

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Владимирский филиал ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

АКУШЕРСТВО

Направление подготовки (специальность): 31.05.01 Лечебное дело

Кафедра акушерства и гинекологии

Форма обучения: Очная

Владимир
2023

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине/практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Акушерство» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Акушерство». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине/практике используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющий оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов
3	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции*	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10	Текущий	Раздел 1 Организация акушерско-гинекологической помощи женскому населению. Раздел 2 Физиологическое акушерство Раздел 3 Патологическое акушерство Раздел 4 Оперативное акушерство	<i>Тест</i> <i>Индивидуальный опрос</i> <i>Ситуационная задача</i>
УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10	Промежуточный	Раздел 1 Организация акушерско-гинекологической помощи женскому населению. Раздел 2 Физиологическое акушерство Раздел 3 Патологическое акушерство Раздел 4 Оперативное акушерство	<i>Индивидуальный опрос</i> <i>Ситуационная задача</i>

4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

Входной/текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: *теста, индивидуального опроса, решения ситуационной задачи*

Оценочные средства для текущего контроля.

Тест

1. <https://sdo.pimunn.net/question/edit.php?courseid=3044&category=769%2C81&qbshowtext=0&qbshowtext=1&recurse=0&showhidden=0&showhidden=1>

4.1. Перечень вопросов для индивидуального опроса для оценки компетенций

Вопрос	Компетенции
1. Родовые пути. Таз с акушерской точки зрения. Плод как объект родов.	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
2. Акушерская терминология. Методы наружного акушерского исследования. Понятие о сегменте головки. Диагностика уровня стояния головки	
3. Затылочное предлежание. Биомеханизм родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания.	
4. Структура и организация работы акушерского стационара. Методы исследования в акушерстве. Клиника и ведение нормальных родов. Первый период родов.	
5. Клиника и ведение нормальных родов. Второй и третий период родов. Ручное пособие. Родовой травматизм матери и плода. Физиологический послеродовый период	
6. Разгибательные предлежания. Биомеханизм родов. Течение и ведение беременности и родов.	
7. Беременность и роды при тазовых предлежаниях плода. Ручные пособия при тазовых предлежаниях.	
8. Структура и организация работы женской консультации. Задачи и методы работы. Признаки беременности. Диагностика ранних сроков беременности. Методы обследования беременных в условиях женской консультации. Течение и ведение физиологической беременности.	
9. Ведение беременных с повышенным риском в условиях женской консультации. Диагностика поздних сроков беременности. Определение срока дородового отпуска. Диспансеризация беременных.	
10. Преэклампсия и эклампсия. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Профилактика. Принципы терапии. Ведение беременности и родов. Неотложная помощь.	
11. Физиология репродуктивной системы женщины. Менструальный цикл	
12. Родовой травматизм матери. Разрыв матки	
13. Аномалии родовой деятельности.	
14. Хроническая плацентарная недостаточность. Задержка роста плода. Дистресс/ Гипоксия плода. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина. Современные методы исследования состояния ФПК. Акушерская тактика, профилактика.	
15. Кесарево сечение в современном акушерстве.	
16. Переношенная и пролонгированная беременность	

4.2. Задачи для оценки компетенции:

№	Задачи	Компетенция
1	<p>В родах находится повторнородящая 30 лет, Рост женщины 154 см., масса тела 50 кг. В анамнезе 1 роды без осложнений. Схватки средней силы продолжительностью по 35 – 40 сек., частота схваток – 3 за 10 минут. Размеры таза: 23-26-28-18. Индекс Соловьева 13 см. ОЖ – 94 см, ВДМ – 34 см.</p> <p>При влагалищном исследовании: влагалище свободное. Шейка матки сглажена, открытие 3 – 4 см. Плодный пузырь цел, хорошо наливается во время схватки. Головка плода во входе в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди ниже большого, большой – справа сзади. Доступны исследованию все опознавательные точки малого таза. Мыс достигается. Диагональная конъюгата – 11 см.</p> <p>Вопросы:</p> <p>Диагноз? Классификация суженных тазов. Особенности этиологии для данной формы таза. Формы, особенности строения таза при данной форме таза. Особенности биомеханизма родов при данной форме таза. План ведения родов.</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
2	<p>Первородящая женщина, 25 лет, находится в родовом отделении с хорошо выраженной родовой деятельностью. Схватки потужного характера в течение 1 часа с частотой 4 – 4,5 за 10 минут, интенсивные. Размеры таза 27-28 -31-18 см. Индекс Соловьева 17 см. Окружность живота – 100 см. ВДМ – 38 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в м/таз. Симптом Вастена положительный. Размер Цангемейстера – 20 см. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 138 в минуту. Самостоятельно не мочится, моча выведена катетером – красного цвета.</p> <p>Данные влагалищного исследования: влагалище узкое. Открытие шейки матки полное. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, стреловидный шов в поперечном размере отклонен к лону. Малый родничок слева, большой справа, на одном уровне. Резко выражена конфигурация головки и родовая опухоль. Доступны исследованию все опознавательные точки малого таза. Диагональная конъюгата – 11,5 см.</p> <p>Вопросы:</p> <p>Диагноз? Перечислите симптомы основного осложнения, указанные в задаче. Причины возникшего основного осложнения в данном случае. Назовите все причины, приводящие к основному осложнению. Перечислите все клинические проявления основного осложнения. Биомеханизм родов при данной форме таза. Врачебная тактика.</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
3	<p>В родах находится первобеременная 36 лет с регулярной родовой деятельностью. Беременность осложнилась преэклампсией умеренной степени. Состояние роженицы удовлетворительное, АД 140/90 мм.рт.ст., d=s, пульс 78 уд/мин, ритмичный, ОЖ - 94 см, ВДМ - 37 см. Положение плода продольное, головка в полости таза. Сердцебиение плода отчетливое 138 уд/мин. С появлением потуг состояние женщины резко ухудшилось, появилась головная боль, мелькание мушек перед глазами. АД 180/110 мм.рт. ст. Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей женщины, открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Предлежит головка, стреловидный шов в прямом размере, малый родничок спереди ниже уровня большого родничка. Костные ориентиры не определяются, головка покрыта мягкими тканями промежности.</p> <p>Вопросы:</p> <p>Диагноз? Акушерская тактика. Обоснуйте метод родоразрешения. Что явилось показанием к данному методу родоразрешения? Какие еще возможны показания к данному методу родоразрешения? Виды операций? Перечислите необходимые условия производства операции. Техника операции (перечислите основные этапы). Правила производства операции.</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
4	<p>В родовом отделении находится повторнородящая 28 лет. Роды в срок. Настоящая беременность вторая. Первая закончилась своевременными родами без осложнений. Соматической патологии нет. Схватки по 35-40 сек, 3 схватки за 10 минут, средней силы. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. ВДМ – 36 см, ОЖ – 92 см. Размеры таза: 26–29–32–21. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 142 уд/мин. Влагалищное исследование: шейка сглажена, края тонкие, раскрытие маточного зева 4-5 см, плодный пузырь цел, предлежит головка. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди и ниже уровня большого родничка, большой родничок справа сзади. Доступны исследованию все опознавательные точки малого таза, мыс не достигается.</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10

	<p>Вопросы:</p> <p>Диагноз? План ведения родов. Обоснуйте метод родоразрешения Акушерская терминология, дайте определения терминам: членорасположение, положение плода, позиция, вид, предлежание, вставление. Опишите ситуацию в задаче Биомеханизм родов. Размеры головки плода, перечислите все размеры головки плода.</p>	
5	<p>В женскую консультацию обратилась женщина 26 лет с жалобами на отсутствие менструации в течение 2 месяцев. Беспокоит тошнота, рвота по утрам. Менструальный цикл без особенностей. Половая жизнь регулярная, в браке. При осмотре в зеркалах отмечается цианоз слизистой влагалища, шейки матки. Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки конической формы, наружный зев закрыт, перешеек размягчен, тело матки увеличено до размера женского кулака (гусиного яйца), мягкое, ассиметрично, при пальпации консистенция матки изменяется. Придатки не увеличены. Выделения слизистые в умеренном количестве.</p> <p>Вопросы:</p> <p>Диагноз? Опишите все признаки беременности по группам. Определение срока родов и времени предоставления отпуска по беременности и родам. Акушерская терминология, все термины и их описание. Особенности строения головки плода, размеры головки плода.</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
6	<p>В родильный дом поступила повторнородящая женщина с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, начавшиеся 4 часа назад. Роды в срок.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное, гемодинамика стабильная. Живот увеличен за счет беременной матки. ВДМ – 36 см, ОЖ – 90 см. Положение плода продольное, над входом – головка плода. Сердцебиение – 136 уд/мин, ритмичное. Родовая деятельность хорошо выражена. Размеры таза: 26-28-31-20. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, открытие 5-6 см. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижата ко входу в м/таз. Стреловидный шов в правом косом размере, справа и сзади – малый родничок, слева и спереди – большой, ниже малого. Мыс не достигается; доступны исследованию все опознавательные точки малого таза.</p> <p>Вопросы:</p> <p>Диагноз? План ведения родов? Обоснуйте метод родоразрешения Акушерская терминология, дайте определения терминам: членорасположение, положение плода, позиция, вид, предлежание, вставление. Опишите ситуацию в задаче Биомеханизм родов. Размеры головки плода, перечислите все размеры головки плода.</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
7	<p>Первородящая 35-ти лет находится в родовом зале. Соматической патологии нет. Беременность осложнилась анемией легкой степени. Вес – 80 кг, рост – 168 см. Произошли роды живым доношенным плодом массой 3700 г, рост - 50 см. Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые розовые, чистые. АД 120/70 мм.рт.ст., пульс - 78 уд/мин. Имеются незначительные кровянистые выделения из половых путей.</p> <p>Вопросы:</p> <p>Диагноз? Течение и ведение физиологического III периода родов. Механизмы отделения плаценты. Признаки отделения плаценты. Методы выделения отделившегося последа. Понятие о физиологической, пограничной, патологической и допустимой кровопотере.</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
8	<p>В ОПБ родильного дома поступила первобеременная женщина 38 лет с беременностью 37-38 недель. В 29-30 недель поставлен диагноз тазового прилежания. Выполняла гимнастики по Диканю.</p> <p>Состояние удовлетворительное. Соматической патологии, гинекологических заболеваний нет. Матка овоидной формы. ВДМ – 40 см, ОЖ – 100 см. Положение плода продольное, в дне матки определяется головка плода, над входом в малый таз пальпируется тазовый конец. С/б плода ясное, ритмичное, 136 уд/мин., справа и выше пупка. Размеры таза: 26-28-30-21.</p> <p>По УЗИ: в полости матки один плод в тазовом предлежании. БПР – 97 см. Плацента по передней стенке, III степени зрелости, толщиной 35 мм. Вод мало.</p> <p>Диагноз? Составьте план ведения родов. Обоснуйте метод родоразрешения Этиология, классификация. Гимнастика по Диканю, сроки выполнения, техника.</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10

