГ

<QUESTION "4">  
Преовуляторные изменения гормонального фона характеризуются повышением уровня  
"0" ok="False" >ЛГ и снижением ФСГ  
"1" ok="False" >ФСГ и снижением ЛГ  
"2" ok="True" >ФСГ и ЛГ  
"3" ok="False" >пролактина  
"4" ok="False" >ФСГ, ЛГ и пролактина

<QUESTION "5">

Физиологические процессы в яичнике могут быть оценены с помощью

- "0" ok="True" >измерения ректальной температуры
- "1" ok="False" >гистеросальпингографии
- "2" ok="True" >гормонального обследования
- "3" ok="False" >влагалищного исследования
- "4" ok="True" >УЗ-исследования

<QUESTION "6">

В первой фазе менструального цикла

- "0" ok="False" >секреция гестагенов достигает максимальных значений
- "1" ok="False" >происходит рост и интенсивное развитие базального слоя эндометрия
- "2" ok="False" >наблюдается интенсивный рост сосудов эндометрия, закручивание их в спирали
- "3" ok="False" >гранулезные клетки фолликула дегенерируют
- "4" ok="True" >базальная температура не превышает 37 градусов Цельсия

<QUESTION "7">

В первой фазе менструального цикла

- "0" ok="False" >секреция ЛГ нарастает постепенно, достигая максимальных значений
- "1" ok="False" >железы эндометрия приобретают пилообразную форму
- "2" ok="False" >уменьшается число эстрадиол-связывающих рецепторов
- "3" ok="True" >происходит разрастание гранулезных клеток фолликула
- "4" ok="False" >симптом зрачка становится "отрицательным"

<QUESTION "8">

Во второй фазе менструального цикла

- "0" ok="True" >наблюдается второй пик продукции экстрогенов, связанный с расцветом функции желтого тела
- "1" ok="False" >наблюдается выраженное разрастание гранулезы фолликула
- "2" ok="False" >происходит интенсивная пролиферация функционального слоя эндометрия
- "3" ok="False" >симптом кристаллизации слизи достигает максимальной выраженности
- "4" ok="False" >происходит повышение базальной температуры на 0.2 градуса

<QUESTION "9">

Циркадный ритм секреции характерен

- "0" ok="False" >для ЛГ, ФСГ
- "1" ok="True" >для пролактина
- "2" ok="True" >для гормонов надпочечников
- "3" ok="False" >для люлиберина
- "4" ok="False" >для яичниковых гормонов

<QUESTION "10">

Цирхоральный ритм секреции характерен

"0" ok="True" >для ФСГ

"1" ok="True" >для ЛГ

"2" ok="False" >для пролактина

"3" ok="True" >для гонадотропин-релизинг-гормон

"4" ok="False" >для пролактин ингибирующего фактора

<QUESTION "11">

Зрелость фолликула можно определить

"0" ok="False" >по уровню ФСГ в крови

"1" ok="False" >по уровню прогестерона в крови

"2" ok="False" >по уровню прегнандиола в моче

"3" ok="True" >при УЗ-исследовании

"4" ok="False" >по величине базальной температуры

<QUESTION "12">

Шеечный индекс

"0" ok="False" >позволяет диагностировать момент овуляции

"1" ok="False" >оценивается по 3-х балльной системе

"2" ok="False" >определяется в ходе кольпоцитологического

исследования

"3" ok="False" >учитывает форму влагалищной части шейки

матки

"4" ok="True" >позволяет оценить уровень эстрогенной

насыщенности

<QUESTION "13">

Секреция ФСГ и ЛГ

"0" ok="False" >обеспечивается одинаковой чувствительностью  
клеток передней доли гипофиза к гонадотропин-релизинг-гормону

"1" ok="True" >зависит от скорости их метаболизма

"2" ok="True" >носит пульсирующий характер

"3" ok="True" >зависит от влияния катехоламинов

"4" ok="False" >происходит под влиянием циклической  
аденозинмонофосфорной кислоты (ц.АМФ)

<QUESTION "14">

Секреция ФСГ и ЛГ

"0" ok="True" >происходит под влиянием гонадотропного  
релизинг-гормона

"1" ok="False" >происходит в клетках лютеонизированной  
гранулезы

"2" ok="True" >происходит в цирхоральном ритме

"3" ok="False" >происходит в циркадном ритме

"4" ok="False" >снижается при уменьшении содержания  
эстрадиола в крови

<QUESTION "15">

Прогестерон

"0" ok="False" >стимулирует гиперпластические процессы в  
эндометрии

"1" ok="True" >влияет на физические свойства слизи цервикального канала  
"2" ok="True" >влияет на центр терморегуляции  
"3" ok="True" >обладает спазмолитическим действием  
"4" ok="False" >повышает кариопикнотический индекс

<QUESTION "16">

Эстрогены

"0" ok="True" >обеспечивают пролиферативные процессы в органах мишенях  
"1" ok="False" >влияют на центр терморегуляции  
"2" ok="True" >определяют овуляторный выброс ЛГ  
"3" ok="False" >циркулируют в крови в активном состоянии  
"4" ok="False" >не влияют на физические свойства цервикальной слизи

<QUESTION "17">

Симптом папоротника

"0" ok="True" >имеет синоним "симптом арборизации слизи"  
"1" ok="False" >максимально выражен во вторую фазу менструального цикла  
"2" ok="True" >максимально выражен перед овуляцией  
"3" ok="True" >зависит от концентрации электролитов  
"4" ok="False" >определяется при кольпоскопии

<QUESTION "18">

Кольпоцитологическое исследование

"0" ok="True" >предусматривает взятие мазков из верхнебокового свода влагалища  
"1" ok="False" >используется для определения шеечного индекса  
"2" ok="True" >позволяет определить фазу менструального цикла  
"3" ok="False" >проводится для оценки степени чистоты влагалища  
"4" ok="False" >может осуществляться с помощью кольпоскопа

<QUESTION "19">

Кольпоцитологическое исследование

"0" ok="False" >предусматривает взятие мазков из заднего свода влагалища  
"1" ok="True" >позволяет оценивать секрецию эстрогенных гормонов  
"2" ok="False" >оценивается в баллах  
"3" ok="False" >оценивается в процентах  
"4" ok="True" >позволяет определить кариопикнотический индекс

</GROUP>

<GROUP "1" excount="0,2,1,0,3,2">

<NAME>Дисфункциональные маточные кровотечения</NAME>

<QUESTION "0">

Дисфункциональное маточное кровотечение - это полиэтиологическое заболевание, обусловленное



"0" ok="True" >нарушением цирхоральной продукции гонадотропных гормонов  
"1" ok="False" >органической патологией половой сферы  
"2" ok="True" >дисфункцией половых желез  
"3" ok="False" >нарушением процессов гемокоагуляции  
"4" ok="True" >нарушением регуляции в системе гипоталамус-гипофиз

<QUESTION "1">

Дисфункциональное маточное кровотечение – это полиэтиологическое заболевание, развитие которого может быть обусловлено

- "0" ok="True" >возрастными изменениями организма
- "1" ok="True" >нервно-психическими факторами
- "2" ok="True" >профессиональными вредностями
- "3" ok="True" >аллергическими факторами
- "4" ok="True" >изменением иммунологического статуса

<QUESTION "2">

Дисфункциональные маточные кровотечения в репродуктивном периоде обусловлены

- "0" ok="False" >нарушенной внематочной беременностью
- "1" ok="False" >эндометриозом
- "2" ok="False" >синдромом поликистозных яичников
- "3" ok="False" >воспалительным процессом эндометрия
- "4" ok="True" >нарушением механизма регуляции менструального цикла

<QUESTION "3">

Дисфункциональное маточное кровотечение при персистенции фолликула протекает на фоне

- "0" ok="True" >высокой эстрогенной насыщенности
- "1" ok="False" >низкой эстрогенной насыщенности
- "2" ok="False" >высокой гестагенной насыщенности
- "3" ok="False" >андрогенной насыщенности
- "4" ok="False" >недостаточности глюкокортикоидов

<QUESTION "4">

Дисфункциональное маточное кровотечение в климактерическом периоде обусловлено

- "0" ok="True" >нарушением цирхоральной продукции гонадотропного релизинг-гормона (ГРГ)
- "1" ok="False" >аденомиозом
- "2" ok="False" >аденоматозом
- "3" ok="False" >атрофическими процессами в эндометрии
- "4" ok="False" >формированием иммунодефицита

<QUESTION "5">

К дисфункциональным маточным кровотечениям в ювенильном периоде относят кровотечения

- "0" ok="False" >при заболеваниях крови
- "1" ok="False" >при сердечно-сосудистой патологии
- "2" ok="False" >при патологии щитовидной железы
- "3" ok="False" >при заболеваниях надпочечников

"4" ok="True" >при нарушении становления цирхоральной  
продукции гонадотропного релизинг-гормона

<QUESTION "6">

Дисфункциональные маточные кровотечения при атрезии фолликула  
протекают на фоне

- "0" ok="False" >высокой эстрогенной насыщенности
- "1" ok="True" >низкой эстрогенной насыщенности
- "2" ok="False" >высокой гестагенной насыщенности
- "3" ok="False" >гиперандрогенемии
- "4" ok="False" >гиперпродукции пролактина

<QUESTION "7">

К овуляторным циклическим нарушениям относятся

- "0" ok="True" >недостаточность 1-й фазы менструального цикла
- "1" ok="True" >недостаточность 2-й фазы менструального цикла
- "2" ok="False" >персистенция желтого тела
- "3" ok="True" >межменструальные кровотечения
- "4" ok="False" >атрезия фолликулов

<QUESTION "8">

К ановуляторным ациклическим кровотечениям относят  
фолликула

- "0" ok="False" >кратковременную ритмическую персистенцию
- "1" ok="True" >атрезию фолликула
- "2" ok="True" >длительную персистенцию фолликула
- "3" ok="False" >персистенцию желтого тела
- "4" ok="False" >недостаточность желтого тела

<QUESTION "9">

Овуляторные ациклические кровотечения характерны  
фолликула

- "0" ok="False" >для кратковременной ритмической персистенции
- "1" ok="False" >для длительной персистенции фолликула
- "2" ok="False" >для атрезии фолликула
- "3" ok="True" >для персистенции желтого тела
- "4" ok="False" >для недостаточности желтого тела

<QUESTION "10">

Ановуляторные циклические кровотечения характерны

- "0" ok="False" >для длительной персистенции фолликулов
- "1" ok="True" >для кратковременной персистенции фолликулов
- "2" ok="False" >для персистенции желтого тела
- "3" ok="False" >для недостаточности желтого тела
- "4" ok="False" >для недостаточности фолликула

<QUESTION "11">

Гипопластический эндометрий характерен  
в климактерическом периоде

- "0" ok="True" >для гипофункции яичников
- "1" ok="False" >для дисфункциональных маточных кровотечений
- "2" ok="False" >для внематочной беременности
- "3" ok="False" >для предрака эндометрия

"4" ok="False" >для теком и гранулезоклеточных опухолей  
яичника

<QUESTION "12">

Состояние эндометрия при атрезии фолликула характеризуется

"0" ok="False" >децидуальной реакцией

"1" ok="False" >атипической железистой гиперплазией

(аденоматозом)

"2" ok="False" >высоким содержанием гликогена

"3" ok="True" >железистой гиперплазией

"4" ok="False" >появлением крупных клеток Ариас-Стелла

<QUESTION "13">

Состояние эндометрия при персистенции фолликула  
характеризуется наличием

"0" ok="False" >светлых желез Овербека

"1" ok="False" >аденоакантомы

"2" ok="False" >аденоматоза

"3" ok="False" >аденомиоза

"4" ok="True" >железисто-кистозной гиперплазии

<QUESTION "14">

Железистая гиперплазия эндометрия наблюдается

"0" ok="True" >при дисфункциональных маточных кровотечениях  
в ювенильном возрасте

"1" ok="True" >при гормонопродуцирующих опухолях яичника

"2" ok="False" >при гипофункции яичников

"3" ok="False" >при персистенции желтого тела

"4" ok="True" >при дисфункциональных маточных кровотечениях  
в климактерическом периоде

<QUESTION "15">

В комплексную негормональную терапию дисфункционального  
маточного кровотечения входит

"0" ok="True" >психотерапия

"1" ok="True" >витамиотерапия

"2" ok="True" >применение контрактильных средств

"3" ok="True" >электростимуляция шейки матки

"4" ok="False" >ультрафиолетовое облучение крови

<QUESTION "16">

Для лечения дисфункционального маточного кровотечения в  
ювенильном периоде обычно применяют

"0" ok="False" >выскабливание полости матки

"1" ok="True" >комплексную негормональную терапию

"2" ok="True" >гемостаз малыми дозами эстрогенов

"3" ok="False" >гемостаз малыми дозами андрогенов

"4" ok="False" >даназол

<QUESTION "17">

Для лечения недостаточности 1-й фазы менструального цикла  
используют

"0" ok="False" >гестагены

"1" ok="True" >витамиотерапию

- "2" ok="True" >эстрогены
- "3" ok="False" >антиандрогены
- "4" ok="False" >стероидные контрацептивы

<QUESTION "18">

Для лечения недостаточности 2-й фазы менструального цикла применяют

- "0" ok="True" >витаминотерапию
- "1" ok="False" >парлодел
- "2" ok="True" >кlostильбегит
- "3" ok="True" >электростимуляцию шейки матки
- "4" ok="False" >андрогены

<QUESTION "19">

Для лечения кровотечения при персистенции желтого тела применяют

- "0" ok="True" >выскабливание полости матки
- "1" ok="False" >электростимуляцию шейки матки
- "2" ok="False" >гестагены
- "3" ok="False" >даназол
- "4" ok="False" >парлодел

</GROUP>

<GROUP "2" excount="0,2,1,0,3,2">

<NAME>Аменорея</NAME>

<QUESTION "0">

Истинная патологическая аменорея

- "0" ok="False" >наиболее часто возникает как следствие поражения периферических структур
- "1" ok="True" >может быть следствием гиперпролактинемии
- "2" ok="True" >может развиться после септического аборта
- "3" ok="True" >характерна для синдрома Шихена
- "4" ok="True" >входит в симптомокомплекс нервной анорексии

<QUESTION "1">

Истинная патологическая аменорея

- "0" ok="True" >наиболее часто возникает как следствие поражения гипоталамических структур
- "1" ok="True" >может быть следствием массивных кровопотерь в родах
- "2" ok="True" >может быть осложнением послеродового сепсиса
- "3" ok="True" >может развиваться при приеме препаратов фенотиозинового ряда
- "4" ok="False" >встречается при длительной персистенции желтого тела

<QUESTION "2">

Аменорея считается

- "0" ok="True" >первичной, если месячные и вторичные половые признаки отсутствуют в 15 лет
- "1" ok="False" >центрального генеза при синдроме Ашермана
- "2" ok="True" >ложной при заращении девственной плевы
- "3" ok="True" >физиологической в постменопаузе
- "4" ok="False" >ложной при синдроме Шерешевского-Тернера

<QUESTION "3">  
Синдром персистирующей аменореи - галактореи  
"0" ok="True" >может возникать при опухоли гипофиза  
"1" ok="False" >часто следствие некроза тканей гипофиза  
"2" ok="True" >развивается на фоне снижения выработки пролактостатина  
"3" ok="False" >характеризуется повышением секреции ЛГ и ФСГ  
"4" ok="True" >лечится кабергиалином

<QUESTION "4">  
Послеродовый нейроэндокринный синдром  
"0" ok="True" >может развиваться после септического шока  
"1" ok="True" >протекает по типу Иценко-Кушинга  
"2" ok="True" >может сопровождаться вирилизацией  
"3" ok="False" >часто проявляется резким похуданием  
"4" ok="True" >развивается на фоне гиперфункции адипозитов