	Биомеханизм родов для данной акушерской ситуации.	
9	<p>Первородящая 35-ти лет находится в родовом зале. Соматической патологии нет. Беременность осложнилась анемией легкой степени. Вес – 80 кг, рост – 168 см. Десять минут назад произошли роды живым доношенным плодом массой 3700 г, рост - 50 см. Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые розовые, чистые. АД 120/70 мм.рт.ст., пульс - 78 уд/мин. Имеются незначительные кровянистые выделения из половых путей. При надавливании ребром ладони на надлобковую область дистальный отрезок пуповины не втягивается в половую щель. Дно матки отклонилось в правую подреберную область. Женщине предложено потужиться, эффекта нет.</p> <p>Вопросы: Диагноз? Какая допустимая кровопотеря в этом случае Акушерская тактика. Возможные причины кровотечения в этом периоде родов. Признаки отделения плаценты. Наружные методы выделения отделившегося последа</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
10	<p>В гинекологическое отделение поступила экстренно первобеременная женщина 23 лет с жалобами на тянущие, периодически усиливающиеся до схваткообразных, боли в низу живота, кровянистые выделения из влагалища в сроке беременности 13-14 недель. Состоит на учете по беременности в женской консультации с 5 – 6 недель. Резус-отрицательная принадлежность крови, резус-антител нет. При бимануальном исследовании обнаружено: матка увеличена до 13-14 недель беременности, возбудимая при пальпации, безболезненная. Шейка матки сохранена, наружный зев пропускает кончик пальца. Выделения из влагалища кровянистые, умеренные. При УЗИ: в полости матки – плодное яйцо с живым эмбрионом; между стенкой матки и плодным яйцом, на протяжении 1/3 площади его прикрепления визуализируется гематома.</p> <p>Вопросы: Диагноз? Тактика ведения? Какую профилактику необходимо провести в экстренном порядке? Этиология, клиническая классификация данной патологии Дифференциальный диагноз клинических стадий данной патологии, Врачебная тактика в зависимости от клинических стадий данной патологии</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
11	<p>В женской консультации наблюдается повторнородящая женщина 28 лет, в анамнезе преждевременные роды в сроке беременности 32 недели. В 18 недель беременности выявлен эпизод бессимптомной бактериурии. При УЗИ в 18-19 недель беременности диагностировано укорочение шейки матки до 25 мм, внутренний зев закрыт. Плод соответствует гестационному сроку. Состояние женщины удовлетворительное. Жалобы на ноющие боли в поясничной области. Матка слегка возбудимая. Предлежание головное. Сердцебиение плода отчетливое, ритмичное 142 в минуту.</p> <p>Вопросы: Диагноз? Составьте план ведения беременности. Причины, факторы риска преждевременных родов. Классификация. Врачебная тактика. Профилактики преждевременных родов.</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
12	<p>Пациентка 28 лет, соматически здорова. На учете в женской консультации с 10 нед. Группа крови женщины А (II) Rh –отрицательная, у мужа А (II) Rh – положительная. Настоящая беременность третья, в анамнезе двое родов. Первая беременность 8 лет назад протекала без осложнений, резус-антитела были отрицательные, закончилась своевременными родами без осложнений, ребенок здоров имеет резус-положительный тип крови, специфическая профилактика не проводилась. Вторая беременность 3 года назад, во время беременности резус-антитела не определяли, беременность протекала без осложнений, закончилась операцией кесарева сечения в связи с упорной слабостью родовой деятельности, у новорожденного была гемолитическая болезнь легкой степени (анемическая форма). В настоящее время срок беременности 20-21 неделя. Впервые выявлен титр резус-антител 1 : 4, до этого титр был отрицательный.</p> <p>Вопросы: Диагноз? Врачебная тактика в данной ситуации. Какой метод дополнительного обследования необходимо назначить для диагностики гемолитической болезни плода и почему? Этапы и патогенез данного осложнения Виды иммунных антител Ведение беременных с резус-отрицательной принадлежностью крови.</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10

	Профилактика резус-сенсбилизации.	
13	<p>Повторнобеременная женщина 35 лет, состоит на диспансерном учете по беременности в женской консультации с 7-8 недель. Рост женщины 164, исходный вес - 87. Настоящая беременность вторая. Соматической патологии не выявлено. Первая беременность закончилась своевременными родами, вес ребенка при рождении был 4500 г. В семейном анамнезе имеется отягощение по сахарному диабету 2 типа. Уровень глюкозы венозной плазмы натощак при постановке женщины на учет составлял 4,8 ммоль/л. Первая половина беременности протекала без осложнений. В настоящее время срок 24 недели беременности, проведен глюкозотолерантный тест. Уровень гликемии натощак 4,8 ммоль/л, через 1 час – 10,6 ммоль/л</p> <p>Вопросы: Диагноз, Обоснуйте его Первый этап проведения диагностики гестационного сахарного диабета. Критерии манифестного и гестационного сахарного диабета. Показания к проведению глюкозотолерантного теста. Срок проведения второго этапа диагностики гестационного сахарного диабета. Нужно ли определение глюкозы венозной плазмы через 2 часа после нагрузки у данной пациентки Понятие о диабетической фетопатии.</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10

4.3. Тесты для оценки компетенции

Тестовые задания с одним вариантом ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
Раздел 1. Физиологическое акушерство	
<p>1. ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ</p> <p>ДИАГОНАЛЬНАЯ КОНЬЮГАТА – ЭТО РАССТОЯНИЕ:</p> <p>а. между нижним краем симфиза и мысом крестца б. между седалищными буграми в. между гребнями подвздошных костей г. между большими вертелами бедренных костей</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>2. ИСТИННАЯ КОНЬЮГАТА – ЭТО РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ:</p> <p>а. серединой верхнего внутреннего края лонного сочленения и наиболее выступающей точкой крестцового мыса б. серединой верхнего наружного края симфиза и мысом крестца в. нижним краем симфиза и выступающей точкой мыса крестца г. гребнями подвздошных костей</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>3. ИСТИННАЯ КОНЬЮГАТА РАВНА:</p> <p>а. 11 см б. 13 см в. 9 см г. 20 см</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>4. У ПРАВИЛЬНО СЛОЖЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ РОМБ МИХАЭЛИСА ИМЕЕТ ВИД:</p> <p>а. геометрически правильного ромба б. треугольника в. неправильного четырехугольника г. четырехугольника, вытянутого в вертикальном направлении</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>5. СПИНКА ПЛОДА ОБРАЩЕНА ВЛЕВО И К ПЕРЕДИ. ОПРЕДЕЛИТЕ ВИД И ПОЗИЦИЮ?</p> <p>а. Передний вид, первая позиция б. Задний вид, первая позиция в. Задний вид, вторая позиция г. Передний вид, вторая позиция</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>6. САГИТАЛЬНЫЙ ШОВ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В ЛЕВОМ КОСОМ РАЗМЕРЕ. МАЛЫЙ РОДНИЧОК СПРАВА К ПЕРЕДИ. ОПРЕДЕЛИТЕ ВИД И ПОЗИЦИЮ?</p> <p>а. Передний вид, вторая позиция б. Задний вид, первая позиция в. Передний вид, первая позиция</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10

г. Задний вид, вторая позиция	
7. ЛИНИЯ, ПРОХОДЯЩАЯ ЧЕРЕЗ СЕРЕДИНУ ВНУТРЕННЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ЛОННОГО СИМФИЗА, ВЕРТЛУЖНЫЕ ПЛАСТИНЫ И СОЧЛЕНЕНИЕ II-III КРЕСТЦОВЫХ ПОЗВОНКОВ, ЯВЛЯЕТСЯ ГРАНИЦЕЙ: а. плоскости широкой части полости малого таза б. плоскости входа в малый таз в. плоскости узкой части полости малого таза г. плоскости выхода	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
8. ЛИНИЯ, ПРОХОДЯЩАЯ ЧЕРЕЗ НИЖНИЙ КРАЙ ЛОНА, СЕДАЛИЩНЫЕ ОСТИ И КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЕ СОЧЛЕНЕНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ ГРАНИЦЕЙ: а. плоскости узкой части полости малого таза б. плоскости входа в малый таз в. плоскости широкой части полости малого таза г. плоскости выхода	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
9. ЛИНИЯ, ПРОХОДЯЩАЯ ЧЕРЕЗ НИЖНИЙ КРАЙ ЛОНА, СЕДАЛИЩНЫЕ БУГРЫ И ВЕРХУШКУ КОПЧИКА, ЯВЛЯЕТСЯ ГРАНИЦЕЙ: а. плоскости выхода б. плоскости входа в малый таз в. плоскости широкой части полости малого таза г. плоскости узкой части полости малого таза	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
10. ЛИНИЯ, СОЕДИНЯЮЩАЯ СЕРЕДИНЫ ВСЕХ ПРЯМЫХ РАЗМЕРОВ ПЛОСКОСТЕЙ МАЛОГО ТАЗА, ЯВЛЯЕТСЯ: а. проводной осью малого таза б. углом наклона в. индексом Соловьева г. диагональной конъюгатой	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
11. ПРЯМОМУ РАЗМЕРУ ГОЛОВКИ ЗРЕЛОГО ПЛОДА СООТВЕТСТВУЕТ: а. расстояние от надпереносья до затылочного бугра, равное 12 см, и окружность 34 см; б. расстояние от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка, равное 9,5 см, и окружность 32 см; в. расстояние от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба, равное 10 см, и окружность 33 см; г. расстояние от подъязычной области до вершины темени, равное 9,5 см, и окружность 32 см;	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
12. СРЕДНЕМУ КОСОМУ РАЗМЕРУ ГОЛОВКИ ЗРЕЛОГО ПЛОДА СООТВЕТСТВУЕТ: а. расстояние от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба, равное 10 см, и окружность 33 см; б. расстояние от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка, равное 9,5 см, и окружность 32 см; в. расстояние от надпереносья до затылочного бугра, равное 12 см, и окружность 34 см; г. расстояние от подъязычной области до вершины темени, равное 9,5 см, и окружность 32 см;	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
13. БОЛЬШОМУ КОСОМУ РАЗМЕРУ ГОЛОВКИ ЗРЕЛОГО ПЛОДА СООТВЕТСТВУЕТ: а. расстояние от подбородка до затылочного бугра, равное 13-13,5 см, и окружность 38-42 см б. расстояние от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка, равное 9,5 см, и окружность 32 см; в. расстояние от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба, равное 10 см, и окружность 33 см; г. расстояние от надпереносья до затылочного бугра, равное 12 см, и окружность 34 см;	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
14. МАЛОМУ КОСОМУ РАЗМЕРУ ГОЛОВКИ ЗРЕЛОГО ПЛОДА СООТВЕТСТВУЕТ: а. расстояние от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка, равное 9,5 см, и окружность 32 см; б. расстояние от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба, равное 10 см, и окружность 33 см; в. расстояние от надпереносья до затылочного бугра, равное 12 см, и окружность 34 см; г. расстояние от подъязычной области до вершины темени, равное 9,5 см, и окружность 32 см;	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10

<p>15. ВЕРТИКАЛЬНОМУ РАЗМЕРУ ГОЛОВКИ ЗРЕЛОГО ПЛОДА СООТВЕТСТВУЕТ:</p> <p>а. расстояние от подязычной области до верхушки темени, равное 9,5 см, и окружность 32 см;</p> <p>б. расстояние от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка, равное 9,5 см, и окружность 32 см;</p> <p>в. расстояние от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба, равное 10 см, и окружность 33 см;</p> <p>г. расстояние от надпереносья до затылочного бугра, равное 12 см, и окружность 34 см;</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>16. ПРОДОЛЬНОМ НАЗЫВАЕТСЯ ПОЛОЖЕНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ОСЬ ПЛОДА:</p> <p>а. совпадает с длинником матки</p> <p>б. находится под прямым углом к продольной оси матки</p> <p>в. находится под острым углом к оси матки</p> <p>г. находится под тупым углом к оси матки</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>17. ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА - ЭТО ОТНОШЕНИЕ:</p> <p>а. наиболее низко расположенной крупной части плода ко входу в малый таз</p> <p>б. головки плода ко входу в малый таз</p> <p>в. тазового конца плода ко входу в малый таз</p> <p>г. головки плода ко дну матки</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>18. ПОД ПОЗИЦИЕЙ ПЛОДА ПОНИМАЕТСЯ:</p> <p>а. отношение спинки плода к боковым стенкам матки</p> <p>б. отношение головки плода ко входу в таз</p> <p>в. отношение оси плода к длиннику матки</p> <p>г. взаиморасположение различных частей плода</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>19. ПОЗИЦИЯ ПЛОДА ПРИ ПОПЕРЕЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО РАСПОЛОЖЕНИЮ:</p> <p>а. головки</p> <p>б. спинки</p> <p>в. мелких частей</p> <p>г. тазового конца</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>20. DISTANTIA SPINARUM В НОРМЕ РАВНА:</p> <p>а. 25-26 см</p> <p>б. 28-29 см</p> <p>в. 11-13 см</p> <p>г. 31-32 см</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>21. DISTANTIA CRISTARUM В НОРМЕ РАВНА:</p> <p>а. 28-29 см</p> <p>б. 25-26 см</p> <p>в. 20-21 см</p> <p>г. 31-32 см</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>22. DISTANTIA TROCHANTERICA В НОРМЕ РАВНА:</p> <p>а. 30-31 см</p> <p>б. 28-29 см</p> <p>в. 25-26 см</p> <p>г. 20-21 см</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>23. НАРУЖНАЯ КОНЪЮГАТА В НОРМЕ РАВНА:</p> <p>а. 20-21 см</p> <p>б. 28-29 см</p> <p>в. 25-26 см</p> <p>г. 30-31 см</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>24. DISTANTIA SPINARUM – ЭТО:</p> <p>а. расстояние между передневерхними остями подвздошных костей</p> <p>б. расстояние между большими вертелами бедренных костей</p> <p>в. расстояние между задневерхними остями подвздошных костей</p> <p>г. расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>25. ЗАДНИЙ АСИНКЛИТИЗМ — ЭТО:</p> <p>а. расположение стреловидного шва ближе к симфизу, первой вставляется задняя теменная кость</p> <p>б. расположение стреловидного шва ближе к мысу, первой вставляется передняя теменная кость</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>

<p>в. первыми опускаются ягодицы</p> <p>г. стреловидного шва на одинаковом расстоянии от лона до мыса</p>	
<p>26. DISTANTIACRISTARUM – ЭТО:</p> <p>а. расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей</p> <p>б. расстояние между большими вертелами бедренных костей</p> <p>в. расстояние между передневерхними осями подвздошных костей</p> <p>г. расстояние между задневерхними осями подвздошных костей</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>27. DISTANTIA TROCHANTERICA – ЭТО:</p> <p>а. расстояние между большими вертелами бедренных костей</p> <p>б. расстояние между передневерхними осями подвздошных костей</p> <p>в. расстояние между задневерхними осями подвздошных костей</p> <p>г. расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>28. ВЕЛИЧИНА ЛОБКОВОГО УГЛА ПРИ НОРМАЛЬНЫХ РАЗМЕРАХ ТАЗА:</p> <p>а. 90-100 °</p> <p>б. 110-120 °</p> <p>в. 60-70 °</p> <p>г. 80-90 °</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>29. ОКРУЖНОСТЬ ЖИВОТА 100 СМ, ВЫСОТА СТОЯНИЯ ДНА МАТКИ 35 СМ. ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ВЕС ПЛОДА (В ГРАММАХ):</p> <p>а. 3500</p> <p>б. 3200</p> <p>в. 3000</p> <p>г. 3800</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>30. СИНКЛИТИЧЕСКОЕ ВСТАВЛЕНИЕ ГОЛОВКИ — ЭТО РАСПОЛОЖЕНИЕ:</p> <p>а. стреловидного шва на одинаковом расстоянии от лона до мыса</p> <p>б. малого родничка на одинаковом расстоянии от лона до мыса</p> <p>в. большого родничка по оси таза</p> <p>г. стреловидного шва в прямом размере таза</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>31. ВСТАВЛЕНИЕ ГОЛОВКИ ПЛОДА – ЭТО ОТНОШЕНИЕ:</p> <p>а. стреловидного шва к мысу и лону</p> <p>б. конечностей и головки плода к туловищу</p> <p>в. продольной оси плода к продольной оси матки</p> <p>г. наиболее низкорасположенной крупной части плода ко входу в малый таз</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>32. ПЕРЕДНИЙ АСИНКЛИТИЗМ — ЭТО:</p> <p>а. расположение стреловидного шва ближе к мысу, первой вставляется передняя теменная кость</p> <p>б. расположение стреловидного шва ближе к симфизу, первой вставляется задняя теменная кость</p> <p>в. первыми опускаются ягодицы</p> <p>г. стреловидного шва на одинаковом расстоянии от лона до мыса</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>33. ВИД ПЛОДА - ЭТО ОТНОШЕНИЕ:</p> <p>а. спинки плода к передней и задней стенкам матки</p> <p>б. спинки плода к боковым стенкам матки</p> <p>в. продольной оси плода к продольной оси матки</p> <p>г. наиболее низкорасположенной крупной части плода ко входу в малый таз</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>34. ЧЛЕНОРАСПОЛОЖЕНИЕ – ЭТО ОТНОШЕНИЕ:</p> <p>а. конечностей и головки плода к туловищу</p> <p>б. спинки плода к передней и задней стенкам матки</p> <p>в. продольной оси плода к продольной оси матки</p> <p>г. наиболее низкорасположенной крупной части плода ко входу в малый таз</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>35. НАИМЕНЬШИМ РАЗМЕРОМ ПЛОСКОСТИ ВХОДА В МАЛЫЙ ТАЗ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. истинная конъюгата</p> <p>б. расстояние между буграми седалищных костей</p> <p>в. расстояние между симфизом и копчиком</p> <p>г. расстояние между осями седалищных костей</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>36. БОЛЬШОЙ И МАЛЫЙ ТАЗ РАЗДЕЛЕНЫ ПЛОСКОСТЬЮ, ПРОХОДЯЩЕЙ ЧЕРЕЗ:</p> <p>а. верхний край лона, пограничные линии, вершина мыса</p> <p>б. нижний край лона, верхушка копчика, седалищные бугры</p> <p>в. середина лона, сочленение II-III крестцовых позвонков, середина гладких пластин вертлужных впадин</p> <p>г. середина лона, крестцово-копчиковое сочленение, седалищные ости</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>37. ПЕРВЫМ ПРИЕМОМ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4,</p>

<p>ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. высота стояния дна матки</p> <p>б. позиция плода</p> <p>в. вид плода</p> <p>г. предлежащая часть</p>	<p>ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>38. ВТОРЫМ ПРИЕМОМ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. позиция плода</p> <p>б. предлежащая часть</p> <p>в. членорасположение плода</p> <p>г. высота стояния дна матки</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>39. ТРЕТЬИМ ПРИЕМОМ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. предлежащая часть</p> <p>б. позиция плода</p> <p>в. вид плода</p> <p>г. высота стояния дна матки</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>40. ЧЕТВЕРТЫМ ПРИЕМОМ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. отношение предлежащей части ко входу в таз</p> <p>б. предлежащая часть</p> <p>в. членорасположение плода</p> <p>г. позиция плода</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>41. ОСОБЕННОСТЬЮ РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. последовательное раскрытие внутреннего, а затем наружного зева</p> <p>б. раскрытие наружного, а затем внутреннего зева</p> <p>в. одномоментное раскрытие внутреннего и наружного зева</p> <p>г. раскрытие шейки матки, затем ее укорочение и сглаживание</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>42. СИНКЛИТИЧЕСКОЕ ВСТАВЛЕНИЕ ГОЛОВКИ ОЗНАЧАЕТ РАСПОЛОЖЕНИЕ:</p> <p>а. стреловидного шва на одинаковом расстоянии от лона до мыса</p> <p>б. малого родничка на одинаковом расстоянии от лона до мыса</p> <p>в. большого родничка по оси таза</p> <p>г. стреловидного шва в прямом размере таза</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>43. ПРИ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ШЕЙКА МАТКИ В НОРМЕ:</p> <p>а. укорочена, размягчена</p> <p>б. сохранена</p> <p>в. сглажена</p> <p>г. раскрыта до 3 см</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>44. ОСОБЕННОСТЬЮ РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. одномоментное раскрытие внутреннего и наружного зева</p> <p>б. последовательное раскрытие внутреннего, а затем наружного зева</p> <p>в. раскрытие наружного, а затем внутреннего зева</p> <p>г. раскрытие шейки матки, затем ее укорочение и сглаживание</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>45. РОДОВЫЕ СХВАТКИ ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫХ СХВАТОК:</p> <p>а. развитием структурных изменений шейки матки</p> <p>б. безболезненностью</p> <p>в. отсутствием увеличения амплитуды</p> <p>г. нерегулярностью и редкими интервалами</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>46. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ТРЕТЬЕГО ПЕРИОДА РОДОВ:</p> <p>а. 30 мин</p> <p>б. 5-10 мин</p> <p>в. 10-15 мин</p> <p>г. до 2 часов</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>47. К КАКОМУ ПРИЗНАКУ ОТДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА ОТНОСЯТ ОТСУТСТВИЕ ВТЯЖЕНИЯ ПУПОВИНЫ ВО ВЛАГАЛИЩЕ ПРИ ГЛУБОКОМ ВДОХЕ РОЖЕНИЦЫ?</p> <p>а. признак Довженко</p> <p>б. признак Альфельда</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>

<p>в. признак Кюстнера-Чукалова г. признак Шредера</p>	
<p>48. К КАКОМУ ПРИЗНАКУ ОТДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА ОТНОСЯТ ОТСУТСТВИЕ ВТЯЖЕНИЯ ПУПОВИНЫ ВО ВЛАГАЛИЩЕ ПРИ НАДАВЛИВАНИИ РЕБРОМ КИСТИ НАД ЛОНОМ?</p> <p>а. признак Кюстнера-Чукалова б. признак Альфельда в. признак Шредера г. признак Довженко</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>49. ОКРАШИВАНИЕ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД МЕКОНИЕМ ПРИ ГОЛОВНЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:</p> <p>а. о гипоксии плода б. о гемолитической болезни плода в. о внутриутробном инфицировании плода г. о хориоамнионите</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>50. ЗРЕЛАЯ ШЕЙКА МАТКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ:</p> <p>а. биологическую готовность к родам б. начало первого периода родов в. начало второго периода родов г. конец первого периода родов</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>51. ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА В РОДАХ ПРИМЕНЯЕТСЯ:</p> <p>а. аускультация б. наружное акушерское исследование в. влагалищное исследование г. пельвиометрия</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>52. ПРИЗНАКОМ РАЗВИТИЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. сглаживание и раскрытие шейки матки б. боли в поясничной области в. отхождение околоплодных вод г. отхождение слизистой пробки</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>53. ПЕРВЫЙ ПЕРИОД ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ВСЕГДА:</p> <p>а. полным раскрытием шейки матки б. возникновением потуг в. расположением головки плода на тазовом дне г. излитием околоплодных вод</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>54. ОТКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПЯТЬ САНТИМЕТРОВ СООТВЕТСТВУЕТ:</p> <p>а. первому периоду родов активной фазе б. первому периоду родов латентной фазе в. первому периоду родов фазе замедления г. началу второго периода родов</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>55. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОЦЕНИВАЮТ:</p> <p>а. по частоте и продолжительности схваток б. по длительности родов в. по состоянию плода г. по времени излития околоплодных вод</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>56. ПОКАЗАТЕЛЕМ НАЧАЛА ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. полное раскрытие шейки матки б. опускание предлежащей части в малый таз в. потуги г. внутренний поворот головки</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>57. ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ СЕРДЦЕБИЕНИЕ ПЛОДА КОНТРОЛИРУЕТСЯ:</p> <p>а. после каждой потуги б. через каждые 15 минут в. через каждые 10 минут г. через каждые 5 минут</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>58. ПОТУГИ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДАХ НАЧИНАЮТСЯ, КОГДА:</p> <p>а. головка плода установилась на тазовом дне б. головка плода вставилась большим сегментом во входе в малый таз в. произошло полное раскрытие шейки матки г. головка малым сегментом во входе в малый таз</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>59. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ТРЕТЬЕГО ПЕРИОДА РОДОВ ЗАВИСИТ ОТ:</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4,</p>