<QUESTION "5">  
Аменорея может сопутствовать  
"0" ok="True" >похуданию  
"1" ok="True" >ожирению  
"2" ok="True" >шизофрении  
"3" ok="True" >синдрому Иценко-Кушинга  
"4" ok="True" >синдрому склерокистозных яичников

<QUESTION "6">  
Обследование по поводу аменореи включает  
"0" ok="True" >рентгенографию черепа  
"1" ok="False" >ПЭТ  
"2" ok="True" >определение пролактина  
"3" ok="True" >исследование цветных полей зрения, оценку остроты зрения  
"4" ok="True" >ультразвуковое исследование малого таза и надпочечников

</GROUP>

<GROUP "3" excount="0,2,1,0,3,2">

<NAME>Внематочная беременность</NAME>

<QUESTION "0">  
К часто встречающимся формам внематочной беременности относится  
"0" ok="True" >трубная беременность  
"1" ok="False" >яичниковая беременность  
"2" ok="False" >брюшная беременность  
"3" ok="False" >межсвязочная беременность  
"4" ok="False" >беременность в рудиментарном роге

<QUESTION "1">  
Диагноз "Подозрение на внематочную беременность" является показанием  
"0" ok="False" >для диспансерного наблюдения за больной  
"1" ok="True" >для срочной госпитализации  
"2" ok="False" >для диагностической лапаротомии

"3" ok="True" >для определения хорионического гонадотропина  
в моче  
"4" ok="True" >для ультразвукового исследования

<QUESTION "2">  
Среди различных форм внематочной беременности трубная  
беременность составляет

"0" ok="False" >около 28%  
"1" ok="False" >около 48%  
"2" ok="False" >около 68%  
"3" ok="False" >около 88%  
"4" ok="True" >около 98%

<QUESTION "3">  
Прогрессирующая трубная беременность может быть достоверно  
диагностирована с помощью

"0" ok="False" >бимануального исследования  
"1" ok="True" >ультразвукового исследования  
"2" ok="False" >выскабливания полости матки  
"3" ok="False" >пункции заднего свода  
"4" ok="False" >серологической реакции на беременность

<QUESTION "4">  
В дифференциальной диагностике трубной беременности  
"0" ok="False" >данные анамнеза обычно не имеют  
существенного значения  
"1" ok="False" >обнаружение при гистологическом исследовании  
эндометрия феномена Ариас-Стеллы является бесспорным доказательством  
"2" ok="False" >положительная серологическая реакция на  
беременность является достоверным признаком  
"3" ok="True" >ведущая роль принадлежит лапароскопии и  
ультразвуковому исследованию  
"4" ok="False" >при любых условиях пункция заднего свода  
имеет решающее значение

<QUESTION "5">  
Трубная беременность  
"0" ok="False" >не имеет специфических объективных признаков  
и не диагностируется до начала ее прерывания  
"1" ok="False" >через трубный аборт обычно разрешается  
самопроизвольным излечением  
"2" ok="False" >никогда не встречается в сочетании с  
беременностью другой локализации  
"3" ok="True" >в истмическом отделе чаще прерывается по типу  
разрыва труб  
"4" ok="True" >может иметь этиологические связи с  
искусственным абортом

<QUESTION "6">  
Трубная беременность  
"0" ok="True" >может возникать в результате врожденных  
аномалий развития маточных труб  
"1" ok="True" >этиологически может быть связана с методом  
контрацепции

"2" ok="True" >обычно прерывается при сроке беременности 4-8 недель

"3" ok="False" >диагностируется достоверно с помощью серологических реакций

"4" ok="True" >может сочетаться с маточной беременностью

<QUESTION "7">

Трубная беременность

"0" ok="False" >обычно нарушается вследствие механического перерастяжения стенки трубы

"1" ok="False" >не сопровождается превращением эндометрия в децидуальную оболочку

"2" ok="False" >не имеет каких-либо особенностей в своем течении, зависящих от места nidации плодного яйца

"3" ok="True" >может быть следствием необычной миграции яйцеклетки

"4" ok="False" >редко наблюдается при инфантилизме

<QUESTION "8">

Трубная беременность

"0" ok="False" >может быть вторичной

"1" ok="True" >может возникать вследствие аномалий развития трубы

"2" ok="False" >чаще встречается в интерстициальном отделе

"3" ok="False" >обычно прерывается при сроке беременности 12-14 недель

"4" ok="False" >диагностируется только при появлении симптомов, связанных с ее прерыванием

<QUESTION "9">

Диагноз "Нарушенная трубная беременность" является показанием

"0" ok="True" >для экстренной лапаротомии

"1" ok="False" >для лапароскопии

"2" ok="False" >для ультразвукового исследования

"3" ok="False" >для постановки специальных исследований

"4" ok="False" >для пункции заднего свода

<QUESTION "10">

Прерывание трубной беременности

"0" ok="True" >может сопровождаться выделением из матки ткани характерной формы

"1" ok="False" >всегда сопровождается большой кровопотерей

"2" ok="True" >может развиваться постепенно и длительно

"3" ok="False" >является показанием к удалению придатков матки

"4" ok="True" >может быть подтверждено пункцией заднего свода

<QUESTION "11">

Трубный аборт

"0" ok="False" >обычно характеризуется стремительным развитием

"1" ok="True" >может сопровождаться характерными выделениями

"2" ok="False" >обычно не требует использования специальных  
диагностических методов  
"3" ok="False" >достоверно диагностируется с помощью реакции  
Ашгейма-Цондека  
"4" ok="False" >сопровождается кровотечением из трубы в  
полость матки

<QUESTION "12">  
Трубный аборт  
"0" ok="False" >чаще встречается при интерстициальной  
локализации плодного яйца  
"1" ok="False" >обычно не представляет сложностей в  
дифференциальной диагностике  
"2" ok="False" >может завершиться изгнанием плодного яйца в  
полость матки  
"3" ok="True" >нередко сопровождается характерным маточным  
кровотечением  
"4" ok="True" >может быть заподозрен при гистологическом  
исследовании эндометрия

<QUESTION "13">  
Среди способов лечения трубной беременности  
выбора  
"0" ok="False" >удаление придатков матки является операцией  
"1" ok="False" >известно применение внутримышечных инъекций  
2.5% раствора прогестерона  
"2" ok="True" >описано применение цитостатиков  
"3" ok="True" >использование консервативно-пластических  
операций ограничено рядом условий  
"4" ok="True" >известна лапароскопическая методика

<QUESTION "14">  
Условием для консервативно-пластической операции при трубной  
беременности является  
"0" ok="True" >возраст больной не старше 35 лет  
"1" ok="True" >удовлетворительное состояние больной  
"2" ok="True" >незначительная кровопотеря  
"3" ok="False" >поражение единственной маточной трубы  
"4" ok="False" >срок беременности до 12 недель

<QUESTION "15">  
Консервативно-пластические операции при трубной беременности  
прогрессирующей беременности  
"0" ok="False" >производятся только в случаях  
"1" ok="True" >могут быть выполнены в 2 этапа  
"2" ok="True" >могут быть выполнены в виде стоматоластики  
"3" ok="True" >могут быть выполнены в виде резекции трубы  
"4" ok="False" >не требуют специального технического  
обеспечения

<QUESTION "16">  
Разрыв трубы  
"0" ok="False" >обычно характеризуется постепенным медленным  
нарастанием клиники



"1" ok="True" >часто может быть диагностирован без использования дополнительных диагностических методов  
"2" ok="False" >чаще возникает при локализации плодного яйца в ампулярном отделе  
"3" ok="False" >проявляется тотальным напряжением мышц передней брюшной стенки  
"4" ok="False" >является показанием к операции сальпингостомии

<QUESTION "17">

Шеечная беременность

"0" ok="True" >сопровождается деструкцией мышечной стенки шейки матки

"1" ok="True" >обычно сопровождается характерными изменениями влагалищной части шейки матки

"2" ok="False" >диагностируется при лапароскопии

"3" ok="True" >может быть диагностирована при УЗ-исследовании

"4" ok="True" >является показанием к экстирпации матки

<QUESTION "18">

Шеечная беременность

"0" ok="False" >является наиболее частым вариантом эктопической беременности

"1" ok="False" >прерывается из-за отслойки слизистой цервикального канала

"2" ok="True" >обычно прерывается при сроке 7-8 недель

"3" ok="True" >диагностируется при осмотре шейки в зеркалах

"4" ok="False" >является показанием к надвлагалищной ампутации матки

<QUESTION "19">

Шеечная беременность

"0" ok="False" >обычно прерывается при сроке 4-5 недель

"1" ok="False" >при прерывании обычно сопровождается внутренним кровотечением

"2" ok="False" >диагностируется только в ходе выскабливания полости матки

"3" ok="True" >может быть диагностирована по расположению наружного зева цервикального канала

"4" ok="False" >в большинстве случаев лечится с помощью вакуум-аспирации плодного яйца

</GROUP>

<GROUP "4" excount="0,2,1,0,3,2">

<NAME>Бесплодный брак</NAME>

<QUESTION "0">

Вторичным бесплодием называют

"0" ok="False" >бесплодие длительностью в два года

"1" ok="True" >бесплодие у женщин, имевших в анамнезе беременность

"2" ok="False" >бесплодие, обусловленное эндокринной патологией

генезом "3" ok="False" >бесплодие, обусловленное воспалительным  
"4" ok="False" >бесплодие, обусловленное заболеванием мужа

<QUESTION "1">

К бесплодию, обусловленному наличием механического препятствия для сперматозоидов, относят

"0" ok="True" >трубное бесплодие  
"1" ok="False" >аплазию матки  
"2" ok="True" >атрезию внутреннего зева  
"3" ok="True" >атрезию влагалища  
"4" ok="False" >отсутствие гонад

<QUESTION "2">

Диагноз абсолютного женского бесплодия может быть поставлен

"0" ok="False" >при отсутствии маточных труб  
"1" ok="True" >при отсутствии матки  
"2" ok="True" >при отсутствии яичников  
"3" ok="False" >при синдроме Штейна-Левенталя  
"4" ok="False" >при ановуляторных циклах

<QUESTION "3">

С целью диагностики трубного бесплодия используют

"0" ok="False" >посткоитальную пробу  
"1" ok="False" >кольпоскопию  
"2" ok="True" >гистеросальпингографию  
"3" ok="True" >лапароскопию  
"4" ok="True" >хромогидротубацию

<QUESTION "4">

Для диагностики иммунологического бесплодия используют пробы

"0" ok="True" >Курцрока-Миллера  
"1" ok="True" >Шуварского-Хунера  
"2" ok="True" >Рюммера  
"3" ok="False" >Кота  
"4" ok="False" >Лиддля

<QUESTION "5">

Для исключения цервикального фактора бесплодия используют

"0" ok="True" >пробу Шуварского-Хунера  
"1" ok="False" >гистеросальпингографию  
"2" ok="True" >пробу Курцрока-Миллера  
"3" ok="False" >исследование полового хроматина  
"4" ok="False" >хромосомный анализ

<QUESTION "6">

Курс гидротурбаций показан

"0" ok="True" >при затрудненной проходимости маточных труб  
"1" ok="False" >при непроходимости труб в ампулярных отделах  
"2" ok="False" >при выраженном спаечном процессе в малом  
тазу  
"3" ok="False" >при обилии перитубарных спаек  
"4" ok="False" >при синдроме Ашермана

<QUESTION "7">

Для хромогидротубации используют

- "0" ok="False" >раствор йодолипола 10 мл
- "1" ok="True" >раствор 1% метиленового синего 10 мл
- "2" ok="True" >раствор 0.4% индигокармина 10 мл
- "3" ok="False" >раствор 60% верографина 10 мл
- "4" ok="False" >раствор 70% кардиотраста 10 мл

<QUESTION "8">

Оптимальной комбинацией препаратов для гидротубации считается

- "0" ok="False" >лидаза 64 ЕД, гидрокортизон 5.0 мг
- "1" ok="False" >лидаза 64 ЕД, канамицин 0.5 г
- "2" ok="False" >лидаза 64 ЕД, 1% метиленовый синий 10.0
- "3" ok="False" >канамицин 1.0, преднизолон 50 мг
- "4" ok="True" >лидаза 64 ЕД, гидрокортизон 50 мг, химопсин 50 мг, канамицин 1 г

<QUESTION "9">

О хорошей проходимости маточных труб можно судить по данным хромогидротубаций в случае, если моча

- "0" ok="True" >синяя через один час
- "1" ok="False" >зеленая через один час
- "2" ok="False" >зеленая через два часа
- "3" ok="False" >через один час бесцветная
- "4" ok="False" >остаётся бесцветной через один час и через 24 часа

<QUESTION "10">

Частота мужского бесплодия составляет

- "0" ok="False" >10-15%
- "1" ok="False" >15-20%
- "2" ok="False" >20-30%
- "3" ok="True" >40-50%
- "4" ok="False" >60-65%

<QUESTION "11">

Микрохирургические операции на маточных трубах выполняются

- "0" ok="True" >при окклюзии труб в различных отделах
- "1" ok="False" >при двухсторонних тубоовариальных образованиях
- "2" ok="False" >при выраженных спаечных процессах в малом тазу
- "3" ok="False" >при длительности бесплодия более 10 лет
- "4" ok="False" p1="True">у больных старше 35 лет

<QUESTION "12">

Экстракорпоральное оплодотворение показано

- "0" ok="False" >при ановуляторных циклах
- "1" ok="True" >при отсутствии маточных труб
- "2" ok="True" >при безуспешной коррекции трубного бесплодия
- "3" ok="False" >при частых обострениях воспалительного процесса
- "4" ok="True" >при постоянно высоком титре антиспермальных антител в слизи

<QUESTION "13">

Искусственная инсеминация спермой донора применяется

- "0" ok="False" >при синдроме Рокитанского-Майера-Кюстера
- "1" ok="False" >у женщин с ановуляторным циклом
- "2" ok="False" >у женщин с синдромом Ашермана
- "3" ok="True" >при наличии иммунологического бесплодия
- "4" ok="False" >при трубном бесплодии

</GROUP>

<GROUP "5" excount="0,2,1,0,3,2">

<NAME>Климактерический период</NAME>

<QUESTION "0">

Согласно классификации ВОЗ (1980), пременопаузой называют период

- "0" ok="True" >от окончания репродуктивного возраста до наступления менопаузы
- "1" ok="False" >отрезок времени после последней менструации
- "2" ok="False" >последнюю менструацию
- "3" ok="False" >период нарушения менструальной функции до последней менструации
- "4" ok="False" >период перед менархе

<QUESTION "1">

Согласно классификации ВОЗ (1980), менопаузой называют

- "0" ok="False" >период стабильной менструальной функции
- "1" ok="True" >последнюю менструацию
- "2" ok="False" >отрезок времени после последней менструации
- "3" ok="False" >отрезок времени после окончания репродуктивного возраста
- "4" ok="False" >период наступления первой менструации

<QUESTION "2">

Согласно классификации ВОЗ (1980), постменопаузой называют

- "0" ok="False" >последнюю менструацию
- "1" ok="False" >период от начала нарушений менструаций до последней менструации
- "2" ok="False" >период стабильной менструальной функции
- "3" ok="False" >период появления первой менструации
- "4" ok="True" >отрезок времени после последней менструации

<QUESTION "3">

В настоящее время нормальным для наступления менопаузы считается возраст

- "0" ok="False" >45 лет
- "1" ok="True" >50 лет
- "2" ok="False" >40 лет
- "3" ok="False" >55 лет
- "4" ok="False" >43 года

<QUESTION "4">

Дифференциальную диагностику климактерического синдрома следует проводить между

- "0" ok="True" >миокардиодистрофией

- "1" ok="True" >диэнцефальным синдромом
- "2" ok="True" >гипертонической болезнью
- "3" ok="True" >опухолью мозга
- "4" ok="True" >остеохондрозом шейного отдела позвоночника

<QUESTION "5">

Для климактерического синдрома характерно

- "0" ok="True" >прекращение циклического выброса гонадотропного релизинг-гормона
- "1" ok="True" >снижение порога чувствительности к половым гормонам в гипоталамусе
- "2" ok="True" >нарастание титра гонадотропинов
- "3" ok="False" >снижение уровня холестерина
- "4" ok="True" >снижение лабильности нервных процессов

<QUESTION "6">

Для климактерического синдрома характерны жалобы

- "0" ok="True" >на боли в сердце
- "1" ok="True" >на приливы
- "2" ok="False" >на альгоменорею
- "3" ok="True" >на нарушения сна
- "4" ok="True" >на сердцебиения

<QUESTION "7">

К вегетативно-нервным проявлениям климактерического синдрома относятся

- "0" ok="False" >раздражительность
- "1" ok="True" >потливость
- "2" ok="False" >нарушения сна
- "3" ok="False" >снижение памяти
- "4" ok="True" >приливы

<QUESTION "8">

К астеноневротическим проявлениям климактерического синдрома относятся

- "0" ok="True" >плаксивость
- "1" ok="True" >раздражительность
- "2" ok="True" >тревогу
- "3" ok="False" >приливы
- "4" ok="False" >жар

<QUESTION "9">

К психоземциональным проявлениям климактерического периода относятся

- "0" ok="False" >приливы
- "1" ok="False" >сердечные кардиопатии
- "2" ok="True" >нарушения сна
- "3" ok="True" >раздражительность
- "4" ok="False" >головокружение

<QUESTION "10">

Степень тяжести климактерического синдрома определяется

- "0" ok="False" >по степени нарушения памяти
- "1" ok="True" >по количеству приливов

- "2" ok="True" >по наличию бессонницы
- "3" ok="True" >по степени трудоспособности
- "4" ok="False" >по характеру нарушения менструального цикла

<QUESTION "11">

1-й этап лечения климактерического синдрома включает

- "0" ok="True" >правильный режим дня и питания
- "1" ok="True" >гидротерапию
- "2" ok="True" >бальнеотерапию
- "3" ok="True" >создание эмоционального покоя
- "4" ok="False" >гормонотерапию

<QUESTION "12">

В зависимости от клинических проявлений климактерического синдрома комплексная терапия может включать

- "0" ok="True" >анодическую гальванизацию головного мозга
- "1" ok="True" >воротник по Шербаку
- "2" ok="True" >электрофорез новокаина на область верхних шейных симпатических ганглиев
- "3" ok="False" >диадинамические токи
- "4" ok="False" >ультразвук

<QUESTION "13">

Климактерический синдром

- "0" ok="False" >встречается с частотой 70-80%
- "1" ok="False" >возникает как результат гиперэстрогении
- "2" ok="True" >можно отнести к легкой форме при числе приливов до 10 в сутки и ненарушенном общем состоянии
- "3" ok="False" >обычно проходит самостоятельно в течение первых 5 лет постменопаузы
- "4" ok="False" >нередко сопровождается - развитием гирсутизма, гипертрихоза, - снижением тембра голоса

<QUESTION "14">

Гормональная терапия климактерия включает

- "0" ok="True" >сигетин 0.05 \* 2 раза в день 20 дней
- "1" ok="True" >эстроген-гестагеновые препараты с 16 по 25 день цикла 3-4 месяца при недостаточности эстрогенов
- "2" ok="True" >эстроген-гестагеновые препараты с 5 по 25 день цикла при достаточном количестве эстрогенов
- "3" ok="False" >хориогонин 1500 ЕД 1 раз в неделю
- "4" ok="False" >микрофоллин 2-6 таблеток в день 20 дней

<QUESTION "15">

В климактерическом периоде при появлении остеопороза и мышечной слабости применяют

- "0" ok="False" >седативные средства
- "1" ok="True" >амбосекс
- "2" ok="True" >микродозы эстроген-гестагеновых препаратов
- "3" ok="True" >эстриол в прерывистом режиме
- "4" ok="False" >синестрол по 30 тыс ЕД 10 дней

<QUESTION "16">

При тяжелых формах климактерического синдрома используют

"0" ok="True" >холинолитики (препараты белладонны)  
"1" ok="True" >эстроген-гестагенные препараты 1/5 - 1/8 таб.  
в день прерывистыми курсами  
"2" ok="True" >симпатомиметики (резерпин, обзидан)  
"3" ok="False" >чистые эстрогены в постоянном режиме  
"4" ok="True" >психотропные средства (ноотропил, аминалон)

</GROUP>

<GROUP "6" excount="0,2,1,0,3,2">

<NAME>Нейроэндокринные синдромы</NAME>

<QUESTION "0">

В патогенезе послеродового эндокринного синдрома основная роль принадлежит

"0" ok="True" >патологии гипоталамических структур  
"1" ok="False" >энзимной недостаточности яичников  
"2" ok="False" >энзимной недостаточности надпочечников  
"3" ok="True" >нарушению симпатико-адреналовой системы  
"4" ok="False" >гиперпродукции пролактина

<QUESTION "1">

Для послеродового эндокринного синдрома характерно наличие

"0" ok="False" >гипоинсулинемии  
"1" ok="True" >дисфункции гипоталамических структур  
"2" ok="True" >нарушений липидного обмена  
"3" ok="True" >трофических нарушений кожи  
"4" ok="True" >гипертензии

<QUESTION "2">

Для послеродового эндокринного синдрома не характерна

"0" ok="False" >аменорея  
"1" ok="True" >галакторея  
"2" ok="False" >гиперсекреция АКГГ  
"3" ok="False" >гиперпролактинемия  
"4" ok="False" >гиперхолестеринемия

<QUESTION "3">

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) проявляется

"0" ok="True" >овариальной гиперандрогенией  
"1" ok="True" >ановуляцией  
"2" ok="True" >бесплодием  
"3" ok="True" >нарушением менструального цикла  
"4" ok="False" >односторонним увеличением яичников

<QUESTION "4">

Для лечения больных с синдромом поликистозных яичников используют

"0" ok="False" >даназол  
"1" ok="True" >тамоксифен, клостильбегит  
"2" ok="True" >диане, ципротерон-ацетат  
"3" ok="True" >лапароскопическую термокаутеризацию  
"4" ok="True" >билатеральную клиновидную резекцию яичников

<QUESTION "5">

Развитие синдрома гиперпролактинемической аменореи (СГПА)  
может быть связано

- "0" ok="True" >с длительной стрессовой ситуацией
- "1" ok="True" >с длительным приемом психотропных средств
- "2" ok="False" >с длительным приемом антибиотиков
- "3" ok="True" >с недостатком тиреоидных гормонов
- "4" ok="True" >с опухолью гипофиза

<QUESTION "6">

Для лечения синдрома гиперпролактинемической аменореи (СГПА)  
используют

- "0" ok="True" >препараты L-Допа
- "1" ok="False" >стероидные контрацептивы
- "2" ok="True" >парлодел
- "3" ok="False" >ципротерон-ацетат
- "4" ok="False" >даназол

<QUESTION "7">

Аменорея, обусловленная опухолью гипофиза, может  
сопровождаться

- "0" ok="True" >цефалгией
- "1" ok="True" >бритемпоральной гемианопсией
- "2" ok="True" >нарушением теплорегуляции
- "3" ok="False" >похуданием
- "4" ok="False" >ожирением

<QUESTION "8">

Синдром Шихена  
развития гонад  
желез - половых, щитовидной, надпочечников  
аменореей  
анамнезу - кровотечение или септический шок при родах, абортах

- "0" ok="False" >является следствием врожденной аномалии
- "1" ok="True" >характеризуется гипофункцией эндокринных
- "2" ok="False" >проявляется галактореей, олиго- или
- "3" ok="True" >может быть заподозрен по характерному
- "4" ok="False" >является показанием к кольпопозу

<QUESTION "9">

Адреногенитальный синдром  
яичниками

- "0" ok="True" >имеет синоним надпочечниковая гиперандрогения
- "1" ok="False" >проявляется гиперменструальным синдромом
- "2" ok="True" >может быть причиной невынашивания
- "3" ok="True" >необходимо дифференцировать с поликистозными
- "4" ok="True" >лечиться глюкокортикоидами

<QUESTION "10">

Для подтверждения адреногенитального синдрома (АГС) используют  
кетостероидов в моче

- "0" ok="True" >определение уровня тестостерона в крови и 17
- "1" ok="False" >зондирование матки
- "2" ok="False" >гистеросальпингографию
- "3" ok="False" >лапароскопия



"4" ok="True" >сканирование надпочечников

<QUESTION "11">

Патогенетическим лечением при адреногенитальном синдроме (АГС) является

"0" ok="False" >терапия, направленная на нормализацию массы тела

"1" ok="False" >улучшение мозговой гемодинамики

"2" ok="True" >терапия глюкокортикоидами

"3" ok="False" >применение вегетотропных средств (беллоида)

"4" ok="False" >применение небольших доз тиреоидина

<QUESTION "12">

Для синдрома Шихена характерно наличие

"0" ok="True" >аменореи

"1" ok="True" >похудания

"2" ok="False" >прибавки в весе

"3" ok="True" >агалактии

"4" ok="False" >галактореи

<QUESTION "13">

При подозрении на синдром Рокитанского-Майера-Кюстера следует проводить

"0" ok="True" >ультразвуковое сканирование органов малого таза или пневмопельвиографию

"1" ok="False" >определение тестостерона в крови

"2" ok="False" >гистеросальпингографию

"3" ok="True" >лапароскопию

"4" ok="False" >гистероскопию

<QUESTION "14">

Для подтверждения синдрома Шерешевского-Тернера проводят

"0" ok="False" >трансфеноидальную артериографию

"1" ok="False" >определение уровня гонадотропных гормонов

"2" ok="False" >ультразвуковое сканирование органов малого таза или пневмопельвиографию

"3" ok="False" >гистерографию

"4" ok="True" >исследование хромосомного набора

<QUESTION "15">

Синдром Рокитанского-Майера-Кюстера является показанием

"0" ok="False" >для длительной терапии парлоделом

"1" ok="False" >для демедуляции яичников

"2" ok="False" >для пластических операций на матке

"3" ok="True" >для кольпопозеза

"4" ok="False" >для оперативного вмешательства на гипофизе

<QUESTION "16">

Диагностика синдрома Шерешевского-Тернера основана

"0" ok="True" >на характерном внешнем виде больного

"1" ok="True" >на наличии отклонений в хромосомном наборе

"2" ok="False" >на низких цифрах ЛГ и ФСГ

"3" ok="True" >на высоких цифрах ЛГ и ФСГ

"4" ok="False" >на отсутствии пороков развития внутренних органов

<QUESTION "17">

Для синдрома Рокитанского-Майера-Кюстера характерно

- "0" ok="False" >отсутствие яичников
- "1" ok="True" >отсутствие матки и влагалища
- "2" ok="False" >наличие мужского кариотипа
- "3" ok="True" >сочетание с патологией почек

<QUESTION "18">

Для постпубертатной формы адреногенитального синдрома характерны

- "0" ok="True" >гирсутизм
- "1" ok="True" >гипоменструальный синдром
- "2" ok="True" >бесплодие
- "3" ok="False" >гиперменструальный синдром
- "4" ok="True" >замершие беременности на ранних сроках

<QUESTION "19">

Аменорея при послеродовом нейроэндокринном синдроме

- "0" ok="True" >может сочетаться с гирсутизмом
- "1" ok="False" >относится к периферической форме
- "2" ok="False" >развивается на фоне похудения
- "3" ok="False" >сочетается с понижением выделения АКГГ
- "4" ok="True" >сопровождается гипертонией

<QUESTION "20">

Психогенные аменореи развиваются при повышении продукции

- "0" ok="True" >эндорфинов
- "1" ok="True" >кортиколиберинов
- "2" ok="True" >гормонов коры надпочечников
- "3" ok="False" >ФСГ
- "4" ok="False" >ЛГ

<QUESTION "21">

Аменорея при послеродовом нейроэндокринном синдроме возникает на фоне

- "0" ok="True" >нарушения циркорального выброса гонадотропинов, в первую очередь ЛГ
- "1" ok="False" >преимущественного нарушения циркадного ритма продукции пролактина
- "2" ok="True" >нарушения продукции яичниками андрогенов
- "3" ok="False" >гипокортицизма
- "4" ok="True" >повышения продукции экстрагонадных эстрогенов

<QUESTION "22">

Периферические варианты патологической аменореи включают

- "0" ok="False" >синдром Штейна-Левентала
- "1" ok="True" >синдром преждевременной атрофии яичников
- "2" ok="True" >синдром Ашермана
- "3" ok="False" >синдром Шихена
- "4" ok="True" >синдром Рокитанского-Майера-Кюстера

<QUESTION "23">  
Синдром персистирующей аменореи - галактореи  
"0" ok="True" >может быть обусловлен опухолью гипофиза  
"1" ok="True" >характеризуется гиперпролактинемией  
"2" ok="True" >протекает с понижением продукции ФСГ и ЛГ  
"3" ok="True" >сочетается с гипотиреозом  
"4" ok="False" >характеризуется гипокортицизмом

<QUESTION "24">  
Синдром поликистозных яичников характеризуется  
эстрогена  
"0" ok="False" >снижением продукции пролактина  
"1" ok="True" >повышением продукции предшественников  
"2" ok="True" >развитием гирсутизма  
"3" ok="True" >бесплодием  
"4" ok="True" >снижением числа примордиальных фолликулов

<QUESTION "25">  
Синдром Шихена  
родах  
"0" ok="False" >развивается при опухолях гипофиза  
"1" ok="True" >может быть следствием массивной кровопотери в  
"2" ok="False" >характеризуется гиперпролактинемией  
"3" ok="False" >сопровождается гипертиреозом  
"4" ok="False" >сопровождается гиперкортицизмом

<QUESTION "26">  
Синдром Шихена  
тканей гипофиза  
"0" ok="False" >обычно развивается в результате некроза 5%  
"1" ok="True" >характеризуется агалактией  
"2" ok="False" >характеризуется гипергликемией  
"3" ok="True" >характеризуется гипотиреозом  
"4" ok="False" >характеризуется гиперкортицизмом

<QUESTION "27">  
Синдром Шихена  
"0" ok="False" >часто функционального происхождения  
"1" ok="True" >характеризуется гипотиреозом  
"2" ok="True" >характеризуется гипокортицизмом  
"3" ok="False" >галактореей  
"4" ok="False" >повышением продукции ЛГ и ФСГ

<QUESTION "28">  
Обследование по поводу аменореи включает  
"0" ok="False" >кольпоскопию  
"1" ok="True" >определение пролактина  
"2" ok="True" >исследование цветных полей зрения  
"3" ok="True" >рентгенографию турецкого седла  
"4" ok="True" >определение кортизола в крови

<QUESTION "29">  
При аменорее, вызванной недостаточностью функции центральных структур, рекомендуется лечение, которое может включать

"0" ok="False" >парлодел  
"1" ok="False" >дифенин  
"2" ok="True" >кломифен  
"3" ok="True" >фолиевую кислоту + глутаминовую кислоту и  
витамины С + Е по циклу  
"4" ok="True" >пергонал

<QUESTION "30">

При гиперпролактинемии применяется

"0" ok="False" >дифенин  
"1" ok="False" >пергонал  
"2" ok="False" >кломифен  
"3" ok="True" >парлодел  
"4" ok="False" >даназол

</GROUP>

<GROUP "7" excount="0,2,1,0,3,2">

<NAME>Аномалии положения половых органов</NAME>

<QUESTION "0">

Важнейшая роль в формировании опущения и выпадения стенок  
влагалища и матки принадлежит травматическим повреждениям