<ul style="list-style-type: none"> а. наличия признаков отделения последа б. длительности родов в. состояния новорожденного г. длительности безводного промежутка 	ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>60. ДЕСЯТЬ МИНУТ НАЗАД ПРОИЗОШЛИ РОДЫ ДОНОШЕННЫМ МАЛЬЧИКОМ В УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ; ПРИЗНАК КЮСТНЕРА-ЧУКАЛОВА ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ; КАКОВА ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?</p> <ul style="list-style-type: none"> а. активная - самостоятельное рождение последа б. ввести метилэргометрин в. произвести ручное выделение последа г. выделить послед наружными приемами 	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>61. ИЗМЕНЕНИЕ КОНТУРОВ И СМЕЩЕНИЕ ДНА МАТКИ; ОПУСКАНИЕ ОТРЕЗКА ПУПОВИНЫ; ОТСУТСТВИЕ ВТЯГИВАНИЯ ПУПОВИНЫ ПРИ ГЛУБОКОМ ВДОХЕ РОЖЕНИЦЫ В ТРЕТЬЕМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. полного отделения плаценты б. отсутствия отделения плаценты в. преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты г. гипотонии матки 	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>62. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА СООТВЕТСТВУЕТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. 6 – 8 неделям после родов б. периоду нахождения в акушерском стационаре в. периоду грудного кормления новорожденного г. периоду послеродовой аменореи 	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>63. ЛОХИИ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. послеродовые выделения из матки б. раневой секрет послеродовой матки в. отделение децидуальной оболочки г. проявление послеродового эндометрита 	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>64. ПЕРВОЕ ПРИКЛАДЫВАНИЕ К ГРУДИ МАТЕРИ ЗДОРОВЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОВОДИТСЯ ОБЫЧНО:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. сразу после рождения б. через 6 ч после рождения в. через 8 ч после рождения г. через 12 ч после рождения 	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>65. ДЛЯ ЗРЕЛОЙ ШЕЙКИ МАТКИ ХАРАКТЕРНО:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. мягкая консистенция б. отклонение шейки к крестцу в. отсутствие проходимости цервикального канала г. длина 2-2,5 см 	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>66. ПРИЕМ КРЕДЕ-ЛАЗАРЕВИЧА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. выделения отделившегося последа б. выделения неотделившегося последа в. отделения последа наружным приемом г. ручного выделения последа 	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>67. ОПТИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РОДОВ У ПЕРВОРОДЯЩИХ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. 10-12 ч б. 4-6 ч в. 6-8 ч г. 16-18 ч 	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>68. ОПТИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РОДОВ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. 6-8 ч б. 4-6 ч в. 10-12 ч г. 16-18 ч 	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>69. ТЕМП РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ В АКТИВНУЮ ФАЗУ У ПЕРВОРОДЯЩИХ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. 1,5-2 см/ч б. 0,5-1 см/ч в. 1-1,5 см/ч г. 2-2,5 см/ч 	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>70. ТЕМП РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ В АКТИВНУЮ ФАЗУ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ:</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6,

а. 2-2,5 см/ч б. 0,5-1 см/ч в. 1-1,5 см/ч г. 1,5-2 см/ч	ПК 7, ПК 8, ПК 10
71. ТЕМП РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ В ЛАТЕНТНУЮ ФАЗУ У ПЕРВОРОДЯЩИХ: а. 0,35 см/ч б. 0,15 см/ч в. 0,5 см/ч г. 1,5 см/ч	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
72. ТЕМП РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ В ЛАТЕНТНУЮ ФАЗУ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ: а. 0,35 см/ч б. 0,15 см/ч в. 0,5 см/ч г. 1,5 см/ч	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
73. СКОРОСТЬ ПРОДВИЖЕНИЯ ГОЛОВКИ ПЛОДА С 8-9 СМ РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ: а. 1 см/ч б. 1,5 см/ч в. 2 см/ч г. 2,5 см/ч	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
74. СКОРОСТЬ ПРОДВИЖЕНИЯ ГОЛОВКИ ПЛОДА С 8-9 СМ РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ: а. 2 см/ч б. 1 см/ч в. 1,5 см/ч г. 2,5 см/ч	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
75. СОКРАТИТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ МАТКИ МОЖНО ОЦЕНИТЬ С ПОМОЩЬЮ: а. наружной гистерографии б. УЗИ в. электрокардиографии г. рентгенографии	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10

Раздел 2. Организация акушерско-гинекологической помощи.	
1. ВЕРОЯТНЫМ ПРИЗНАКОМ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ: а. признак Горвица-Гегара б. изменение настроения в. изменение обоняния г. выслушивание сердцебиения плода	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
2. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ: а. выслушивание сердцебиения плода б. увеличение объема живота в. прекращение менструации г. увеличение матки	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
3. СОМНИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ: а. увеличение объема живота б. пальпация частей плода в. признак Снегирева г. синюшность слизистой оболочки влагалища и шейки матки	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
4. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННОЙ НАЧИНАЕТСЯ: а. с объективного осмотра по органам и системам б. с пальпации живота в. с выслушивания сердцебиения плода г. с измерения таза	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
5. DISTANTIA SPINARUM – ЭТО: а. расстояние между передневерхними осями подвздошных костей б. расстояние между большими вертелами бедренных костей в. расстояние между задневерхними осями подвздошных костей г. расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
6. DISTANTIA CRISTARUM – ЭТО: а. расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей б. расстояние между большими вертелами бедренных костей в. расстояние между передневерхними осями подвздошных костей г. расстояние между задневерхними осями подвздошных костей	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10

7. DISTANTIA TROCHANTERICA – ЭТО: а. расстояние между большими вертелами бедренных костей б. расстояние между передневерхними осями подвздошных костей в. расстояние между задневерхними осями подвздошных костей г. расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
8. CONJUGATA EXTERNA – ЭТО РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ: а. серединой верхненааружного края симфиза и надкрестцовой ямкой б. наиболее выступающими внутрь точками симфиза и мыса в. нижним краем симфиза и выступающей точкой мыса г. гребнями подвздошных костей	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
9. DISTANTIA SPINARUM В НОРМЕ РАВНА: а. 25-26 см б. 12-13 см в. 28-29 см г. 31-32 см	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
10. DISTANTIA CRISTARUM В НОРМЕ РАВНА: а. 28-29 см б. 12-13 см в. 25-26 см г. 31-32 см	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
11. DISTANTIA TROCHANTERICA ВНОРМЕРАВНА: а. 31-32 см б. 12-13 см в. 25-26 см г. 28-29 см	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
12. CONJUGATA EXTERNA В НОРМЕ РАВНА: а. 20-21 см б. 9-10 см в. 10-11 см г. 12-13 см	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
13. ИСТИННАЯ КОНЬЮГАТА – ЭТО РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ: а. наиболее выступающими внутрь точками симфиза и мыса б. серединой верхнего края лонного сочленения и мысом в. нижним краем симфиза и выступающей точкой мыса г. гребнями подвздошных костей	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
14. ИСТИННАЯ КОНЬЮГАТА В НОРМЕ РАВНА: а. 11 см б. 9 см в. 13 см г. 20 см	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
15. У ПРАВИЛЬНО СЛОЖЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ РОМБ МИХАЭЛИСА ИМЕЕТ ВИД: а. геометрически правильного ромба б. треугольника в. неправильного четырехугольника г. четырехугольника, вытянутого в вертикальном направлении	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
16. ПОВТОРОРОДЯЩИЕ НАЧИНАЮТ ОЩУЩАТЬ ДВИЖЕНИЯ ПЛОДА: а. с 18 недель б. с 16 недель в. с 20 недель г. с 22 недель	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
17. ПЕРВОРОДЯЩИЕ НАЧИНАЮТ ОЩУЩАТЬ ДВИЖЕНИЯ ПЛОДА: а. с 20 недель б. с 16 недель в. с 18 недель г. с 22 недель	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
18. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ПРОДОЛЖАЕТСЯ: а. 280 дней б. 200 дней в. 240 дней г. 320 дней	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
19. ВЕЛИЧИНА ЛОБКОВОГО УГЛА ПРИ НОРМАЛЬНЫХ РАЗМЕРАХ ТАЗА: а. 90-100° б. 60-70° в. 80-90° г. 110-120°	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
20. БЕРЕМЕННАЯ ДОЛЖНА ВСТАТЬ НА УЧЕТ В ЖЕНСКУЮ КОНСУЛЬТАЦИЮ ДО СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ: а. 12 недель б. 8 недель	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10

<p>в. 16 недель г. 30 недель</p>	
<p>21. ПРИ ПОСТАНОВКИ ЖЕНЩИНЫ НА УЧЕТ ПО БЕРЕМЕННОСТИ НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ:</p> <p>а. терапевта б. хирурга в. онколога г. дерматовенеролога</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>22. ПРИ ПОСТАНОВКИ ЖЕНЩИНЫ НА УЧЕТ ПО БЕРЕМЕННОСТИ НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ:</p> <p>а. стоматолога б. хирурга в. онколога г. дерматовенеролога</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>23. ПРИ ПОСТАНОВКИ ЖЕНЩИНЫ НА УЧЕТ ПО БЕРЕМЕННОСТИ НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ:</p> <p>а. окулиста б. хирурга в. онколога г. дерматовенеролога</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>24. ПРИ ПОСТАНОВКИ ЖЕНЩИНЫ НА УЧЕТ ПО БЕРЕМЕННОСТИ НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ:</p> <p>а. отоларинголога б. хирурга в. онколога г. дерматовенеролога</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>25. ПРИ НАБЛЮДЕНИИ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ИССЛЕДОВАНИЕ ОБЩЕГО АНАЛИЗА МОЧИ БЕРЕМЕННЫМ ПРОВОДИТСЯ:</p> <p>а. при каждой явке б. один раз в месяц в. два раза в месяц г. по показаниям</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>26. ПРИЗНАК ПИСКАЧЕКА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ:</p> <p>а. вероятных признаков беременности б. предположительных признаков беременности в. сомнительных признаков беременности г. достоверных признаков беременности</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>27. ПУТЕМ ВЛАГАЛИЩНОГО И ДВУРУЧНОГО (БИМАНУАЛЬНОГО) ИССЛЕДОВАНИЯ МОЖНО ВЫЯВИТЬ:</p> <p>а. вероятные признаки беременности б. предположительные признаки беременности в. сомнительные признаки беременности г. достоверные признаки беременности</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>28. ПОЯВЛЕНИЕ МОЛОЗИВА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ:</p> <p>а. вероятных признаков беременности б. предположительных признаков беременности в. сомнительных признаков беременности г. достоверных признаков беременности</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>29. ПРИЗНАК СНЕГИРЕВА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БЕРЕМЕННОСТИ РАННЕГО СРОКА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ:</p> <p>а. в сокращении матки при ее пальпации б. в асимметрии матки в. в размягчении перешейка г. в перегибе матки</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>30. ПОЯВЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ ГОРВИЦА-ГЕГАРА И ГУБАРЕВА-ГАУСА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ ОБУСЛОВЛЕНО:</p> <p>а. размягчением перешейка матки б. асимметрией матки в. сокращением матки при пальпации г. размягчением тела матки</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>31. ПЕРВЫМ ПРИЕМОМ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. высота стояния дна матки и часть плода, находящаяся в дне б. предлежащая часть в. членорасположение плода г. позиция плода</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>32. ВТОРЫМ ПРИЕМОМ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. позиция плода б. предлежащая часть в. членорасположение плода г. высота стояния дна матки</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>