"0" ok="False" >слизистой влагалища  
"1" ok="False" >широких связок матки  
"2" ok="False" >крестцово-маточных связок  
"3" ok="False" >круглых маточных связок  
"4" ok="True" >мышц тазового дна

<QUESTION "1">

Выпадение матки

"0" ok="False" >не встречается у нерожавших женщин  
"1" ok="False" >может быть связана с сидячим образом жизни  
"2" ok="False" >считается полным, если шейка матки выходит  
за пределы половой щели  
"3" ok="True" >может осложняться развитием декубитальных язв  
"4" ok="False" >является показанием к операции Эммета

<QUESTION "2">

&lt;Операцией выбора&gt; при неполном выпадении матки и  
элонгации шейки матки у женщин репродуктивного возраста является

"0" ok="False" >влагалищная экстирпация матки  
"1" ok="True" >манчестерская операция  
"2" ok="False" >ампутация шейки матки  
"3" ok="False" >вентросуспензия матки  
"4" ok="False" >срединная кольпография

<QUESTION "3">

Впервые охарактеризовал выпадение матки как генитальную грыжу

"0" ok="True" >Д.О.Отт  
"1" ok="False" >Л.Л.Окинчиц  
"2" ok="False" >Г.Г.Гентер  
"3" ok="False" >В.Ф.Снегирев  
"4" ok="False" >Т.Кохера

<QUESTION "4">

Ретродевиация матки  
"0" ok="True" >встречается при инфантилизме  
"1" ok="True" >может быть следствием воспалительного  
процесса  
"2" ok="False" >очень редко не имеет никаких симптомов  
"3" ok="True" >считается одним из предрасполагающих факторов  
выпадения матки  
"4" ok="True" >может быть причиной альгоменорреи

<QUESTION "5">  
В ходе манчестерской операции производится  
"0" ok="True" >передняя и задняя кольпорафия с  
леваторопластикой  
"1" ok="False" >укорочение круглых маточных связок  
"2" ok="True" >ампутация шейки матки  
"3" ok="True" >укорочение кардинальных связок  
"4" ok="False" >экстирпация матки

<QUESTION "6">  
К подвешивающему аппарату матки не относятся  
"0" ok="False" >собственные связки яичников  
"1" ok="False" >круглые маточные связки  
"2" ok="False" >широкие маточные связки  
"3" ok="False" >подвешивающие связки яичников  
"4" ok="True" >крестцово-маточные связки

</GROUP>

<GROUP "8" excount="0,4,0,0,0,0">

<NAME>Раздел 8 Воспалительные заболевания</NAME>

<QUESTION "0">  
Воспаления женской половой сферы  
"0" ok="True" >чаще протекают в виде хронического процесса  
"1" ok="False" >чаще вызываются моновозбудителями  
"2" ok="False" >имеют патогенетические связи со стероидной  
контрацепцией  
"3" ok="False" >имеют тенденцию к снижению заболеваемости  
"4" ok="True" >чаще бывают полиэтиологичны

<QUESTION "1">  
Распространению инфекции в женской половой сфере могут  
способствовать  
"0" ok="True" >сперматозоиды  
"1" ok="False" >спермициды  
"2" ok="True" >внутриматочные вмешательства  
"3" ok="True" >внутриматочные контрацептивы  
"4" ok="False" >стероидные контрацептивы

<QUESTION "2">  
Этиология воспалительного заболевания женской половой сферы  
может быть установлена  
"0" ok="True" >при нативной микроскопии вагинального мазка  
"1" ok="False" >при УЗ-исследовании  
"2" ok="True" >методом амплификации нуклеиновых кислот

- "3" ok="True" >при использовании монослоя культуры клеток
- "4" ok="False" >при гистологическом исследовании эндометрия

<QUESTION "3">

Среди воспалительных заболеваний женской половой сферы трансмиссионный путь заражения характерен

- "0" ok="True" >для гонореи
- "1" ok="True" >для трихомониаза
- "2" ok="False" >для туберкулеза
- "3" ok="True" >для хламидийной инфекции
- "4" ok="False" >для микоплазменной инфекции

<QUESTION "4">

Зуд вульвы

- "0" ok="True" >в детском возрасте чаще связан с воспалительными заболеваниями половой сферы
- "1" ok="False" >в репродуктивном возрасте чаще связан с дисфункцией яичников
- "2" ok="True" >может быть симптомом крауроза
- "3" ok="True" >может возникнуть при диабете, лейкемии, лимфогрануломатозе
- "4" ok="True" >в климактерическом периоде чаще идиопатического характера

<QUESTION "5">

Вульвит

- "0" ok="True" >в детском возрасте чаще первичный
- "1" ok="False" >в репродуктивном возрасте чаще гонорейной этиологии
- "2" ok="True" >нередко является показанием к углубленному обследованию больной
- "3" ok="False" >может быть причиной формирования широких кондилом
- "4" ok="False" >распространенное заболевание из-за близкого анатомического расположения уретры и прямой кишки

<QUESTION "6">

Вульвиты

- "0" ok="False" >в репродуктивном возрасте чаще первичны
- "1" ok="False" >в подавляющем большинстве случаев гонорейной этиологии
- "2" ok="True" >в детском возрасте могут быть следствием глистной инвазии
- "3" ok="True" >могут быть следствием недостаточной секреции женских половых гормонов
- "4" ok="False" >обычно требуют назначения парэнтеральной антибактериальной терапии

<QUESTION "7">

Кольпит

- "0" ok="True" >может сопровождаться увеличением pH более 4,5
- "1" ok="True" >при наличии пенистых выделений подозрителен на трихомониаз
- "2" ok="True" >может возникать как результат гипоэстрогении

"3" ok="False" >в репродуктивном периоде обычно гонорейной этиологии

"4" ok="False" >является показанием для кольпоцитологического исследования

<QUESTION "8">

Кольпит

"0" ok="True" >может быть одним из проявлений гипофункции яичников

"1" ok="True" >трихомонадной этиологии обычно имеет характерные клинические признаки

"2" ok="False" >трихомонадной этиологии успешно лечится антибиотиками и сульфаниламидными препаратами

"3" ok="True" >кандидозной этиологии требует лечения полового партнера

"4" ok="False" >в большинстве случаев протекает остро

<QUESTION "9">

Кольпит

"0" ok="True" >в репродуктивном возрасте имеет часто асимптомную форму

"1" ok="True" >при наличии пенистых выделений подозрителен на триомониаз

"2" ok="True" >гонорейной этиологии встречается в старческом возрасте

"3" ok="True" >обычно не сопровождается нарушением общего состояния больной

"4" ok="False" >обычно сопровождается болями в низу живота и в поясничной области

<QUESTION "10">

Кольпит

"0" ok="True" >хламидийной этиологии является, как правило, заболеванием женщин репродуктивного возраста

"1" ok="False" >трихомонадной этиологии обычно диагностируется бактериологическим методом

"2" ok="True" >трихомонадной этиологии успешно лечится препаратами метронидазола

"3" ok="False" >кандидозной этиологии обычно не имеет характерных клинических симптомов

"4" ok="True" >кандидозной этиологии может быть показанием к применению антимикотиков

<QUESTION "11">

Воспаление бартолиниевой железы

"0" ok="False" >обычно встечается в детском возрасте

"1" ok="False" >чаще двухстороннее

"2" ok="True" >может протекать с формированием ложного абсцесса

"3" ok="True" >обычно требует госпитализации

"4" ok="True" >является показанием для обследования на гонорею

<QUESTION "12">

Хламидийная инфекция

- "0" ok="True" >может быть причиной бесплодия
- "1" ok="False" >диагностируется при бактериоскопии мазков из заднего свода влагалища
- "2" ok="False" >диагностируется по характерным признакам на гистеросальпингограммах
- "3" ok="True" >может поражать слизистую цервикального канала
- "4" ok="True" >является показанием к применению антибиотиков группы макролидов

<QUESTION "13">

Воспаление придатков матки

- "0" ok="True" >в острой стадии часто сопровождается синдромом общей инфекционной интоксикации
- "1" ok="False" >в острой стадии обычно не сопровождается нарушением общего состояния больной
- "2" ok="False" >в острой стадии является показанием к превентивной противогонорейной терапии
- "3" ok="True" >в подострой стадии является показанием к назначению УВЧ
- "4" ok="True" >в хронической стадии является показанием к санаторно-курортному лечению

<QUESTION "14">

Хроническое воспаление придатков матки

- "0" ok="False" >при наличии тубоовариальных образований и протекающее с частыми обострениями является показанием к санаторно-курортному лечению
- "1" ok="True" >может быть причиной нарушений менструальной функции
- "2" ok="True" >может быть показанием для лапароскопии
- "3" ok="False" >может быть показанием для гидротубаций
- "4" ok="True" >является противопоказанием к внутриматочной контрацепции

<QUESTION "15">

Эндометрит

- "0" ok="True" >обычно является следствием внутриматочных вмешательств
- "1" ok="True" >гонорейной этиологии может проявляться кровотечением во время месячных
- "2" ok="True" >может быть причиной синдрома Ашермана
- "3" ok="False" >туберкулезной этиологии обычно протекает остро
- "4" ok="False" >в острой стадии сопровождается выраженными симптомами раздражения брюшины

<QUESTION "16">

Параметрит

- "0" ok="True" >обычно имеет связь с внутриматочными вмешательствами
- "1" ok="False" >в случае нагноения является показанием к лапаротомии



"2" ok="True" >часто сопровождается воспалением вен  
параметриев  
"3" ok="True" >может быть причиной смещения матки в здоровую  
сторону  
"4" ok="True" >является показанием для гирудотерапии

<QUESTION "17">

Пельвиоперитонит

"0" ok="True" >характерен для гонореи  
"1" ok="True" >может быть следствием воспаления придатков  
"2" ok="False" >проявляется положительным симптомом Гентера  
"3" ok="False" >часто осложняется тромбофлебитом тазовых вен  
"4" ok="False" >является показанием для лапаротомии

<QUESTION "18">

Наличие симптомов

"0" ok="False" >пельвиоперитонита при гонорее является  
показанием к оперативному лечению  
"1" ok="False" >перисальпингита является абсолютным  
показанием к сальпингоэктомии  
"2" ok="True" >тубоовариального гнойного образования  
является показанием к хирургическому лечению  
"3" ok="True" >сальпингоофарита может быть показанием для  
лапароскопии  
"4" ok="False" >хронического воспаления придатков матки  
является противопоказанием для гистеросальпингографии

<QUESTION "19">

Одним из (характерных) симптомов

"0" ok="False" >стабилизации острого воспаления придатков  
матки является повышение СОЭ  
"1" ok="False" >пельвиоперитонита является одностороннее  
притупление тона при перкуссии передневерхних остей крыльев подвздошных  
костей  
"2" ok="False" >одностороннего воспаления придатков матки  
является уплощение бокового свода влагалища  
"3" ok="False" >параметрита является резкая болезненность и  
уплощение заднего свода влагалища  
"4" ok="True" >хронического эндоцервицита может быть  
осложненная эктопия шейки матки

<QUESTION "20">

Наличие

"0" ok="False" >симптомов пельвиоперитонита при гонорее  
является показанием к оперативному лечению  
"1" ok="False" >перисальпингита является абсолютным  
показанием к сальпингоэктомии  
"2" ok="False" >тубоовариального гнойного образования  
является показанием к кольпотомии  
"3" ok="True" >хронического воспаления придатков матки может  
быть показанием для лапароскопии  
"4" ok="True" >острого воспаления придатков матки является  
противопоказанием для гистеросальпингографии

<QUESTION "21">

Основными признаками воспаления нижнего отдела половых органов у женщины являются

- "0" ok="False" >боли
- "1" ok="True" >патологические бели
- "2" ok="False" >синдром общей интоксикации
- "3" ok="False" >диспареуния

<QUESTION "22">

В настоящее время характерной особенностью гонореи у женщин является

- "0" ok="True" >рост субъективно асимптомных форм
- "1" ok="False" >редкость симбиоза возбудителя с простейшими, вирусами, спирохетами
- "2" ok="True" >разнообразие типов возбудителя, среди которых пиллированные формы наиболее вирулентны
- "3" ok="True" >внутриэпителиальное вегетирование возбудителя
- "4" ok="False" >возможность развития тяжелого клинического течения при поражении уретры и цервикального канала

<QUESTION "23">

С целью выявления гонореи используют

- "0" ok="False" >внутримышечное введение 500000 микр.тел гоновакцины
- "1" ok="True" >обработку уретры и цервикального канала раствором Люголя
- "2" ok="True" >ПЦР real-time диагностику
- "3" ok="False" >взятие мазков для исследования сразу после месячных
- "4" ok="True" >взятие мазков для исследования после родов

<QUESTION "24">

С целью выявления гонореи используют

- "0" ok="True" >внутримышечное введение возрастающих доз гоновакцины
- "1" ok="True" >комбинированные провокации
- "2" ok="False" >обработку цервикального канала 30% раствором азотнокислого серебра
- "3" ok="True" >внутримышечное введение гоновакцины и пирогенала
- "4" ok="True" >обследование всех женщин, направляемых на аборт

<QUESTION "25">

С целью выявления гонореи используют

- "0" ok="False" >внутримышечное введение 500000 ЕД гоновакцины
- "1" ok="True" >обработку уретры и цервикального канала 1% и 5% растворами азотнокислого серебра соответственно
- "2" ok="True" >взятие мазков после применения диатермии
- "3" ok="True" >забор материала для исследования после месячных
- "4" ok="False" >кольпоскопию

<QUESTION "26">

Забор материала для бактериоскопического исследования на гонококки должен осуществляться

"0" ok="True" >из уретры, цервикального канала и прямой кишки

"1" ok="False" >из заднего свода влагалища

"2" ok="False" >не менее чем через 2-3 дня после окончания антибактериальной терапии

"3" ok="False" >на фоне лечения антибиотиками

"4" ok="True" >у всех беременных женщин

<QUESTION "27">

Забор материала для исследования на гонококки должен осуществляться

"0" ok="True" >из уретры, цервикального канала и прямой кишки специальным инструментом

"1" ok="True" >не менее чем через 5-7 дней после окончания курса антибактериальной терапии

"2" ok="True" >во время месячных

"3" ok="True" >до применения антибиотиков

"4" ok="False" >перед менструацией

<QUESTION "28">

Диагноз гонореи может быть поставлен

"0" ok="False" >при положительной реакции Борде-Жангу

"1" ok="True" >при обнаружении возбудителя в бактериологических посевах

"2" ok="True" >в случаях положительной МАНК диагностики

"3" ok="False" >в случаях обнаружения диплококков в мазках

"4" ok="False" >в случаях повышения температуры тела до 38 градусов в ответ на введение гоновакцины

<QUESTION "29">

Гонорея у женщин

"0" ok="True" >в 50% протекает бессимптомно

"1" ok="False" >характеризуется наличием обильных пенистых белей

"2" ok="False" >может быть причиной атрезии цервикального канала

"3" ok="True" >может быть причиной бартолинита

"4" ok="False" >обычно осложняется развитием параметрита

<QUESTION "30">

Особенностью гонореи у женщин является

"0" ok="False" >высокая частота поражения влагалища

"1" ok="True" >наличие характерных слизисто-гнойных выделений из цервикального канала

"2" ok="True" >связь определенных этапов развития заболевания с менструальным циклом

"3" ok="False" >высокая частота поражения параметрия

"4" ok="True" >двухстороннее поражение маточных труб

<QUESTION "31">

Особенностью течения гонореи у женщин является

"0" ok="False" >наличие ярко выраженных клинических симптомов при поражении уреты и цервикального канала  
"1" ok="True" >наличие гнойного эндоцервицита  
"2" ok="True" >двухстороннее поражение придатков матки  
"3" ok="False" >отсутствие связи между определенными этапами развития заболевания и месячными, родами, абортами  
"4" ok="False" >частое развитие параметрита

<QUESTION "32">  
Острое воспаление придатков матки гонорейной этиологии  
"0" ok="False" >обычно развивается в течении первой недели после заражения  
"1" ok="True" >часто осложняется пельвиоперитонитом  
"2" ok="False" >является показанием к оперативному лечению  
"3" ok="True" >обычно бывает двухсторонним  
"4" ok="False" >является показанием к назначению ампициллина в курсовой дозе 3.5 г

<QUESTION "33">  
Гонорейный пельвиоперитонит  
"0" ok="True" >сопровождается ухудшением общего состояния больной  
"1" ok="False" >обычно переходит в диффузный перитонит  
"2" ok="True" >может осложняться вторичным аппендицитом  
"3" ok="False" >является показанием к оперативному лечению  
"4" ok="True" >обычно имеет связь с месячными, родами, абортами

<QUESTION "34">  
Гонорейный эндометрит  
"0" ok="True" >в острой форме встречается только после родов и абортов  
"1" ok="True" >может проявиться нарушением месячных  
"2" ok="False" >является наиболее частой причиной аменореи  
"3" ok="False" >не требует лечения  
"4" ok="False" >часто осложняется тромбофлебитом тазовых вен

<QUESTION "35">  
К восходящей гонорее относятся  
"0" ok="False" >бартолинит  
"1" ok="False" >эндоцервицит  
"2" ok="True" >эндометрит  
"3" ok="True" >сальпингоофарит  
"4" ok="True" >пельвиоперитонит

<QUESTION "36">  
Критерием излеченности гонореи у женщин является отсутствие гонококков в мазках, взятых  
"0" ok="True" p1="True">при контрольных обследованиях с использованием физиологической и комбинированной провокаций в течение трех месяцев  
"1" ok="False" >после трех ежемесячных алиментарных провокаций

"2" ok="False" >после трех серий ежемесячных физических провокаций  
"3" ok="False" >после серии внутримышечных инъекций возрастающих доз гоновакцины  
"4" ok="False" >после окончания курса лечения

<QUESTION "37">

Гонорея считается излеченной при получении отрицательных результатов исследований мазков, взятых  
"0" ok="False" >во время очередных месячных  
"1" ok="False" >после обработки уретры и цервикального канала раствором Люголя  
"2" ok="False" >после внутримышечного введения 500 млн.микрог. тел гоновакцины  
"3" ok="True" >при контрольных обследованиях в течение 3-х месяцев  
"4" ok="False" >после алиментарной провокации  
"5" ok="False" >после сеанса диатермии

<QUESTION "38">

Туберкулез женской половой сферы  
"0" ok="True" >может проявляться гиперполименореей  
"1" ok="True" >может быть диагностирован в результате гистологического исследования эндометрия  
"2" ok="False" >в 20-30% случаев носит первичный характер  
"3" ok="False" >может быть диагностирован при обнаружении на гистеросальпингограммах характерного симптома "лягушачьей икры"  
"4" ok="True" >может сопровождаться поражением тазовой брюшины

<QUESTION "39">

Туберкулез женской половой сферы  
"0" ok="False" >обычно проявляется односторонним поражением придатков  
"1" ok="False" >редко сопровождается нарушением базальной секреции яичниковых гормонов  
"2" ok="True" >может вызываться микобактерией бычьего типа  
"3" ok="True" >в редких случаях носит первичный характер  
"4" ok="False" >считается установленным при обнаружении на гистерограммах характерных деформаций полости матки

<QUESTION "40">

Туберкулез женской половой сферы  
"0" ok="True" >может проявляться аменореей  
"1" ok="True" >может проявляться гиперполименореей  
"2" ok="True" >может быть причиной бесплодия  
"3" ok="False" >в 30-40% случаях носит первичный характер  
"4" ok="False" >может быть заподозрен по характерным булабовидным расширениям в ампулярных отделах маточных труб на гистеросальпингограммах

<QUESTION "41">

Физиологическими барьерами инфицирования половой сферы у женщины не являются...

- "0" ok="False" >pH влагалища
- "1" ok="True" >секрет бартолиновых желез
- "2" ok="False" >сомкнутая половая щель
- "3" ok="False" >слизь цервикального канала
- "4" ok="True" >электролиты влагалищной жидкости

</GROUP>

<GROUP "9" excount="0,14,0,0,0,0">

<NAME>Раздел 9 Опухоли женских половых органов</NAME>

<QUESTION "0">

Согласно современным представлениям развитие миом происходит из так называемых зон роста

- "0" ok="False" >расположенных вокруг миофибрил
- "1" ok="False" >расположенных вокруг нервных волокон
- "2" ok="True" >расположенных вокруг тонкостенных сосудов
- "3" ok="True" >которые, в зависимости от гистохимических особенностей, определяют как "активные" и "малоактивные"
- "4" ok="False" >которые, в зависимости от темпа роста, могут определяться как "активные" и "малоактивные"

<QUESTION "1">

Миома матки

- "0" ok="True" >этиопатогенетически может быть связана с бесплодием, инфантилизмом
- "1" ok="True" >это слабо васкуляризованная опухоль с преимущественным расположением сосудов на поверхности узлов
- "2" ok="True" >может сопровождаться анемией при отсутствии гиперполименореи
- "3" ok="False" >обычно подвергается обратному развитию во время беременности
- "4" ok="True" >при атипичном расположении узлов часто проявляется нарушением функции соседних органов

<QUESTION "2">

Миома матки

- "0" ok="True" >чаще множественная
- "1" ok="True" >в подавляющем большинстве случаев (более 90%) локализуется в теле матки
- "2" ok="False" >редко сочетается с эндометриозом
- "3" ok="True" >встречается в сочетании с раком эндометрия
- "4" ok="True" >может осложняться слизистой дегенерацией узлов

<QUESTION "3">

Миома матки

- "0" ok="True" >имеет этиопатогенетические связи - с перенесенными воспалительными заболеваниями, - с абортами, - с осложненными родами
- "1" ok="False" >хорошо васкуляризованная опухоль с преимущественным расположением сосудов в центре узла
- "2" ok="False" >считается быстрорастущей, если за один год ее размеры увеличиваются не менее чем на 8 недель
- "3" ok="False" >может сопровождаться болевым синдромом при отсутствии нарушения питания узлов

"4" ok="True" >в случаях субмукозного расположения узлов часто проявляется гиперполименореей

<QUESTION "4">

Миома матки

"0" ok="False" >при наличии одного узла считается атипичной формой

"1" ok="False" >в 50% случаев локализуется в шейке матки

"2" ok="True" >нередко сочетается с мелкокистозным перерождением яичников

"3" ok="True" >может подвергаться обратному развитию в постменопаузе

"4" ok="False" >сопровождается нарушением функции соседних органов только при больших размерах опухоли

<QUESTION "5">

Миома матки

"0" ok="False" >может рассматриваться как опухоль, возникшая в гормонозависимом органе вследствие гиперпрогестеронемии

"1" ok="False" >сопровождается анемией только в случаях гиперполименореи

"2" ok="False" >в 15% случаев локализуется в шейке матки

"3" ok="True" >чаще озлокачивается при субмукозной форме

"4" ok="True" >в случаях злокачественного перерождения становится более мягкой консистенции

<QUESTION "6">

Миома матки

"0" ok="True" >при общих размерах более 14 недель является показанием к оперативному лечению

"1" ok="False" >в случаях наступления беременности является противопоказанием для искусственного аборта

"2" ok="False" >рассматривается как противопоказание для диагностического выскабливания полости матки

"3" ok="True" >является показанием к применению антипрогестинов

"4" ok="True" >может сопровождаться неврологическими расстройствами

<QUESTION "7">

Миома матки

"0" ok="True" >имеет определенные патогенетические связи с состоянием рецепторного аппарата миометрия

"1" ok="True" >с расположением узла между листками широкой связки относится к атипичной форме

"2" ok="True" >считается быстрорастущей при увеличении ее размеров более чем на 5 недели за один год

"3" ok="True" >может сопровождаться угнетением кроветворения

"4" ok="False" >в случаях злокачественного перерождения становится более плотной консистенции

<QUESTION "8">

С целью дифференциальной диагностики между миомой матки

"0" ok="False" >и беременностью, превышающей срок 20 недель,  
широко используется определение хорионического гонадотропина в моче  
"1" ok="False" >и аденомиозом показана лапароскопия  
"2" ok="True" >и аденомиозом показана гистероскопия  
"3" ok="False" >и опухолью яичника может быть использована  
гистеросальпингография  
"4" ok="True" >и опухолью яичника может быть использовано  
УЗИ

<QUESTION "9">

Кровотечения при миомах

"0" ok="False" >обычно носят ациклический характер  
"1" ok="True" >могут быть связаны с сопутствующей патологией  
эндометрия  
"2" ok="True" >обычно связывают с нарушением сократительной  
способности миометрия  
"3" ok="False" >являются показанием для назначения инъекций  
метилэргометрина  
"4" ok="True" >могут быть показанием для диагностического  
выскабливания полости матки

<QUESTION "10">

Быстрое увеличение размеров миомы

"0" ok="True" >может быть следствием злокачественного  
перерождения узла  
"1" ok="False" >обычно связано с некрозом узла  
"2" ok="True" >может быть симптомом саркомы матки  
"3" ok="False" >является показанием к более активной  
консервативной терапии  
"4" ok="False" >всегда сопровождается болевым симптомом

<QUESTION "11">

Субмукозная форма миомы матки

"0" ok="False" >в неосложненных случаях обычно проявляется  
постоянными болями в низу живота  
"1" ok="True" >может быть диагностирована при ультразвуковом  
исследовании  
"2" ok="False" >обычно диагностируется при лапароскопии  
"3" ok="True" >достоверно определяется при гистероскопии  
"4" ok="True" >является показанием для оперативного лечения

<QUESTION "12">

Нарушение функции соседних органов при миомах

"0" ok="False" >чаще возникает при интрамуральном  
расположении узлов  
"1" ok="False" >чаще возникает при быстром росте  
субмукозного узла  
"2" ok="False" >является характерным симптомом при типичном  
расположении узлов  
"3" ok="True" >является характерным симптомом при  
расположении узлов в шейке матки  
"4" ok="True" >является показанием к оперативному лечению

<QUESTION "13">



Консервативная терапия миом матки  
"0" ok="False" >включает применение диатермии  
"1" ok="False" >основывается на длительном применении андрогенов в постоянном режиме  
"2" ok="False" >может проводиться препаратами эстрогенового ряда  
"3" ok="True" >основывается на использовании агонистов ГнРГ  
"4" ok="True" >включает применение анпипрогестинов

<QUESTION "14">  
Консервативная терапия миом матки  
"0" ok="False" >исключает лечение анемии  
"1" ok="True" >может включать йодобромные или радоновые ванны  
"2" ok="False" >широко использует этинилэстрадиол в циклическом или постоянном режимах  
"3" ok="True" >включает циклическое применение комплекса таргентных препаратов  
"4" ok="True" >включает назначение специальных диет, видное место среди которых занимают специальные схемы приема минеральных вод, яблочного, свекольного и картофельного соков

<QUESTION "15">  
Консервативные методы лечения миом матки могут включать  
"0" ok="True" >применение норколута 1-2 таблетки в сутки с 16 до 25 дня менструального цикла  
"1" ok="False" >лучевую терапию  
"2" ok="True" >длительное циклическое применение комплекса витаминов, основным среди которых является ретинол  
"3" ok="False" >применение небольших доз тестостерона в течение 3-6 менструальных циклов  
"4" ok="False" >применение Тио-Тэфа

<QUESTION "16">  
Противопоказанием к консервативному лечению миом матки является  
"0" ok="False" >интрамуральная форма опухоли  
"1" ok="True" >субсерозный узел на ножке  
"2" ok="True" >быстрый рост опухоли  
"3" ok="True" >нарушение функции соседних органов  
"4" ok="False" >тяжелая стадия гипертонической болезни

<QUESTION "17">  
Показанием к оперативному лечению миом матки является  
"0" ok="False" >возраст больной старше 40 лет  
"1" ok="False" >субсерозно-интрамуральное расположение узлов  
"2" ok="True" >субмукозная форма опухоли  
"3" ok="True" >нарушение функции соседних органов  
"4" ok="True" >гиперполименорея, приводящая к анемии

<QUESTION "18">  
Радикальным объемом оперативного вмешательства при миомах считается  
"0" ok="False" >миомэктомия

- "1" ok="True" >экстирпация матки
- "2" ok="True" >надвлагалищная ампутация матки
- "3" ok="False" >дефундация матки
- "4" ok="False" >удаление рождающегося подслизистого узла

<QUESTION "19">

Объем оперативного лечения при миоме

- "0" ok="True" >может зависеть от возраста больной
- "1" ok="True" >может зависеть от локализации узлов
- "2" ok="True" >считается радикальным в случаях экстирпации матки
- "3" ok="False" >всегда включает удаление яичников
- "4" ok="False" >никогда не ограничивается удалением отдельных узлов

<QUESTION "20">

I-а стадия рака шейки матки включает варианты, при которых

- "0" ok="False" >нет инвазии в строму
- "1" ok="True" >инвазия в строму не превышает 3 мм
- "2" ok="False" >опухоль ограничена шейкой матки
- "3" ok="False" >рак инфильтрирует верхнюю треть влагалища
- "4" ok="False" >рак распространяется на тело матки

<QUESTION "21">

Ко II стадии рака шейки матки относятся варианты, при которых

- "0" ok="True" >рак инфильтрирует стенку влагалища, не переходя на его нижнюю треть
- "1" ok="False" >глубина инвазии в тело матки не превышает 3 мм
- "2" ok="True" >рак инфильтрирует параметрий с одной или обеих сторон, не переходя на стенку таза
- "3" ok="False" >имеются регионарные метастазы
- "4" ok="False" >рак ограничен шейкой матки

<QUESTION "22">

Ко II стадии рака шейки матки относятся варианты, при которых

- "0" ok="False" >рак ограничен шейкой матки, но глубина инвазии превышает 3 мм
- "1" ok="True" >рак инфильтрирует стенку влагалища, не переходя на его нижнюю треть
- "2" ok="False" >рак инфильтрирует параметрий только с одной стороны
- "3" ok="True" >рак распространяется на тело матки
- "4" ok="True" >рак инфильтрирует параметрий с одной или обеих сторон, не переходя на стенку таза

<QUESTION "23">

К III стадии рака шейки матки относятся варианты, при которых

- "0" ok="True" >рак инфильтрирует стенку влагалища, переходя на его нижнюю треть
- "1" ok="False" >рак инфильтрирует параметрий с обеих сторон, не переходя на стенку таза
- "2" ok="False" >рак распространяется за пределы таза
- "3" ok="False" >рак инфильтрирует тело матки

"4" ok="True" >пальпируются изолированные метастазы у стенки таза

<QUESTION "24">

Рак шейки матки

"0" ok="True" >может осложняться окклюзией мочеточника

"1" ok="False" >метастазирует преимущественно гематогенным путем

"2" ok="True" >может являться показанием к операции

Вертгейма

"3" ok="False" >лечится с применением больших доз

прогестерона

"4" ok="True" >0 стадии при правильном лечении рецидивирует с частотой, не превышающей 3%

<QUESTION "25">

Рак шейки матки

"0" ok="False" >диагностируется с помощью специфической пробы Шиллера

"1" ok="False" >чаще встречается у нерожавших женщин

"2" ok="False" >встречается только в виде экзофитной формы

"3" ok="True" >на ранних стадиях может проявляться контактными кровотечениями

"4" ok="True" >в преинвазивной стадии может являться показанием к электроэксцизии шейки матки

<QUESTION "26">

Рак шейки матки

"0" ok="False" >диагностируется по положительной пробе Шиллера

"1" ok="True" >в этиопатогенезе связывают с вирусной инфекцией

"2" ok="False" >развивается только из эктоцервуса

"3" ok="False" >может проявляться ациклическими кровотечениями

"4" ok="True" >в I-а стадии может являться показанием к электроэксцизии шейки матки