33. ТРЕТЬИМ ПРИЕМОМ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ: а. предлежащая часть б. членорасположение плода в. позиция плода г. высота дна матки	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
34. ЧЕТВЕРТЫМ ПРИЕМОМ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ: а. отношение предлежащей части ко входу в таз б. предлежащая часть в. членорасположение плода г. позиция плода	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
35. СПИНКА ПЛОДА ОБРАЩЕНА ВЛЕВО И КПЕРЕДИ; ОПРЕДЕЛИТЕ ВИД И ПОЗИЦИЮ: а. передний вид, первая позиция б. задний вид, вторая позиция в. передний вид, вторая позиция г. задний вид, первая позиция	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
36. ОКРУЖНОСТЬ ЖИВОТА ИЗМЕРЯЕТСЯ: а. на уровне пупка б. на 6 см выше пупка в. на 4 см ниже пупка г. на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
37. ПРОДОЛЬНЫМ НАЗЫВАЕТСЯ ПОЛОЖЕНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ОСЬ ПЛОДА: а. совпадает с длинником матки б. находится под прямым углом к продольной оси матки в. находится под острым углом к оси матки г. находится под тупым углом к оси матки	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
38. ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛОДА НАЗЫВАЕТСЯ ОТНОШЕНИЕ: а. наиболее низкорасположенной крупной части плода ко входу в малый таз б. тазового конца плода ко входу в малый таз в. головки плода ко дну матки г. головки плода ко входу в малый таз	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
39. ПОД ПОЗИЦИЕЙ ПЛОДА ПОНИМАЮТ: а. отношение спинки плода к боковым стенкам матки б. отношение головки плода ко входу в таз в. отношение оси плода к длиннику матки г. взаиморасположение различных частей плода	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
40. ВЫСОТУ ДНА МАТКИ ИЗМЕРЯЮТ: а. между верхним краем лонного сочленения и дном матки б. между верхним краем лонного сочленения и пупком в. между пупком и мечевидным отростком г. между пупком и дном матки	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
41. ПРИ ОДНОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ ВЫДАЕТСЯ: а. в 30 недель беременности продолжительностью 140 календарных дней б. в 28 недель беременности продолжительностью 140 календарных дней в. в 32 недели беременности продолжительностью 140 календарных дней г. в 34 недели беременности продолжительностью 140 календарных дней	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
42. ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ ВЫДАЕТСЯ: а. в 28 недель беременности продолжительностью 194 календарных дня б. в 26 недель беременности продолжительностью 194 календарных дня в. в 30 недель беременности продолжительностью 194 календарных дня г. в 34 недели беременности продолжительностью 194 календарных дня	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
43. В СРОКЕ ТРИДЦАТЬ ДВЕ НЕДЕЛИ БЕРЕМЕННОСТИ ДНО МАТКИ НАХОДИТСЯ: а. посередине между пупком и мечевидным отростком б. на 2 поперечных пальца ниже пупка в. на уровне пупка г. на 2-3 пальца выше пупка	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
44. В СРОКЕ ДВАДЦАТЬ ЧЕТЫРЕ НЕДЕЛИ БЕРЕМЕННОСТИ ДНО МАТКИ НАХОДИТСЯ: а. на уровне пупка б. на 2-3 пальца выше пупка в. на 2 поперечных пальца ниже пупка г. посередине между пупком и мечевидным отростком	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
45. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДИТСЯ: а. ультразвуковое исследование б. рентгенологическое исследование в. магниторезонансная томография	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10

г. кардиотокография	
46. СРОК РОДОВ У ПОВТОРНОРОДЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЫ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЧИСЛЕН ПРИБАВЛЕНИЕМ К ДАТЕ ПЕРВОГО ШЕВЕЛЕНИЯ ПЛОДА: а. 22 недели б. 16 недель в. 18 недель г. 20 недель	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
47. ДЛЯ ВЫЧИСЛЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ ДАТЫ РОДОВ У ПЕРВОБЕРЕМЕННЫХ К ДАТЕ ПЕРВОГО ШЕВЕЛЕНИЯ ПЛОДА НЕОБХОДИМО ПРИБАВИТЬ: а. 20 недель б. 16 недель в. 18 недель г. 22 недели	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
48. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДИТСЯ: а. трехкратно в I, II, III триместре б. ежемесячно в. по показаниям г. однократно в I триместре	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
49. ПРИ ПОПЕРЕЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ ПЛОДА СЕРДЦЕБИЕНИЕ ЛУЧШЕ ВСЕГО ВЫСЛУШИВАЕТСЯ: а. на уровне пупка ближе к головке плода б. справа ниже пупка в. слева выше пупка г. справа выше пупка	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
50. ПРИ ПЕРВОЙ ПОЗИЦИИ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ СЕРДЦЕБИЕНИЕ ПЛОДА ЛУЧШЕ ВСЕГО ВЫСЛУШИВАЕТСЯ: а. слева ниже пупка б. слева выше пупка в. слева на уровне пупка г. справа ниже пупка	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
51. ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ СРОК РОДОВ У БЕРЕМЕННОЙ, ЕСЛИ ПЕРВЫЙ ДЕНЬ ПОСЛЕДНЕЙ МЕНСТРУАЦИИ ПЕРВОГО АПРЕЛЯ: а. 8 января б. 11 января в. 14 января г. 1 января	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
52. ОТПУСК ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ ВЫДАЕТСЯ: а. на 140 дней б. на 156 дней в. на 168 дней г. на 194 дня	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
53. ОТПУСК ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ВЫДАЕТСЯ: а. на 194 дня б. на 140 дней в. на 156 дней г. на 168 дней	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
54. В СЛУЧАЕ ОСЛОЖНЕНИЙ В РОДАХ ОТПУСК ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ СОСТАВЛЯЕТ: а. на 156 дней б. на 168 дней в. на 194 дня г. на 140 дней	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
55. ПРИ РОДАХ, НАСТУПИВШИХ В ПЕРИОД С 28 ДО 30 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ И РОЖДЕНИИ ЖИВОГО ПЛОДА ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ ВЫДАЕТСЯ: а. на 156 дней б. на 168 дней в. на 194 дня г. на 140 дней	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
Раздел 3. Патологическое акушерство	
Тема 1. Акушерские кровотечения	
Аномалии родовой деятельности	
1. ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ – ЭТО ПАТОЛОГИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ПЛАЦЕНТА РАСПОЛАГАЕТСЯ а. в нижнем сегменте матки, частично или полностью перекрывая внутренний зев б. в дне матки в. в теле матки	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.

г. по задней стенке матки	
2. РАСПОЛОЖЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ НИЗКИМ, ЕСЛИ ПРИ УЗИ МАТКИ В III ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ЕЕ НИЖНИЙ КРАЙ НЕ ДОХОДИТ ДО ВНУТРЕННЕГО ЗЕВА НА а. 5 см б. 7 см в. 9 см г. 11 см	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
3. ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ ЗНАЧИТЕЛЬНО ЧАЩЕРАЗВИВАЕТСЯ У БЕРЕМЕННЫХ: а. с артериальной гипертензией б. с миомой матки в. с кистой яичника г. с артериальной гипотонией	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
4. ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПРИ ПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ НАД ВНУТРЕННИМ ЗЕВОМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ а. губчатая ткань плаценты над всем внутренним зевом б. ткань плаценты и оболочки плодного пузыря в. оболочки плодного пузыря д. головка и ручка плода	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
5. ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПРИ НЕПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ НАД ВНУТРЕННИМ ЗЕВОМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ а. ткань плаценты и оболочки плодного пузыря б. губчатая ткань плаценты над всем внутренним зевом в. оболочки плодного пузыря д. головка и ручка плода	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
6. САМЫМ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ НИЗКОЙ ПЛАЦЕНТАЦИИ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЕТСЯ: а. ультразвуковое сканирование б. наружное акушерское исследование в. внутреннее акушерское исследование г. амниоскопия	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
7. ФАКТОРОМ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИМ "МИГРАЦИЮ" ПЛАЦЕНТЫ, ЯВЛЯЕТСЯ а. растяжение (дистракция) циркулярных гладкомышечных волокон матки б. сокращение (контракция) гладкомышечных волокон в. перемещение ворсин хориона по базальной мембране матки г. повышенная ферментативная активность ворсин хориона	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
8. ФАКТОРОМ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИМ "МИГРАЦИЮ" ПЛАЦЕНТЫ, ЯВЛЯЕТСЯ а. перемещение (ретракция) продольных слоев миометрия в процессе беременности б. сокращение (контракция) гладкомышечных волокон в. перемещение ворсин хориона по базальной мембране матки г. повышенная ферментативная активность ворсин хориона	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
9. ФАКТОРОМ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИМ "МИГРАЦИЮ" ПЛАЦЕНТЫ, ЯВЛЯЕТСЯ а. атрофия нижней части плаценты и более активное развитие верхней части плаценты б. сокращение (контракция) гладкомышечных волокон в. перемещение ворсин хориона по базальной мембране матки г. повышенная ферментативная активность ворсин хориона перемещение (ретракции) продольных слоев миометрия в процессе беременности	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
10. ДО КАКОГО СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ ПРОДОЛЖАЕТСЯ МИГРАЦИЯ ПЛАЦЕНТЫ а. до 34 недель б. до 14 недель в. до 24 недель г. до 40 недель	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
11. КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ОБУСЛОВЛЕНО а. дистракцией гладкомышечных волокон с отслойкой плаценты б. склерозированием ворсин низко расположенной плаценты в. дистрофическими изменениями ворсин хориона г. повышенным отложением фибриноидного вещества на поверхности плаценты	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
12. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ И НИЗКОЙ ПЛАЦЕНТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ а. медицинские аборт в анамнезе б. преэклампсия	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>

в. хроническая артериальная гипертензия г. сахарный диабет	
13. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ И НИЗКОЙ ПЛАЦЕНТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ а. воспалительные заболевания матки в анамнезе б. преэклампсия в. хроническая артериальная гипертензия г. сахарный диабет	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
14. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ И НИЗКОЙ ПЛАЦЕНТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ а. пороки развития матки б. преэклампсия в. хроническая артериальная гипертензия г. сахарный диабет	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
15. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНИТЬ а. ультразвуковое исследование б. радиоизотопную скинтиграфию в. тепловидение г. кардиотокографию	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
16. ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ а. предлежание плаценты б. гипотония матки в. плотное прикрепление плаценты г. дефект последа	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
17. ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ а. разрыв варикозно расширенных вен влагалища и наружных половых органов б. гипотония матки в. плотное прикрепление плаценты г. дефект последа	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
18. ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ а. рак гениталий б. гипотония матки в. плотное прикрепление плаценты г. дефект последа	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
19. ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ а. ПОНРП б. гипотония матки в. плотное прикрепление плаценты г. дефект последа	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
20. ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ а. разрыв матки по рубцу б. гипотония матки в. плотное прикрепление плаценты г. дефект последа	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
21. ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ – ЭТО а. отслойка плаценты во время беременности, в первом и втором периодах родов б. отслойка плаценты в третьего периода родов в. отслойка плаценты только во время беременности г. отслойка плаценты только в родах	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
22. ДЛЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРНО а. всегда наружное б. болевой синдром в. гипертоonus матки г. гипоксия плода	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
23. ДЛЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРНО а. внезапное, в покое, чаще ночью б. болевой синдром в. гипертоonus матки г. гипоксия плода	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
24. ДЛЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРНО а. безболезненное б. внутреннее или комбинированное в. гипертоonus матки г. гипоксия плода	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
25. ДЛЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРНО а. рецидивирующий характер б. внутреннее или комбинированное в. гипертоonus матки г. гипоксия плод	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
26. ПРИ НАРУЖНОМ АКУШЕРСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК -

<p>ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО</p> <p>а. высокое расположение предлежащей части плода б. гипертонус матки в. асимметрия формы матки г. гипоксия плода</p>	<p>4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>27. ПРИ НАРУЖНОМ АКУШЕРСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО</p> <p>а. поперечное и косое положение плода б. гипертонус матки в. асимметрия матки г. гипоксия плода</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>28. НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ИМЕЕТ</p> <p>а. выраженность кровотечения б. предлежание плода (головное, тазовое) в. состояние шейки матки (сглажена, укорочена, полностью открыта) г. состояние плода (живой, мертвый)</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>29. ВЕДУЩЕЙ ПРИЧИНОЙ ПОНРП ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а. преэклампсия б. короткая пуповина в. многоплодная беременность г. перенашивание</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>30. ПРИ НЕПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ, ЗНАЧИТЕЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ РОДОВЫХ ПУТЕЙ, И ОТКРЫТИИ МАТОЧНОГО ЗЕВА НА 5-6 СМ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПОКАЗАНО</p> <p>а. путем кесарева сечения б. через естественные родовые пути с гемотрансфузией и родостимуляцией в. через естественные родовые пути с раннейамниотомией и без родостимуляции г. через естественные родовые пути</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>31. У БЕРЕМЕННОЙ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ В СРОКЕ 32 НЕДЕЛИ БЕРЕМЕННОСТИ ПОЯВИЛИСЬ ПРИЗНАКИ ПОНРП. ПРОИЗВЕДЕНА СРОЧНАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В РОДДОМ. ВЫБЕРИТЕ АКУШЕРСКУЮ ТАКТИКУ</p> <p>а. кесарево сечение б. интенсивная терапия и сохранение беременности в. родовозбуждение и родостимуляция г. применение токолитиков</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>32. У ПОВТОРНОБЕРЕМЕННОЙ ПЕРВОРОДЯЩЕЙ С НЕПОЛНЫМ ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ОТКРЫТИИ ШЕЙКИ МАТКИ НА 4 СМ ДИАГНОСТИРОВАНО ТАЗОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА. КРОВОТЕЧЕНИЕ ОТСУТСТВУЕТ. ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ МАССА ПЛОДА - 3300 Г. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ</p> <p>а. кесарево сечение б. ранняя амниотомия и родовозбуждение в. ранняяамниотомия и внутривенное капельное введение спазмолитиков г. экстракция плода за тазовый конец</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>33. У ПОВТОРНОРОДЯЩЕЙ ПРИ ОТКРЫТИИ ШЕЙКИ МАТКИ НА 4-5 СМ ДИАГНОСТИРОВАНО НЕПОЛНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ, ГОЛОВНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА. КРОВОТЕЧЕНИЕ ОТСУТСТВУЕТ. ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ МАССА ПЛОДА - 3300 Г. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ</p> <p>а. проведение амниотомии и при отсутствии кровотечения возможны роды через естественные родовые пути б. внутривенное капельное введение спазмолитиков в. кесарево сечение г. ведение родов через естественные родовые пути с выжидательной тактикой</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>34. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ПОНРП ХАРАКТЕРНО</p> <p>а. боли в животе б. наружное кровотечение в. рецидивирующий характер кровотечения г. кровотечение внезапное, в покое, чаще ночью</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>35. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ПОНРП ХАРАКТЕРНО</p> <p>а) асимметрия матки б) наружное кровотечение в) рецидивирующий характер кровотечения г) кровотечение внезапное, в покое, чаще ночью</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>36. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ПОНРП ХАРАКТЕРНО</p> <p>а. гипоксия плода б. наружное кровотечение</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>

<p>в. рецидивирующий характер кровотечения г. кровотечение внезапное, в покое, чаще ночью</p>	10.
<p>37. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ПОНРП ХАРАКТЕРНО</p> <p>а. внутреннее кровотечение б. кровотечение алой кровью в. рецидивирующий характер кровотечения г. кровотечение внезапное, в покое, чаще ночью</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>38. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ПОНРП ХАРАКТЕРНО</p> <p>а. гипертонус матки б. кровотечение алой кровью в. рецидивирующий характер кровотечения г. кровотечение внезапное, в покое, чаще ночью</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>39. СОСТОЯНИЕ ПЛОДА ПРИ ПОНРП ЗАВИСИТ ОТ</p> <p>а. площади отслоения плаценты б. наличия соматической патологии в. наличия акушерских осложнений г. от предлежания плода</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>40. ПРИ НАРУЖНОМ АКУШЕРСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ПОНРП ПЛАЦЕНТЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО</p> <p>а. гипертонус матки б. поперечное и косое положение плода в. нормальная форма матки в нормотонусе г. высокое стояние предлежащей части плода</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>41. МАТКА КУВЕЛЕРА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ</p> <p>а. ПОНРП б. предлежании плаценты в. разрыве матки г. гипотонии матки</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>42. АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОНРП</p> <p>а. экстренное родоразрешение б. зависит от состояния женщины в. пролонгирование беременности г. зависит от наличия соматической патологии</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>43. ЕСЛИ ПОНРП РАЗВИЛАСЬ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ</p> <p>а. кесарево сечение б. родовозбуждение в. раннюю амниотомию г. пролонгировать беременность</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>44. ЕСЛИ ПОНРП ПРОИЗОШЛА В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ, СЛЕДУЕТ</p> <p>а. произвести кесарево сечение б. наложить акушерские щипцы в. консервативное ведение родов г. провести родоусиление</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>45. ЕСЛИ ПОНРП ПРОИЗОШЛА ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ, СЛЕДУЕТ</p> <p>а. наложить акушерские щипцы б. произвести кесарево сечение в. консервативное ведение родов г. провести родоусиление</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>46. ОТ ЧЕГО ЗАВИСИТ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА</p> <p>а. от фазы третьего периода родов б. от состояния женщины в. от длительности последового периода г. от объема кровопотери</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>47. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ РУЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а. повышенная кровопотеря б. роды в тазовом предлежании в. роды при многоплодной беременности г. физиологическая кровопотеря</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>48. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ РУЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а. сомнения в целостности последа б. роды в тазовом предлежании в. роды при многоплодной беременности</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.

г. физиологическая кровопотеря	
49. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ РУЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ а. сомнение в целостности стенки матки б. роды в тазовомпредлежании в. роды при многоплодной беременности г. физиологическая кровопотеря	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
50. ПОКАЗАНИЕМ К РУЧНОМУ ОТДЕЛЕНИЮ ПЛАЦЕНТЫ, КАК ПРАВИЛО, ЯВЛЯЕТСЯ: а. отсутствие признаков отделения плаценты в течение 30 мин б. отсутствие признаков отделения плаценты в течение 20 минут в. отсутствие признаков отделения плаценты в течение 10 минут г. отсутствие признаков отделения плаценты не зависимо от времени продолжительности последового периода	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
51. ПОКАЗАНИЕМ К РУЧНОМУ ОТДЕЛЕНИЮ ПЛАЦЕНТЫ, КАК ПРАВИЛО, ЯВЛЯЕТСЯ: а. кровопотеря превышающая допустимую на фоне отсутствия признаков отделения плаценты б. отсутствие признаков отделения плаценты в течение 20 минут в. отсутствие признаков отделения плаценты в течение 10 минут г. отсутствие признаков отделения плаценты не зависимо от времени продолжительности последового периода	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
52. ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПЕРВУЮ ФАЗУ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА ЯВЛЯЕТСЯ а. частичное плотное приращение плаценты б. полное плотное приращение плаценты в. полное истинное приращение плаценты г. задержка отделившейся плаценты в полости матки	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
53. ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПЕРВУЮ ФАЗУ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА ЯВЛЯЕТСЯ а. частичное истинное приращение плаценты б. полное плотное приращение плаценты в. полное истинное приращение плаценты г. задержка отделившейся плаценты в полости матки	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
54. ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ В ВТОРУЮ ФАЗУ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА ЯВЛЯЕТСЯ а. задержка отделившейся плаценты в полости матки б. частичное плотное приращение плаценты в. полное плотное приращение плаценты г. частичное истинное приращение плаценты	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
55. ЗАДЕРЖКА ОТДЕЛИВШЕЙСЯ ПЛАЦЕНТЫ В МАТКЕ ОБЫЧНО ОБУСЛОВЛЕНА а. переполненным мочевым пузырем б. полным истинным приращением плаценты в. частичным плотным приращением плаценты г. частичным истинным приращением плаценты	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
56. ЗАДЕРЖКА ОТДЕЛИВШЕЙСЯ ПЛАЦЕНТЫ В МАТКЕ ОБЫЧНО ОБУСЛОВЛЕНА а. нарушением сократительной способности матки б. полным истинным приращением плаценты в. частичным плотным приращением плаценты г. частичным истинным приращением плаценты	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
57. ЗАДЕРЖКА ОТДЕЛИВШЕЙСЯ ПЛАЦЕНТЫ В МАТКЕ ОБЫЧНО ОБУСЛОВЛЕНА а. спазмом маточного зева б. частичным плотным приращением плаценты в. полным истинным приращением плаценты г. частичным истинным приращением плаценты	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
58. ПРИ ПЛОТНОМ ПРИКРЕПЛЕНИИ ПЛАЦЕНТЫ ВОРСИНЫ ХОРИОНА, КАК ПРАВИЛО, ПРОНИКАЮТ ВГЛУБЬ СТЕНКИ МАТКИ а. в базальный слой слизистой оболочки б. в спонгиозный слой слизистой оболочки	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>