<QUESTION "27">

Рак шейки матки

"0" ok="False" >на ранних стадиях может проявляться специфическими с резким запахом выделениями

"1" ok="True" >при II стадии является показанием к экстирпации матки

"2" ok="False" >III стадии является показанием к операции Лефора-Нейгебауэра

"3" ok="True" >IV стадии характеризуется поражением соседних органов

"4" ok="False" >метастазирует в сальник

<QUESTION "28">

Рак шейки матки

"0" ok="True" >может быть диагностирован с помощью кольпоскопии

"1" ok="False" >поражает строго определенные возрастные группы женщин  
"2" ok="True" >может развиваться в цервикальном канале  
"3" ok="True" >может проявляться гематурией  
"4" ok="True" >в I-а стадии может быть показанием к простой экстирпации матки

<QUESTION "29">  
Рак шейки матки  
"0" ok="True" >метастазирует в подвздошные и запирательные лимфоузлы  
"1" ok="True" >может осложняться развитием гидронефроза  
"2" ok="False" >обычно метастазирует в легкие и кости  
"3" ok="True" >II стадия может быть показанием к комбинированному или сочетанному лучевому лечению  
"4" ok="False" >лечится с широким использованием химиопрепаратов

<QUESTION "30">  
Рак шейки матки  
"0" ok="True" >диагностируется с помощью цитологического исследования мазков-соскобов  
"1" ok="True" >чаще встречается у многорожавших женщин  
"2" ok="True" >известен в виде язвы  
"3" ok="False" >на ранних стадиях проявляется болями  
"4" ok="False" >в преинвазивной стадии является показанием к экстирпации матки

<QUESTION "31">  
Рак шейки матки  
"0" ok="True" >метастазирует в подвздошные лимфоузлы  
"1" ok="False" >I-б стадия может являться показанием к трахелэктомии  
"2" ok="False" >III стадия является показанием к операции Вертгейма  
"3" ok="False" >лечится с применением больших доз андрогенов  
"4" ok="False" >за последние 40-50 лет не имеет тенденций к снижению частоты

<QUESTION "32">  
К фоновым патологическим процессам шейки матки (Я.В.Бохман, 1976) относятся  
"0" ok="False" >дисбиоз  
"1" ok="True" >эрозированный эктропион  
"2" ok="True" >полип  
"3" ok="True" >дискератозы (лейкоплакия, эритроплакия)  
"4" ok="False" >дисплазия

<QUESTION "33">  
Псевдозерозия (эктопия) шейки матки  
"0" ok="False" >никогда не встречается у девочек  
"1" ok="False" >при беременности обычно является следствием заживления истинной эрозии  
"2" ok="True" >может быть следствием эндоцервицита

"3" ok="False" >характеризуется нарушением слоистости  
плоского эпителия эктоцервикса  
"4" ok="False" >при обнаружении в I триместре беременности  
является показанием к консервативному лечению

<QUESTION "34">  
Псевдоэрозия (эктопия) шейки матки  
"0" ok="True" >может возникнуть в результате воспалительного  
процесса  
"1" ok="False" >является противопоказанием к искусственному  
аборту  
"2" ok="False" >может рассматриваться как преинвазивный рак  
"3" ok="True" >в процессе заживления может сопровождаться  
образованием ретенционных кист  
"4" ok="False" >может лечиться с помощью физиотерапии

<QUESTION "35">  
Псевдоэрозия (эктопия) шейки матки  
"0" ok="True" >может возникать как результат травмы шейки  
матки в родах  
"1" ok="True" >встречается в детском возрасте  
"2" ok="False" >относится к предраку по классификации  
Я.В.Бохмана  
"3" ok="True" >характеризуется развитием цилиндрического  
эпителия на поверхности эктоцервикса  
"4" ok="False" >лечится с помощью электрофореза с йодом

<QUESTION "36">  
Полип цервикального канала  
"0" ok="False" >относится к предраковым заболеваниям по  
классификации Я.В.Бохмана  
"1" ok="False" >должен быть удален в амбулаторных условиях  
"2" ok="True" >является показанием к выскабливанию  
цервикального канала и полости матки  
"3" ok="True" >может быть фиброзным  
"4" ok="True" >может быть диагностирован при цервикоскопии

<QUESTION "37">  
Дисплазия  
"0" ok="False" >это патология покровного эпителия шейки  
матки, во всей толще которого имеются гистологические признаки рака, но  
отсутствует инвазия в подлежащую строму  
"1" ok="False" >относится к фоновым заболеваниям шейки  
матки  
"2" ok="True" >может обнаруживаться при специальном  
исследовании визуально не измененной шейки матки  
"3" ok="False" >является показанием к экстирпации матки в  
любом возрасте  
"4" ok="True" >умеренная обычно лечится с помощью деструкции  
пораженных участков шейки матки

<QUESTION "38">  
Дисплазия

"0" ok="True" >это атипия эпителия шейки матки с нарушением слоистости, но без вовлечения в процесс поверхностного слоя и стромы  
"1" ok="False" >относится к фоновым процессам шейки матки  
"2" ok="False" >может быть диагностирована при осмотре шейки матки в зеркалах по характерным клиническим признакам  
"3" ok="True" >в зависимости от степени выраженности гистологических изменений может быть разделена на легкую, умеренную и выраженную  
"4" ok="True" >лечится с помощью электроэксцизии шейки матки

<QUESTION "39">

Дисплазия

"0" ok="False" >это атипия эпителия шейки матки с нарушением слоистости и вовлечением в процесс поверхностного слоя стромы  
"1" ok="True" >это предрак шейки матки  
"2" ok="False" >может быть обнаружена только при исследовании визуально измененной шейки матки  
"3" ok="True" >при речедивах может быть показанием к экстирпации матки  
"4" ok="False" >имеет характерные клинические признаки

<QUESTION "40">

Рак тела матки

"0" ok="True" >у 30-40% больных развивается при отсутствии выраженных нарушений обменного и репродуктивного гомеостаза  
"1" ok="True" >имеет более неблагоприятное течение при II патогенетическом варианте опухоли, чем при I варианте  
"2" ok="True" >чаще встречается в виде аденокарциномы  
"3" ok="False" >II стадии - опухоль, ограниченная телом матки  
"4" ok="True" >T3 в классификации по системе TNM обозначает случаи распространения карциномы за пределами матки, но в пределах малого таза

<QUESTION "41">

Рак тела матки

"0" ok="False" >встречается чаще у много рожавших женщин  
"1" ok="False" >проявляется циклическими кровотечениями  
"2" ok="True" >0 стадии имеет синоним - атипическая гиперплазия эндометрия  
"3" ok="False" >II стадии - опухоль, ограниченная телом матки  
"4" ok="True" >T1 в классификации по системе TNM обозначает, что карцинома ограничена телом матки

<QUESTION "42">

Рак тела матки

"0" ok="False" >редко развивается как гормонозависимая опухоль  
"1" ok="True" >имеет сравнительно благоприятное течение у больных с I патогенетическим вариантом развития опухоли  
"2" ok="True" >связан с наличием метаболического синдрома  
"3" ok="False" >II-в стадии - опухоль ограничена эндометрием

"4" ok="True" >M0 в классификации TNM означает отсутствие признаков отдаленных метастазов

<QUESTION "43">

Рак тела матки

"0" ok="True" >у 60-70% больных развивается на фоне хронической гиперэстрогении в сочетании с нарушениями жирового и углеводного обмена

"1" ok="True" >имеет более благоприятное клиническое течение при I патогенетическом варианте развития опухоли, чем при II варианте

"2" ok="False" >чаще развивается у много рожавших женщин

"3" ok="True" >0 стадии имеет синоним - атипическая гиперплазия эндометрия

"4" ok="True" >T1 в классификации TNM обозначает процесс, ограниченный телом матки

<QUESTION "44">

Рак тела матки

"0" ok="True" >метастазирует преимущественно лимфогенным путем

"1" ok="False" >на ранних стадиях проявляется водянистыми белями

"2" ok="True" >NX в классификации TNM означает, что нет достаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов

"3" ok="True" >I-а стадии по классификации МЗ СССР (1985) означает, что опухоль ограничена эндометрием

"4" ok="False" >протекает одинаково при любой первичной локализации процесса

<QUESTION "45">

Признаками, позволяющими отнести рак тела матки к I патогенетическому варианту, являются

"0" ok="True" >сниженная детородная функция

"1" ok="False" >атрофия как фоновое состояние эндометрия

"2" ok="True" >гиперплазия или полипы эндометрия

"3" ok="True" >менопауза после 50 лет

"4" ok="True" >гранулезноклеточная опухоль яичника

<QUESTION "46">

Признаками, позволяющими отнести рак тела матки к I патогенетическому варианту, являются

"0" ok="False" >наступление менопаузы до 50 лет

"1" ok="False" >атрофический тип кольпоцитологической реакции влагалищного мазка

"2" ok="True" >гипертоническая болезнь в сочетании с ожирением и сахарным диабетом

"3" ok="False" >иммунодепрессия

"4" ok="True" >синдром Штейна-Левенталя

<QUESTION "47">

Рак тела матки I патогенетического варианта характеризуется

"0" ok="True" >более длительным течением

"1" ok="True" >высокой степенью дифференцировки

"2" ok="False" >высокой склонностью к метастазированию

- "3" ok="True" >высокой чувствительностью к прогестинам
- "4" ok="True" >поверхностной инвазией в миометрий

<QUESTION "48">

Признаками, позволяющими отнести рак тела матки ко II патогенетическому варианту, являются

- "0" ok="False" >наступление менопаузы после 50 лет
- "1" ok="False" >гипертоническая болезнь в сочетании с ожирением или сахарным диабетом
- "2" ok="True" >атрофия как фоновое состояние эндометрия
- "3" ok="True" >фиброз яичников
- "4" ok="True" >нормальная детородная функция

<QUESTION "49">

Признаками, позволяющими отнести рак тела матки ко II патогенетическому варианту, являются

- "0" ok="True" >наступление менопаузы до 50 лет
- "1" ok="True" >атрофический тип кольпоцитологической реакции влагалищного мазка
- "2" ok="True" >фиброз яичников
- "3" ok="True" >иммунодепрессия
- "4" ok="False" >ановуляторные маточные кровотечения в анамнезе

<QUESTION "50">

Рак тела матки II патогенетического варианта

- "0" ok="True" >характеризуется быстрым течением
- "1" ok="True" >характеризуется низкой степенью дифференцировки
- "2" ok="False" >чаще имеет поверхностную инвазию в миометрий
- "3" ok="True" >обладает низкой чувствительностью к прогестинам
- "4" ok="True" >имеет сомнительный прогноз

<QUESTION "51">

Рак тела матки II патогенетического варианта

- "0" ok="False" >встречается у 10% больных
- "1" ok="True" >чаще имеет глубокую инвазию в миометрий
- "2" ok="True" >обладает высокой склонностью к метастазированию
- "3" ok="False" >чувствителен к прогестинам
- "4" ok="False" >имеет благоприятный прогноз

<QUESTION "52">

Специальное обследование для диагностики рака тела матки и его патогенетических вариантов включает

- "0" ok="True" >цитологическое исследование влагалищных мазков
- "1" ok="True" >прицельную биопсию эндометрия
- "2" ok="True" >цистоскопию
- "3" ok="True" >УЗИ таза
- "4" ok="False" >определение степени чистоты влагалища

<QUESTION "53">



Специальные методы обследования с целью диагностики рака тела матки и его стадии включают

"0" ok="True" >гистероскопию

"1" ok="True" >раздельное диагностическое выскабливание шеечного канала и полости матки

"2" ok="False" >цервикографию

"3" ok="True" >экскреторную урографию

"4" ok="True" >УЗИ таза

<QUESTION "54">

Специальные методы обследования с целью диагностики рака тела матки и его стадии включают

"0" ok="False" >цитологическое исследование аспираты из брюшной полости

"1" ok="True" >изотопную лимфографию

"2" ok="True" >прицельную биопсию эндометрия

"3" ok="False" >фертилоскопию

"4" ok="True" >ректороманоскопию

<QUESTION "55">

Для лечения

"0" ok="True" >отдаленных метастазов и рецидивов рака тела матки может применяется гормонохимиотерапия

"1" ok="True" >III стадии рака тела матки используется сочетанная рентгенотерапия

"2" ok="True" >рака тела матки 0 стадии широко используется гормонотерапия

"3" ok="True" >рака тела матки T1NoMo используется комбинированная терапия

"4" ok="False" >I стадии рака тела матки обычно применяется операция Вертгейма

<QUESTION "56">

Объем хирургического лечения рака тела матки

"0" ok="True" >зависит от локализации опухоли

"1" ok="True" >зависит от патогенетического варианта опухоли

"2" ok="True" >может быть ограничен экстирпацией матки с придатками

"3" ok="False" >может быть ограничен надвлагалищной ампутацией матки с удалением придатков

"4" ok="False" >обычно соответствует операции Вертгейма

<QUESTION "57">

В зависимости от стадии и путей распространения рака тела матки объем хирургического вмешательства может быть ограничен

"0" ok="True" >экстирпацией матки с придатками

"1" ok="True" >аблацию эндометрия

"2" ok="False" >надвлагалищной ампутацией матки с придатками

"3" ok="True" >операцией Вертгейма

"4" ok="False" >экстирпацией матки с придатками и оментэктомией

<QUESTION "58">

Лечение больных с атипической гиперплазией эндометрия

"0" ok="True" >может зависеть от возраста больной  
"1" ok="False" >может проводится оксипрогестероном  
капроном в курсовой дозе 24-28 г  
"2" ok="False" >может включать назначение стероидных  
противозачаточных препаратов по контрацептивной схеме с последующим  
назначением кломифенцитрата  
"3" ok="False" >может включать назначение андрогенов  
"4" ok="True" >может включать назначение антиэстрогенов

<QUESTION "59">

Лечение фоновых процессов рака эндометрия  
"0" ok="True" p1="True">зависит от возраста больной  
"1" ok="True" >может включать выскабливание полости матки  
"2" ok="True" >может включать назначение стероидных  
противозачаточных препаратов в постоянном режиме  
"3" ok="True" >может включать назначение оксипрогестерона  
капромата во II-ю фазу менструального цикла  
"4" ok="False" >может включать применение цитостатиков

<QUESTION "60">

Трофобластическая болезнь  
"0" ok="False" >чаще всего встречается в постменопаузе  
"1" ok="False" >обычно возникает у женщин с первичным  
бесплодием  
"2" ok="False" >характеризуется инвазией в материнские ткани  
только в злокачественной форме  
"3" ok="True" >обычно проявляется кровомазанием  
"4" ok="True" >проявляется повышенным уровнем ХГЧ

<QUESTION "61">

Трофобластическая болезнь  
"0" ok="False" >встречается чаще в странах Европы, чем Азии  
"1" ok="True" >этиопатогенетически связана с беременностью  
"2" ok="False" >любой формы характеризуется отсутствием  
плода  
"3" ok="False" >метастазирует только при развитии  
злокачественных форм  
"4" ok="True" >всех форм сопровождается децидуальными  
изменениями в эндометрии

<QUESTION "62">

Трофобластические опухоли  
"0" ok="False" >в виде различных форм пузырного заноса в  
Европе встречаются с частотой 1:100000 беременностей  
"1" ok="False" >не имеют доброкачественных форм  
"2" ok="True" >могут развиваться при наличии живого плода  
"3" ok="False" >в форме пузырного заноса никогда не  
метастазируют  
"4" ok="True" >секретируют специфический тиреотропин

<QUESTION "63">

Трофобластические опухоли  
"0" ok="False" >чаще встречаются в регионах с низкой  
фертильностью

"1" ok="True" >встречаются в пре- и постменопаузе  
"2" ok="False" >с инвазией в строму классифицируются как  
злокачественные  
"3" ok="False" >могут развиваться из остатков децидуальной  
оболочки  
"4" ok="True" >обычно характеризуются высокой секрецией  
хорионического гонадотропина

<QUESTION "64">  
Хориокарцинома  
"0" ok="True" >патогенетически может быть связана с  
нормально закончившейся беременностью  
"1" ok="False" >IV стадии диагностируется по наличию  
метастазов в легких  
"2" ok="False" >диагностируется по типичным признакам на  
эхограмме  
"3" ok="True" >проявляется ациклическими кровотечениями  
"4" ok="True" >имеет худший прогноз у больных старше 40 лет

<QUESTION "65">  
Хориокарцинома  
"0" ok="True" >встречается в постменопаузе  
"1" ok="True" >II стадия характеризуется наличием метастазов  
в органах малого таза и влагалище  
"2" ok="False" >характеризуется двукратным увеличением  
индекса дискриминации  
"3" ok="False" >протекает более злокачественно, если  
возникла после пузырного заноса, чем после нормальной беременности  
"4" ok="False" >сопровождается галактореей

<QUESTION "66">  
Хориокарцинома  
"0" ok="True" >может иметь латентный период более 20 лет  
"1" ok="True" >может проявляться кровохарканием, одышкой  
"2" ok="True" >секретирует специфический бета-глобулин  
"3" ok="True" >обычно проявляется беспорядочными  
кровотечениями  
"4" ok="True" >течет медленнее и лучше поддается лечению,  
если развилась после пузырного заноса

<QUESTION "67">  
Лечение больных хориокарциномой, относящихся к средней группе  
риска (два фактора)  
"0" ok="False" >может проводиться по схеме МТ/ФА  
"1" ok="True" >по схеме МАС III включает метатрексат,  
дактиномицин, циклофосфамид, фолиевую кислоту  
"2" ok="False" >обычно начинается с операции  
"3" ok="True" >в схеме полихимиотерапии может включать  
винкристин и цисплатин  
"4" ok="False" >проводится курсами с интервалами не более 6  
дней

<QUESTION "68">

Инвазивный пузырьный занос и хориокарцинома без метастазов являются показанием

- "0" ok="True" >для моно- или полихимиотерапии
- "1" ok="False" >для рентгенотерапии
- "2" ok="True" >для стероидной контрацепции в течение одного года
- "3" ok="False" >для надвлагалищной ампутации матки
- "4" ok="False" >для операции Вертгейма

<QUESTION "69">

К факторам риска, влияющим на выбор химиотерапии при хориокарциноме, относятся

- "0" ok="True" >возраст больной
- "1" ok="True" >длительность клинических симптомов
- "2" ok="True" >течение предшествующей беременности
- "3" ok="False" >тип опухоли
- "4" ok="True" >уровень хорионического гонадотропина

<QUESTION "70">

Химиотерапия хориокарциномы

- "0" ok="False" >исключает возможность сохранения репродуктивной функции
- "1" ok="True" >применяется при наличии метастазов в легкие
- "2" ok="True" >проводится метотрексатом
- "3" ok="False" >обычно проводится винкристином
- "4" ok="False" >прекращается после первого неэффективного курса

<QUESTION "71">

Химиотерапия хориокарциномы

- "0" ok="False" >является вспомогательным методом
- "1" ok="False" >в виде монохимиотерапии обычно проводится циклофосфаном
- "2" ok="False" >широко комбинируется с рентгенотерапией
- "3" ok="True" >может проводиться в дозах, позволяющих сохранять менструальную и репродуктивную функции
- "4" ok="False" >может проводиться ТИО-ТЭФом

<QUESTION "72">

Схема химиотерапии МТ/ФА (метотрексат + фолиевая кислота)

- "0" ok="True" >рекомендуется больным хориокарциномой с фактором риска 0-1
- "1" ok="False" >проводится только в комбинации с оперативным вмешательством
- "2" ok="True" >проводится под контролем количества лейкоцитов и тромбоцитов
- "3" ok="False" >включает только один курс
- "4" ok="False" >считается основной для лечения пузырьного заноса

<QUESTION "73">

Хирургическое лечение хориокарциномы

- "0" ok="False" >является основным методом

"1" ok="False" >может проводиться в объеме, позволяющем сохранить менструальную и репродуктивную функции  
"2" ok="True" >предпринимается главным образом по жизненным показаниям  
"3" ok="True" >показано при кровотечении  
"4" ok="False" >обычно комбинируется с рентгенотерапией

<QUESTION "74">  
Пузырный занос  
"0" ok="True" >является показанием к вакуум-аспирации  
"1" ok="True" >является показанием к контролю за ХГ в послеоперационном периоде  
"2" ok="False" >является противопоказанием к стероидной контрацепции в течение двух лет  
"3" ok="True" >может рассматриваться как показание к монохимиотерапии  
"4" ok="False" >не имеет осложнений, требующих экстирпации матки

<QUESTION "75">  
Пузырный занос  
"0" ok="True" >характеризуется отеком ворсин плаценты и гиперплазией синцитио- и цитотрофобласта  
"1" ok="True" >может сопровождаться развитием текалютеиновых кист в яичниках  
"2" ok="True" >может протекать с отставанием размеров матки от ожидаемых по сроку гестации  
"3" ok="False" >часто озлокачивается  
"4" ok="True" >является показанием к предохранению от беременности в течение 1-2 лет

<QUESTION "76">  
Пузырный занос  
"0" ok="True" >чаще проявляется кровотечениями  
"1" ok="False" >обычно сопровождается развитием фолликулярных кист в яичниках  
"2" ok="True" >диагностируется по характерным признакам на эхограмме  
"3" ok="False" >лучше эвакуировать из матки неинвазивными медикоментозными методами  
"4" ok="True" >может являться показанием к химиотерапии

<QUESTION "77">  
Пузырный занос  
"0" ok="False" >характеризуется атрофией обоих слоев трофобласта  
"1" ok="False" >обычно проявляется стойкой аменореей  
"2" ok="True" >может быть заподозрен при обнаружении на эхограмме "пустого" плодного яйца  
"3" ok="False" >предпочтительнее эвакуировать с помощью выскабливания полости матки, чем вакуум-аспирацией  
"4" ok="True" >требует диспансерного наблюдения за больными после его удаления

<QUESTION "78">

Пузырный занос

"0" ok="True" >может проявляться поздним гестозом на ранних сроках

"1" ok="False" >всегда сопровождается опережающим срок гестации увеличением размеров матки

"2" ok="False" >характеризуется увеличением КПИ

"3" ok="False" >является показанием к удалению матки

"4" ok="True" >при наличии метастазов является показанием к назначению полихимиотерапии

<QUESTION "79">

Профилактический курс химиотерапии после удаления пузырного заноса проводится

"0" ok="True" >при сохранении высокого титра (свыше 30000 МЕ/л) хорионического гонадотропина в течение 4-8 недель

"1" ok="True" >при повышении уровня хорионического гонадотропина

"2" ok="True" >при наличии метастазов

"3" ok="False" >при тяжелом раннем гестозе

"4" ok="False" >при наличии симптомов позднего гестоза

<QUESTION "80">

К теориям, объясняющим развитие эндометриоза, не относятся

"0" ok="False" >дезонтотгенетическая

"1" ok="True" >нейро-гуморальная

"2" ok="False" >имплантационная

"3" ok="False" >иммунологическая

"4" ok="True" >сосудистая

<QUESTION "81">

К группе риска по развитию эндометриоза относятся больные

"0" ok="True" >страдающие хроническим воспалением придатков матки

"1" ok="False" >страдающие синдромом Штейна-Левенталя

"2" ok="True" >подвергавшиеся инвазивным методам гинекологического исследования или лечения

"3" ok="False" >применявшие гормональную контрацепцию

"4" ok="True" >страдающие миомой матки

<QUESTION "82">

Эндометриоз

"0" ok="False" >развивается вследствие недостаточности эстрогенов

"1" ok="False" >встречается только у женщин и не описан у мужчин

"2" ok="False" >яичника является показанием к консервативному лечению

"3" ok="True" >характеризуется значительными изменениями в состоянии иммунологической системы

"4" ok="True" >сопровождается нарушениями функции печени, поджелудочной или щитовидной железы

<QUESTION "83">

Клиническими проявлениями эндометриоза являются  
"0" ok="True" >нарушение менструального цикла  
"1" ok="True" >циклически возникающий болевой синдром  
"2" ok="True" >бесплодие  
"3" ok="True" >нарушение функций соседних органов  
"4" ok="True" >астеноневротический синдром

<QUESTION "84">

Эндометриоз влагалищной части шейки матки  
"0" ok="True" >часто не требует лечения  
"1" ok="False" >проявляется интенсивными болями перед и во время месячных  
"2" ok="False" >редко проявляется нарушением характера менструаций  
"3" ok="True" >диагностируется при помощи кольпоскопии  
"4" ok="False" >хорошо поддается консервативной терапии

<QUESTION "85">

Внутренний эндометриоз  
"0" ok="True" >сопровождается альгодисменореей  
"1" ok="False" >встречается редко  
"2" ok="True" >развивается из базального слоя эндометрия  
"3" ok="False" >хорошо поддается гормональной терапии  
"4" ok="False" >не выявляется при гистероскопии

<QUESTION "86">

К внутреннему генитальному эндометриозу относится  
"0" ok="False" >эндометриоз влагалищной части шейки матки  
"1" ok="False" >эндометриоз брюшины  
"2" ok="False" >эндометриоз яичников  
"3" ok="True" >эндометриоз интерстициального отдела маточных труб  
"4" ok="False" >ретроцервикальный эндометриоз

<QUESTION "87">

Эндометриоз яичников  
"0" ok="False" >относится к внутреннему генитальному эндометриозу  
"1" ok="True" >характеризуется отсутствием типичной клинической симптоматики  
"2" ok="False" >выявляется с помощью гистеросальпингографии  
"3" ok="False" >диагностируется при гистероскопии  
"4" ok="True" >является показанием для хирургического лечения

<QUESTION "88">

Ретроцервикальный эндометриоз  
"0" ok="True" >может проявляться болями, метеоризмом, задержкой стула накануне и во время месячных  
"1" ok="False" >невозможно диагностировать при бимануальном исследовании  
"2" ok="False" >диагностируется с помощью гистерографии  
"3" ok="True" >имеет характерные ультразвуковые признаки  
"4" ok="False" >лечится только оперативным путем

<QUESTION "89">

Аденомиоз

- "0" ok="True" >может сочетаться с миомой матки
- "1" ok="False" >редко сопровождается нарушением менструального цикла
- "2" ok="False" >выявляется при гистологическом исследовании соскоба эндометрия
- "3" ok="True" >диагностируется при помощи гистероскопии и гистерографии
- "4" ok="False" >хорошо поддается консервативной терапии

<QUESTION "90">

Злокачественное перерождение эндометриоза

- "0" ok="False" >встречается у 70-80% пациентов
- "1" ok="True" >чаще наблюдается при стромальном эндометриозе
- "2" ok="False" >встречается только в репродуктивном возрасте
- "3" ok="True" >встречается в виде аденокарциномы яичников
- "4" ok="False" >чаще наблюдается у женщин, получавших синтетические прогестины

<QUESTION "91">

Для диагностики эндометриоза шейки матки применяется

- "0" ok="False" >раздельное диагностическое выскабливание
- "1" ok="True" >осмотр шейки матки в зеркалах
- "2" ok="False" >бимануальное исследование
- "3" ok="True" >кольпоскопия
- "4" ok="True" >цервикогрфия

<QUESTION "92">

Аденомиоз диагностируется

- "0" ok="True" >клинически в секреторную фазу менструального цикла
- "1" ok="False" >при кольпоскопии
- "2" ok="False" >при гистерографии накануне месячных
- "3" ok="True" >при гистерографии после месячных
- "4" ok="True" >при гистероскопии

<QUESTION "93">

Комплексная терапия эндометриоза может включать назначение

- "0" ok="False" >антибиотиков широкого спектра действия
- "1" ok="True" >эссенциале
- "2" ok="False" >цитостатиков
- "3" ok="True" >декариса
- "4" ok="True" >родоносовых ванн

<QUESTION "94">

В комплексную терапию эндометриоза включается применение

- "0" ok="False" >тепловых физиотерапевтических процедур
- "1" ok="True" >УФО крови
- "2" ok="True" >гепатопротекторов
- "3" ok="True" >противовоспалительной терапии
- "4" ok="True" >иммунокорректоров



<QUESTION "95">

Физиотерапия при эндометриозе может включать

- "0" ok="False" >тепловые процедуры
- "1" ok="True" >электрофорез с лидазой
- "2" ok="True" >электрофорез йода
- "3" ok="True" >ультразвук
- "4" ok="True" >электрофорез химопсина

<QUESTION "96">

Для консервативной терапии эндометриоза не используются

- "0" ok="False" >синтетические прогестины
- "1" ok="True" >препараты эстрогенов
- "2" ok="False" >агониста ГнРГ
- "3" ok="False" >анаболические стероиды
- "4" ok="False" >препарат даназол

<QUESTION "97">

Синтетические эстроген-гестагенные препараты в комплексной терапии эндометриоза

- "0" ok="False" >применяются редко
- "1" ok="False" >могут назначаться с 16 по 25 день менструального цикла
- "2" ok="False" >используются при сочетании эндометриоза и миомы матки
- "3" ok="True" >применяются по контрацептивной схеме
- "4" ok="True" >влияют на активность пролиферативных процессов в эндометриоидных очагах

<QUESTION "98">

Синтетические эстроген-гестагенные препараты при лечении эндометриоза

- "0" ok="False" >не применяются
- "1" ok="False" >широко используются у больных, имеющих сочетания эндометриоза и миомы матки
- "2" ok="False" >могут назначаться 1-2 мес. по контрацептивной схеме
- "3" ok="True" >могут назначаться по 4-6 мес.
- "4" ok="True" >противопоказаны при склонности к гиперкоагуляции, хронических тромбофлебитах, флебитах, сахарном диабете

<QUESTION "99">

Согласно современным гипотезам ведущее место в генезе опухолей яичника отводится

- "0" ok="True" >нарушениям гормонального баланса в системе "гипофиз-яичник"
- "1" ok="False" >частым беременностям
- "2" ok="False" >гормональной контрацепции
- "3" ok="False" >внутриматочной контрацепции
- "4" ok="False" >вирусной инвазии

<QUESTION "100">

С современных позиций ведущее место среди возможных причин опухолей яичника занимают

- "0" ok="True" >нейроэндокринные нарушения

- "1" ok="False" >вирусные поражения
- "2" ok="False" >наследственные факторы
- "3" ok="False" >частые беременности
- "4" ok="False" >воспалительные заболевания придатков

<QUESTION "101">

В классификации ВОЗ к опухолевидным образованиям яичника относятся

- "0" ok="True" >множественные фолликулярные кисты
- "1" ok="True" >лютеомы
- "2" ok="True" >воспалительные образования
- "3" ok="False" >дермоидные кисты
- "4" ok="True" >параовариальные кисты

<QUESTION "102">

В классификации ВОЗ по гистотипу к опухолям яичника относятся

- "0" ok="False" >фолликулярные кисты
- "1" ok="False" >лютеома
- "2" ok="True" >текома
- "3" ok="True" >дермоидные кисты
- "4" ok="False" >поликистозные яичники

<QUESTION "103">

В классификации ВОЗ по гистотипу к опухолям стромы полового тяжа относятся

- "0" ok="True" >гранулезоклеточная опухоль
- "1" ok="False" >опухоль Бреннера
- "2" ok="False" >опухоль Крукенберга
- "3" ok="True" >андробластома
- "4" ok="False" >хориокарцинома