<p>в. в компактный слой слизистой оболочки г. в миометрий</p>	
<p>59. ДЛЯ ПОЛНОГО ИСТИННОГО ПРИРАЩЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРНО</p> <p>а. отсутствие каких-либо кровянистых выделений из половых путей в послеродовом периоде б. сильное кровотечение из половых путей через 5-10 мин после рождения плода в. небольшие кровянистые выделения из половых путей сразу после рождения плода г. несворачиваемость крови, вытекающей из половых путей</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>60. ДЛЯ ИСТИННОГО ПРИРАЩЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРНО ВРАСТАНИЕ ВОРСИН ХОРИОНА</p> <p>а. в миометрий б. в базальный слой слизистой оболочки в. в компактный слой слизистой оболочки г. в спонгиозный слой слизистой оболочки</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>61. ПРИ ИСТИННОМ ПРИРАЩЕНИИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ, КАК ПРАВИЛО, ПОКАЗАНО</p> <p>а. надвлагалищная ампутация матки б. ручное отделение плаценты в. выскабливание послеродовой матки г. введение окситоцина</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>62. ПРИ ЧАСТИЧНОМ ПЛОТНОМ ПРИКРЕПЛЕНИИ ПЛАЦЕНТЫ НА ФОНЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ КРОВОПОТЕРИ ПОКАЗАНО</p> <p>а. ручное отделение плаценты б. одномоментное внутривенное введение метилэргометрина в. капельное внутривенное введение окситоцина г. операция надвлагалищная ампутация матки</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>63. К ОСНОВНЫМ ПРИЧИНАМ КРОВОТЕЧЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ</p> <p>а. частичного плотное приращение плаценты б. задержки в матке дольки плаценты в. гипотонии матки г. в. разрыва родовых путей</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>64. ШОКОВЫЙ ИНДЕКС - ЭТО</p> <p>а. частное от деления частоты пульса на показатель систолического АД б. частное от деления частоты пульса на показатель диастолического АД в. частное от деления суммы показателей систолического и диастолического АД на частоту пульса г. частное от деления частоты дыхания на частоту пульса</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>65. ДЛЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ, В ОСНОВЕ КОТОРОГО ЛЕЖАТ РАЗРЫВЫ РОДОВЫХ ПУТЕЙ, ХАРАКТЕРНО</p> <p>а. характер кровотечения непрерывный б. тонус матки снижен в. сгустки рыхлые, легко растворимые г. кровь не свертывается</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>66. РАННЕЕ ПОСЛЕРОДОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ - КРОВОТЕЧЕНИЕ, ВОЗНИКШЕЕ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ПЛОДА</p> <p>а. в течение 24 часов б. в течение первых 2 часов в. в течение первых 6 часов г. на протяжении 42 дней после рождения плода</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>67. ПОСЛЕРОДОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ВО ВРЕМЯ РОДОВ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ -</p> <p>а. кровопотеря >500 мл б. кровопотеря >300 мл в. кровопотеря >1000 мл г. кровопотеря > 1500 мл</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>68. ПОСЛЕРОДОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ -</p> <p>а. кровопотеря >1000 мл б. кровопотеря >300 мл</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

<p>в. кровопотеря > 500 мл г. кровопотеря > 1500 мл</p>	
<p>69. ПРЕПАРАТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕРОДОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ:</p> <p>а. окситоцин, карбетоцин, метилэргометрин б. окситоцин, карбетоцин, мизопростол в. окситоцин, метилэргометрин, мизопростол г. карбетоцин, метилэргометрин, мизопростол</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>70. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. окситоцин б. карбетоцин в. метилэргометрин г. мизопростол</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>71. ПОЗДНЕЕ ПОСЛЕРОДОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ – КРОВОТЕЧЕНИЕ, ВОЗНИКШЕЕ</p> <p>а. через 24 часа после рождения плода б. через 2 часа после рождения плода в. через 6 часов после рождения плода г. через 6 недель после родов</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>72. К СПОСОБАМ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ МАТКИ НЕОТДЕЛИВШЕГОСЯ ПОСЛЕДА ОТНОСЯТ:</p> <p>а. ручное отделение и выделение последа б. метод Абуладзе в. потягивание за пуповину г. метод Креде-Лазаревича</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>73. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ТРЕТЬЕГО ПЕРИОДА РОДОВ ЗАВИСИТ ОТ:</p> <p>а. наличия признаков отделения последа б. степени кровопотери в. длительности родов г. длительности безводного промежутка</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>74. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ КРОВОПОТЕРЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ТРЕБУЕТ ПРЕЖДЕ ВСЕГО:</p> <p>а. произвести ручное обследование полости матки б. прижать аорту в. клеммировать параметрии г. осмотреть родовые пути</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>75. РОЖЕНИЦА НАХОДИТСЯ В 3-М ПЕРИОДЕ РОДОВ, 8 МИНУТ НАЗАД РОДИЛСЯ ПЛОД МАССОЙ 3500 Г. ВНЕЗАПНО УСИЛИЛИСЬ КРОВЯНИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ, КРОВОПОТЕРЯ ДОСТИГЛА 200 МЛ. ЧТО ДЕЛАТЬ?</p> <p>а. определить признаки отделения последа б. ввести сокращающие матку средства в. произвести ручное отделение и выделение последа г. приступить к выделению последа наружными приемами</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>76. ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ В 3-М ПЕРИОДЕ РОДОВ И ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ НЕОБХОДИМО:</p> <p>а. произвести ручное отделение и выделение последа б. применить метод Креде-Лазаревича в. прием Абуладзе г. положить лед на низ живот</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>77. ПОД АКУШЕРСКОЙ ПРОМЕЖНОСТЬЮ ПОДРАЗУМЕВАЮТ УЧАСТОК ТКАНЕЙ</p> <p>а. между задней спайкой и анусом б. между анусом и копчиком в. от нижнего края лона до ануса г. от нижнего края лона до копчика</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>78. ПРИЧИНОЙ МЕХАНИЧЕСКОГО РАЗРЫВА МАТКИ В РОДАХ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. клинически узкий таз б. рубец на матке в. наличие в анамнезе множества аборт</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

г. наличие в анамнезе воспалительных изменений в миометрии	
79. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НАЧИНАЮЩЕГОСЯ РАЗРЫВА МАТКИ В РОДАХ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО: а. кровянистые выделения из родовых путей б. боли в области нижнего сегмента матки в. тахикардия плода г. слабость родовой деятельности	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
80. ПРИЧИНОЙ ГИСТОПАТОЛОГИЧЕСКОГО РАЗРЫВА МАТКИ В РОДАХ МОЖЕТ БЫТЬ: а. наличие в анамнезе воспалительных изменений в миометрии б. крупный плод в. клинически узкий таз г. неправильной вставление головки	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
81. ПРИ РАЗРЫВЕ ПРОМЕЖНОСТИ II СТЕПЕНИ ПРОИСХОДИТ а. повреждения кожи промежности, стенок влагалища, мышц промежности б. повреждения кожи промежности, стенок влагалища в. повреждения кожи промежности, стенок влагалища, мышц промежности и наружного сфинктера прямой кишки г. повреждения стенок влагалища	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
82. ПРИ РАЗРЫВЕ ПРОМЕЖНОСТИ I СТЕПЕНИ ПРОИСХОДИТ а. повреждения кожи промежности, стенок влагалища б. повреждения кожи промежности, стенок влагалища, мышц промежности в. повреждения кожи промежности, стенок влагалища, мышц промежности и наружного сфинктера прямой кишки г. повреждения стенок влагалища	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
83. ПРИ РАЗРЫВЕ ПРОМЕЖНОСТИ III СТЕПЕНИ ПРОИСХОДИТ а. повреждения кожи промежности, стенок влагалища, мышц промежности и наружного сфинктера прямой кишки б. повреждения кожи промежности, стенок влагалища, мышц промежности в. повреждения кожи промежности, стенок влагалища г. повреждения стенок влагалища	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
84. РАЗРЫВ ШЕЙКИ МАТКИ III СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО ОН а. доходит до свода влагалища и сливается с разрывом верхнего отдела влагалища б. менее 2 см в. более 2 см, но не доходит до свода влагалища г. более 3 см	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
85. РАЗРЫВ ШЕЙКИ МАТКИ I СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО ОН а. менее 2 см б. более 2 см, но не доходит до свода влагалища в. доходит до свода влагалища и сливается с разрывом верхнего отдела влагалища г. более 3 см	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
86. РАЗРЫВ ШЕЙКИ МАТКИ II СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО ОН а. более 2 см, но не доходит до свода влагалища б. менее 2 см в. доходит до свода влагалища и сливается с разрывом верхнего отдела влагалища г. более 3 см	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
87. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ УГРОЖАЮЩЕМ РАЗРЫВЕ МАТКИ (НА ПОЧВЕ ИЗМЕНЕНИЙ В СТЕНКЕ МАТКИ) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ а. болезненности нижнего сегмента матки б. сильной родовой деятельности в. затруднения мочеиспускания г. отека шейки матки	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
88. ПРИЧИНЫ РАЗРЫВА МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ: а. несостоятельность послеоперационного рубца на матке после операции кесарева сечения б. клинически узкий таз в. анатомически узкий таз г. крупный плод	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
89. К РАЗРЫВУ МАТКИ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ: а. рубец на матке б. предлежание плаценты в. маловодие г. преэклампсия	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
90. Причина возникновения разрывов влагалища в родах: а. стремительное течение родов б. вторые роды	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>

<p>в. преждевременные роды г. эпизиотомия</p>	10.
<p>91. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕЛИМИНАРНЫЙ ПЕРИОД ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: а. нерегулярными болями внизу живота, в области крестца и пояснице различной интенсивности б. регулярными болезненными схватками в. регулярными схватками различной интенсивности г. нерегулярными безболезненными схватками</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>92. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕЛИМИНАРНЫЙ ПЕРИОД РАЗВИВАЕТСЯ: а. при недостаточной зрелой шейке матки б. при недоношенной беременности в. при головке плода, прижатой ко входу в малый таз г. при отсутствии психоэмоциональных нарушений у беременной</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>93. ДЛЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕЛИМИНАРНОГО ПЕРИОДА ХАРАКТЕРНО: а. продолжительность более 6-8 часов б. регулярные схватки в. отхождение околоплодных вод г. зрелая шейка матки</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>94. ДЛЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕЛИМИНАРНОГО ПЕРИОДА ХАРАКТЕРНО: а. утомление женщины б. продолжительность 6-8 часов в. отхождение околоплодных вод г. зрелая шейка матки</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>95. ДЛЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕЛИМИНАРНОГО ПЕРИОДА ХАРАКТЕРНО: а. нарушение режима сна и бодрствования б. продолжительность 6-8 часов в. отхождение околоплодных вод г. зрелая шейка матки</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>96. ПЕРВИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЭТО: а. это аномалия возникает с самого начала родов и продолжается в течение всех родов, при которой все показатели сократительной деятельности матки недостаточны и процессы сглаживания, раскрытия шейки матки и продвижения плода по родовому каналу протекают в замедленном темпе б. это аномалия возникает после периода нормальной родовой деятельности, при которой все показатели сократительной деятельности матки недостаточны и процессы раскрытия шейки матки и продвижения плода по родовому каналу протекают в замедленном темпе в. аномалия характеризующаяся чрезвычайно сильными и частыми схватками и потугами на фоне повышенного тонуса матки г. аномалия характеризующаяся нескоординированными сокращениями между отделами матки, нарушение принципа «тройного нисходящего градиента» и рассогласованностью в работе продольных и поперечных гладкомышечных элементов</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>97. ВТОРИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЭТО: а. это аномалия возникает после периода нормальной родовой деятельности, при которой все показатели сократительной деятельности матки недостаточны и процессы раскрытия шейки матки и продвижения плода по родовому каналу протекают в замедленном темпе б. это аномалия возникает с самого начала родов и продолжается в течение всех родов, при которой все показатели сократительной деятельности матки недостаточны и процессы сглаживания, раскрытия шейки матки и продвижения плода по родовому каналу протекают в замедленном темпе, в. аномалия характеризующаяся чрезвычайно сильными и частыми схватками и потугами на фоне повышенного тонуса матки г. аномалия, характеризующаяся нескоординированными сокращениями между отделами матки, нарушение принципа «тройного нисходящего градиента» и рассогласованностью в работе продольных и поперечных гладкомышечных элементов</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.