<QUESTION "104">

Опухоли яичников

- "0" ok="True" >встречаются у женщин с трофобластической болезнью
- "1" ok="False" >встречаются чаще после длительного применения стероидных контрацептивов
- "2" ok="False" >встречаются преимущественно в репродуктивном возрасте и очень редко в других возрастных группах
- "3" ok="True" >встречаются чаще у женщин с нарушенной функцией яичников, не беременевших, не рожавших
- "4" ok="True" >могут сочетаться с раком молочной железы

<QUESTION "105">

Злокачественные опухоли яичника

- "0" ok="True" >обычно развиваются из доброкачественных и пограничных
- "1" ok="False" >чаще развиваются как первичные
- "2" ok="True" >чаще встречаются среди городских жительниц
- "3" ok="True" >редко диагностируются на ранних стадиях
- "4" ok="False" >чаще метастазируют лимфогенным путем

<QUESTION "106">

Варианты I стадии опухоли яичника (классификация FIGO) включают опухоль, ограниченную яичниками

- "0" ok="True" >с разрывом капсулы
- "1" ok="True" >без разрыва капсулы
- "2" ok="True" >с наличием асцита
- "3" ok="False" >с распространением на брюшину малого таза
- "4" ok="True" >с раковыми клетками в смывах из брюшной области

<QUESTION "107">

Дифференциальным критерием, определяющим II-а стадию рака яичника (классификация FIGO), является

- "0" ok="False" >асцит
- "1" ok="False" >разрыв капсулы
- "2" ok="False" >гидроторакс
- "3" ok="False" >поражение второго яичника
- "4" ok="True" >поражение маточной трубы и матки

<QUESTION "108">

Признаком, определяющим III стадию рака яичника (классификация FIGO), является

- "0" ok="False" >асцит
- "1" ok="False" >гидроторакс
- "2" ok="False" >синдром Мейгса
- "3" ok="True" >поражение брюшины вне малого таза
- "4" ok="False" >разрыв капсулы

<QUESTION "109">

Признаком, определяющим III стадию рака яичника (классификация FIGO), является

- "0" ok="False" >асцит
- "1" ok="False" >разрыв капсулы
- "2" ok="False" >поражение второго яичника
- "3" ok="False" >поражение матки
- "4" ok="True" >наличие метастазов в сальник

<QUESTION "110">

К гормональноактивным опухолям относятся

- "0" ok="True" >гранулезо-стромальноклеточные опухоли
- "1" ok="False" >эндометриоидные опухоли
- "2" ok="False" >муцинозные опухоли
- "3" ok="True" >опухоли из клеток Сертоли и Лейдига
- "4" ok="False" >герминогенные опухоли

<QUESTION "111">

Эпителиальные опухоли яичника

- "0" ok="False" >встречаются с частотой, не превышающей 10% от всех опухолей яичника
- "1" ok="False" >преимущественно солидного строения
- "2" ok="False" >всегда имеют четкий морфологический гистотип
- "3" ok="True" >в варианте серозных карцином составляют большинство
- "4" ok="False" >включают зрелую тератому

<QUESTION "112">

Клинические симптомы текомы

- "0" ok="True" >зависят от возраста больной
- "1" ok="False" >обычно проявляются дефеминизацией больной
- "2" ok="False" >появляются при значительных размерах опухоли
- "3" ok="True" >могут включать асцит
- "4" ok="False" >не имеют характерных для группы опухолей стромы полового тяжа особенностей

<QUESTION "113">

Фиброма яичника

- "0" ok="True" p1="True">является доброкачественной опухолью
- "1" ok="True" >может сопровождаться асцитом
- "2" ok="True" >может сопровождаться развитием синдрома Мейгса
- "3" ok="False" >редко осложняется перекрутом ножки опухоли
- "4" ok="False" >может осложняться формированием миксомы

<QUESTION "114">

Симптомокомплекс, характерный для гранулезоклеточной опухоли яичника, включает

- "0" ok="False" >гиперполименорею
- "1" ok="False" >маскулинизацию больной
- "2" ok="True" >преждевременное развитие вторичных половых признаков
- "3" ok="True" >кровотечение в менопаузе
- "4" ok="False" >снижение либидо

<QUESTION "115">

Опухоли из клеток Сертоли и Лейдига

- "0" ok="False" >метастазируют преимущественно лимфогенным путем
- "1" ok="False" >обычно сопровождаются развитием синдрома Мейгса
- "2" ok="True" >обычно обладают гормональной активностью
- "3" ok="True" >в типичных случаях проявляются дефеминизацией больной
- "4" ok="False" >являются следствием гиперпролактинемии

<QUESTION "116">

Вероятность развития опухолей яичника возрастает у женщин

- "0" ok="True" p1="True">старше 40 лет
- "1" ok="True" >с поздней менопаузой
- "2" ok="True" >с ранним менархе
- "3" ok="False" >с беспорядочными половыми связями
- "4" ok="True" >с кровотечениями в постменопаузе

<QUESTION "117">

Анатомическая ножка опухоли яичника включает

- "0" ok="False" >широкую связку матки
- "1" ok="False" >маточную трубу
- "2" ok="True" >собственную связку яичника
- "3" ok="True" >подвешивающую яичник связку
- "4" ok="False" >круглую маточную связку

<QUESTION "118">

Хирургическая ножка опухоли яичника включает

- "0" ok="True" >маточную трубу
- "1" ok="True" >собственную связку яичника
- "2" ok="True" >подвешивающую яичник связку
- "3" ok="False" >круглую маточную связку
- "4" ok="False" >кардинальную связку

<QUESTION "119">

Обследование по поводу опухоли яичника включает

- "0" ok="True" >диагностическое выскабливание полости матки
- "1" ok="True" >пункцию заднего свода влагалища
- "2" ok="True" >ирригоскопию
- "3" ok="True" >рентгенологическое исследование желудка
- "4" ok="True" >рентгенологическое исследование легких

<QUESTION "120">

Важнейшим дополнительным методом дооперационной диагностики характера опухолевого процесса в яичнике является

- "0" ok="False" >УЗ-исследование
- "1" ok="False" >биконтрастная пельвиография
- "2" ok="True" >цитологическое исследование пунктата из брюшной полости
- "3" ok="False" >МРТ малого таза
- "4" ok="False" >пельвиография

<QUESTION "121">

Лечение доброкачественных опухолей яичника в детском и пубертатном возрасте заключается

- "0" ok="False" >в проведении курса химиотерапии
- "1" ok="False" >в назначении гормонотерапии
- "2" ok="False" >в двухстороннем удалении придатков
- "3" ok="True" >в резекции пораженного яичника
- "4" ok="False" >в надвлагалищной ампутации матки с придатками

<QUESTION "122">

При доброкачественной опухоли яичника возможна

- "0" ok="True" >резекция яичника
- "1" ok="True" >удаление придатков
- "2" ok="True" >надвлагалищная ампутация матки с придатками
- "3" ok="False" >лазерная деструкция очага поражения
- "4" ok="False" >криодеструкция

<QUESTION "123">

&lt;Операцией выбора&gt; при доброкачественной опухоли яичника в пре- и постменопаузе является

- "0" ok="False" >резекция яичника
- "1" ok="False" >удаление придатков со стороны поражения
- "2" ok="True" >двухстороннее удаление придатков
- "3" ok="False" >надвлагалищная ампутация матки с придатками
- "4" ok="False" >надвлагалищная ампутация матки с придатками + оментэктомия

<QUESTION "124">

Лечение неосложненной фолликулярной кисты яичника может быть осуществлено путем

- "0" ok="True" >пункции с помощью влагалищного УЗ-датчика
- "1" ok="True" >резекции яичника
- "2" ok="False" >удаления яичника
- "3" ok="False" >удаления придатков
- "4" ok="True" >операционной лапароскопии

<QUESTION "125">

Симптомом злокачественной опухоли яичника (может быть)

- "0" ok="True" >асцит
- "1" ok="True" >неподвижность опухоли
- "2" ok="True" >двусторонность поражения
- "3" ok="True" >бугристость поверхности
- "4" ok="True" >неравномерность консистенции

<QUESTION "126">

Химиотерапия злокачественных опухолей яичника

- "0" ok="True" >должна проводиться в течение трех лет
- "1" ok="True" >лучше проводится по схеме операция + химиотерапия
- "2" ok="False" >на этапе профилактических курсов проводится каждые 2-3 месяца
- "3" ok="False" >Обязательно дополняется гормонотерапией
- "4" ok="True" >может быть дополнена иммунотерапией

<QUESTION "127">

Химиотерапия злокачественных опухолей яичника

- "0" ok="False" >должна проводиться в течение одного года
- "1" ok="False" >в варианте монокимиотерапии в настоящее время не производится
- "2" ok="False" >обязательна до операции
- "3" ok="True" >может рассчитываться на 1 кв.метр поверхности тела
- "4" ok="True" >может проводиться при III-IV стадиях

<QUESTION "128">

При злокачественных опухолях яичника хирургическое лечение

- "0" ok="True" >включает оментэктомию
- "1" ok="True" >может производиться в объеме, который оказывается технически выполнимым
- "2" ok="False" >при обнаружении распространенного процесса не выполняется
- "3" ok="False" >не рекомендуется выполнять повторно при обнаружении рецидива
- "4" ok="False" >необходимо выполнять через срединную нижнюю лапаротомию

<QUESTION "129">

При злокачественных опухолях яичника хирургическое вмешательство

- "0" ok="False" >обычно выполняется после рентгенотерапии

"1" ok="False" >целесообразно выполнять через разрез по Пфанненштилю  
"2" ok="False" >при обнаружении поражения аппендикса или тонкой кишки не выполняется  
"3" ok="True" >включает взятие мазков-отпечатков с различных органов брюшной полости  
"4" ok="True" >выполняется повторно после заведомо нерадикальных по объему операций

<QUESTION "130">

Типичный объем оперативного вмешательства при раке яичника связан с преимущественным метастазированием данной опухоли

"0" ok="False" >в подвздошные лимфоузлы  
"1" ok="False" >в парааортальные лимфоузлы  
"2" ok="True" >в сальник  
"3" ok="True" >в маточные трубы и матку  
"4" ok="False" >в параметральную клетчатку

<QUESTION "131">

&lt;Операцией выбора&gt; при раке яичника является

"0" ok="False" >операция Вертгейма  
"1" ok="False" >расширенная экстирпация матки с удалением парааортальных лимфоузлов  
"2" ok="True" >экстирпация или надвлагалищная ампутация матки с придатками и оментэктомией  
"3" ok="False" >экстирпация матки с придатками  
"4" ok="False" >удаление пораженных придатков

<QUESTION "132">

Вероятность развития опухолей яичника возрастает у женщин

"0" ok="True" >страдающих бесплодием  
"1" ok="False" >длительно пользовавшихся контрацептивами  
"2" ok="True" >получавших рентгенотерапию  
"3" ok="True" >оперированных по поводу рака желудка  
"4" ok="True" >длительно лечавшихся по поводу хронического аднексита

<QUESTION "133">

Обследование по поводу опухоли яичника может включать

"0" ok="True" >рентген желудка  
"1" ok="True" >ректороманоскопию  
"2" ok="True" >гормональную кольпоцитологию  
"3" ok="False" >цитологическое исследование мазков-соскобов с шейки матки  
"4" ok="True" >флебографию

<QUESTION "134">

Эпителиальные опухоли

"0" ok="True" >составляют большинство всех опухолей яичника (70-85%)  
"1" ok="True" >злокачественные - чаще серозные карциномы  
"2" ok="False" >преимущественно солидные  
"3" ok="False" >всегда имеют четкий морфологический гистотип  
"4" ok="False" >характеризуются гормональной активностью

<QUESTION "135">

Метастатические опухоли яичника встречаются

- "0" ok="True" >при раке желудка
- "1" ok="True" >при раке молочной железы
- "2" ok="True" >при раке прямой кишки
- "3" ok="False" >при раке кожи
- "4" ok="False" >при лимфогрануломатозе

<QUESTION "136">

В группу герминогенных опухолей яичника классификации ВОЗ по гистотипу входят

- "0" ok="False" >гранулезоклеточная опухоль
- "1" ok="False" >текома
- "2" ok="True" >хориокарцинома
- "3" ok="True" >тератома
- "4" ok="False" >фиброма

<QUESTION "137">

В классификации по системе TNM опухолей яичника индекс x (Mx, Nx) означает

- "0" ok="False" >наличие асцита
- "1" ok="False" >наличие разрыва капсулы
- "2" ok="True" >недостаточность сведений о наличии данных типов поражений
- "3" ok="False" >число опухолевых метастазов и пораженных лимфоузлов
- "4" ok="False" >отсутствие данного типа поражений

<QUESTION "138">

Для лечения злокачественных опухолей яичника используются

- "0" ok="False" >антибиотики
- "1" ok="True" >алкилирующие препараты
- "2" ok="True" >цитостатики
- "3" ok="True" >токсола
- "4" ok="False" >гормональные препараты

<QUESTION "139">

Кровотечение в менопаузе может быть связано

- "0" ok="True" >с опухолью Бреннера
- "1" ok="True" >с текомой яичника
- "2" ok="False" >с опухолью клеток Сертоли и Лейдига яичника
- "3" ok="True" >с гранулезоклеточной опухолью яичника
- "4" ok="False" >с герминогенной опухолью яичника

<QUESTION "140">

Ведущим методом комплексного лечения злокачественной опухоли яичника является

- "0" ok="True" >химиотерапия и оперативное лечение
- "1" ok="False" >оперативное лечение + рентгенотерапия
- "2" ok="False" >рентгенотерапия и гормонотерапия
- "3" ok="False" >гормонотерапия и оперативное лечение
- "4" ok="False" >химиогормонотерапия



<QUESTION "141">  
Индекс G в классификации по системе TNM означает  
"0" ok="False" >наличие асцита  
"1" ok="False" >разрыв капсулы  
"2" ok="False" >поражение второго яичника  
"3" ok="False" >недостаток данных  
"4" ok="True" >степень дифференцировки

<QUESTION "142">  
Синдром Мейгса  
яичника  
"0" ok="False" >характерен для запущенных стадий рака  
"1" ok="True" >встречается при фиброме яичника  
"2" ok="True" >встречается при текоме яичника  
"3" ok="True" >встречается при опухолях Бреннера  
"4" ok="False" >встречается при дистермиоме

<QUESTION "143">  
Асцит  
"0" ok="True" >встречается при I стадии рака  
"1" ok="True" >входит в симптомокомплекс синдрома Мейгса  
"2" ok="False" >типичен для дермоидной кисты  
"3" ok="True" >встречается при фиброме яичника  
"4" ok="True" >встречается при текоме

<QUESTION "144">  
Большинство злокачественных опухолей яичника составляют  
"0" ok="True" >серозные опухоли  
"1" ok="False" >муцинозные опухоли  
"2" ok="False" >опухоли стромы полового тяжа  
"3" ok="False" >тератомы  
"4" ok="False" >метастатические опухоли

<QUESTION "145">  
Индекс i в классификации злокачественных опухолей яичника  
означает  
"0" ok="False" >наличие асцита  
"1" ok="True" >наличие разрыва капсулы  
"2" ok="False" >степень морфологической дифференциации  
"3" ok="False" >поражение сальника  
"4" ok="False" >поражение второго яичника

<QUESTION "146">  
При злокачественных опухолях яичника хирургическое лечение  
контроля за состоянием ремиссии  
"0" ok="True" >включает повторные (second-look) операции для  
"1" ok="False" >обычно проводят после курса химиотерапии  
"2" ok="False" >ограничивается ревизией при обнаружении  
распространенного процесса  
"3" ok="False" >обычно соответствует операции Вертгейма  
"4" ok="True" >является одним из ведущих методов

</GROUP>  
</CATEGORY>

</TEST>  
</MTDB>