<p>98. ЧРЕЗМЕРНО СИЛЬНАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЭТО:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. аномалия характеризующаяся чрезвычайно сильными и частыми схватками и потугами на фоне повышенного тонуса матки б. это аномалия возникает с самого начала родов и продолжается в течение всех родов, при которой все показатели сократительной деятельности матки недостаточны и процессы сглаживания, раскрытия шейки матки и продвижения плода по родовому каналу протекают в замедленном темпе, в. это аномалия возникает после периода нормальной родовой деятельности, при которой все показатели сократительной деятельности матки недостаточны и процессы раскрытия шейки матки и продвижения плода по родовому каналу протекают в замедленном темпе г. аномалия, характеризующаяся несоординированными сокращениями между отделами матки, нарушение принципа «тройного нисходящего градиента» и рассогласованностью в работе продольных и поперечных гладкомышечных элементов 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>99. ДИССООДИНИРОВАННАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЭТО:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. аномалия, характеризующаяся несоординированными сокращениями между отделами матки, нарушение принципа «тройного нисходящего градиента» и рассогласованностью в работе продольных и поперечных гладкомышечных элементов б. это аномалия возникает с самого начала родов и продолжается в течение всех родов, при которой все показатели сократительной деятельности матки недостаточны и процессы сглаживания, раскрытия шейки матки и продвижения плода по родовому каналу протекают в замедленном темпе, в. это аномалия возникает после периода нормальной родовой деятельности, при которой все показатели сократительной деятельности матки недостаточны и процессы раскрытия шейки матки и продвижения плода по родовому каналу протекают в замедленном темпе г. аномалия характеризующаяся чрезвычайно сильными и частыми схватками и потугами на фоне повышенного тонуса матки 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>100. ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРНО:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. недостаточная динамика раскрытия шейки матки б. наличие регулярных схваток в. наличие болезненных схваток г. запоздалое излитие околоплодных вод 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>101. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕЛИМИНАРНОГО ПЕРИОДА ИСПОЛЬЗУЮТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. бета-адреномиметики б. окситоцин в. антибиотики г. амниотомию 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>102. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕЛИМИНАРНОГО ПЕРИОДА ИСПОЛЬЗУЮТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. мифепристон б. окситоцин в. антибиотики г. амниотомию 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>103. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕЛИМИНАРНОГО ПЕРИОДА ИСПОЛЬЗУЮТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. ПГ Е2 - динопростон б. окситоцин в. антибиотики г. амниотомию 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>104. ПЕРВИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. частотой схваток менее 2 за 10 минут б. интенсивностью схваток 30-50 мм.рт.ст. в. базальным тонусом 8-12 мм.рт.ст. г. длительностью схваток от 15-20 до 80-90 сек 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>105. ПЕРВИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. интенсивностью схваток менее 30 мм.рт.ст. б. частотой схваток 4-5 за 10 минут 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

<p>в. базальным тонусом 8-12 мм.рт.ст. г. длительностью схваток от 15-20 до 80-90 сек</p>	
<p>106. ПЕРВИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: а. базальным тонусом менее 8 мм.рт.ст. б. интенсивностью схваток 30-50 мм.рт.ст. в. частотой схваток 4-5 за 10 минут г. длительностью схваток от 15-20 до 80-90 сек</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>107. ПЕРВИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: а. длительностью схваток не более 15-20 сек б. интенсивностью схваток 30-50 мм.рт.ст. в. частотой схваток 4-5 за 10 минут г. базальным тонусом 8-12мм.рт.ст.</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>108. ПРИ ПЕРВИЧНОЙ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРНО: а. вялый функционально неполноценный плодный пузырь б. интенсивность схваток 30-50 мм.рт.ст. в. частота схваток 4-5 за 10 минут г. базальный тонус 8-12мм.рт.ст.</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>109. ПЕРВИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ПАРТОГРАММЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: а. удлинением латентной и активной фазы б. укорочением латентной фазы и активной фазы в. нормальной латентной фазой и удлинением активной фазы г. нормальной латентной и активной фазы</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>110. ВТОРИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ПАРТОГРАММЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: а. нормальной латентной фазой и удлинением активной фазы б. укорочением латентной фазы и активной фазы в. нормальной латентной и активной фазы г. удлинением латентной и активной фазы</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>111. ЧРЕЗМЕРНО СИЛЬНАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НА ПАРТОГРАММЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: а. укорочением латентной фазы и активной фазы б. нормальной латентной фазой и удлинением активной фазы в. нормальной латентной и активной фазы г. удлинением латентной и активной фазы</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>112. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПЕРВИЧНОЙ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ: а. токолитики б. утеротоники в. антибиотики г. магниезальную терапию</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>113. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПЕРВИЧНОЙ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ: а. токолитики б. амниотомию в. антибиотики г. магниезальную терапию</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>114. СИЛЬНЫЕ И ДЛИТЕЛЬНЫЕ С КОРОТКИМИ ИНТЕРВАЛАМИ СХВАТКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ: а. чрезмерной сильной родовой деятельности б. патологического прелиминарного периода в. слабости родовой деятельности г. дискоординированной родовой деятельности</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>115. ТАКТИКА РОДОСТИМУЛЯЦИИ ОКСИТОЦИНОМ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ВКЛЮЧАЕТ: а. в/в дозированное введение окситоцина, начиная с минимальной скорости, с постепенным увеличением скорости каждые 15-20 минут б. проведение стимуляции при целом плодном пузыре в. длительность стимуляции в течение 6-8 часов г. антибиотикопрофилактику</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>116. НАЛИЧИЕ АРИТМИЧНЫХ, БОЛЕЗНЕННЫХ, РАЗЛИЧНОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ СХВАТОК ПРИ ОТСУТСТВИИ ДИНАМИКИ РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ НА ФОНЕ АКТИВНОЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ: а. дискоординированной родовой деятельности б. чрезмерно сильной родовой деятельности в. гиперстимуляции окситоцином</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

г. патологического прелиминарного периода	
117. С ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ДИСКООРДИНИРОВАННОЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ: а. токолитики б. утеротоники в. утеротропины г. амниотомии	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
118. С ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ДИСКООРДИНИРОВАННОЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ: а. эпидуральную анестезию б. утеротоники в. утеротропины г. амниотомии	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
119. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЕТАНИИ МАТКИ ИСПОЛЬЗУЮТ: а. наркоз и кесарево сечение б. спазмолитики в сочетании с амниотомией в. токолитики в сочетании с амниотомией г. утеротоники в сочетании с эпидуральной анестезией	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
120. ВТОРИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ НА ФОНЕ: а. развития клинически узкого таза б. преждевременного излития околоплодных вод в. генитального инфантилизма г. плацентарной недостаточности	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
121. АНОМАЛИИ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ ЧАСТО ПРИВОДЯТ К РАЗВИТИЮ: а. акушерских кровотечений б. тяжелой преэклампсии в. низкой плацентации г. неустойчивому положению плода	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
122. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СТРЕМИТЕЛЬНЫХ РОДОВ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ СОСТАВЛЯЕТ: а. до 2 часов б. до 3 часов в. до 4 часов г. до 6 часов	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
123. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СТРЕМИТЕЛЬНЫХ РОДОВ У ПЕРВОРОДЯЩИХ СОСТАВЛЯЕТ: а. до 4 часов б. до 2 часов в. до 3 часов г. до 6 часов	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
124. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БЫСТРЫХ РОДОВ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ СОСТАВЛЯЕТ: а. 2-4 часа б. до 2 часов в. 4-6 часов г. 6-8 часов	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
125. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БЫСТРЫХ РОДОВ У ПЕРВОРОДЯЩИХ СОСТАВЛЯЕТ: а. 4-6 часов б. до 2 часов в. 2-4 часа г. 6-8 часов	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
Тема 2. Осложнения беременности (преэклампсия, преждевременные роды, невынашивание беременности, гипоксия плода)	
126. ПРЕЭКЛАМПСИЯ - ЭТО СОСТОЯНИЕ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ а. во время беременности б. при высоком содержании пролактина в. при опухоли яичников г. при воспалении придатков матки	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
127. ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ УМЕРЕННОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ ЯВЛЯЮТСЯ а. артериальная гипертензия: САД \geq 140 мм.рт.ст. или ДАД \geq 90 мм.рт.ст., возникшая при сроке беременности > 20 недель в сочетании с протеинурией \geq 0,3 г/л белка в 24 час пробе мочи б. артериальная гипертензия: САД \geq 140 мм.рт.ст. или ДАД \geq 90 мм.рт.ст.,	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.

<p>возникшая при сроке беременности > 20 недель в сочетании с протеинурии \geq 5,0 г/л белка в 24 час пробе мочи</p> <p>в. артериальная гипертензия: САД \geq 160 мм.рт.ст. или ДАД \geq 110 мм.рт.ст., возникшая при сроке беременности > 20 недель в сочетании с протеинурией \geq 5,0 г/л белка в 24 час пробе мочи</p> <p>г. артериальная гипертензия: САД \geq 160 мм.рт.ст. или ДАД \geq 110 мм.рт.ст., возникшая при сроке беременности > 20 недель в сочетании с протеинурией \geq 0,3 г/л белка в 24 час пробе мочи</p>	
<p>128. ДЛЯ УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ХАРАКТЕРНО:</p> <p>а. САД 140-159 мм.рт.ст. и/или ДАД 90-109 мм.рт.ст.;</p> <p>б. САД <140 мм.рт.ст. и ДАД <90 мм.рт.ст.;</p> <p>в. САД 160 мм.рт.ст. и/или ДАД 110 мм.рт.ст.;</p> <p>г. САД 140-159 мм.рт.ст и/или ДАД 110 мм.рт.ст..</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>129. ПЕРВОРОДЯЩАЯ ЖЕНЩИНА, 30 ЛЕТ, ПОСТУПИЛА В ОТДЕЛЕНИЕ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ. АД - 180/110 ММ РТ. СТ., В МОЧЕ БЕЛОК 6 Г/Л, ОТЕКИ ГОЛЕНЕЙ. СРОК БЕРЕМЕННОСТИ - 37 НЕДЕЛЬ, ПРЕДЛЕЖАНИЕ ГОЛОВНОЕ, СЕРДЦЕБИЕНИЕ ПЛОДА ЯСНОЕ, ДО 140 В МИНУТУ. ВАШ ДИАГНОЗ:</p> <p>а. тяжелая преэклампсия</p> <p>б. умеренная преэклампсия</p> <p>в. гестационная артериальная гипертензия</p> <p>г. эклампсия</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>130. К ФАКТОРОМ ВЫСОКОГО РИСКА ПРЕЭКЛАМПСИИ НЕ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>а. многоплодная беременность.</p> <p>б. сахарный диабет;</p> <p>в. аутоиммунные заболевания;</p> <p>г. хроническая гипертония;</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>131. К ФАКТОРАМ УМЕРЕННОГО РИСКА ПРЕЭКЛАМПСИИ НЕ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>а. преэклампсия при предыдущей беременности;</p> <p>б. многоплодная беременность;</p> <p>в. возраст 40 лет и старше;</p> <p>г. наличие преэклампсии в семейном анамнезе.</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>132. К КОНЦЕПЦИИ «ОПАСНОГО ОТЦА» НЕ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>а. Возраст 30 лет</p> <p>б. Рожденный от беременности с преэклампсией</p> <p>в. Новый партнер/донорская сперма/короткий интервал зачатия</p> <p>г. Наличие ожирения</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>133. ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПРОТЕИНУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. количественное определение белка в суточной порции;</p> <p>б. использование тест-полоски;</p> <p>в. количественное определение белка в двух пробах, взятых с интервалом в 6 часов;</p> <p>г. кольцевая проба Геллера.</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>134. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ УМЕРЕННОЙ СТЕПЕНИ ПРОТЕИНУРИИ:</p> <p>а. уровень белка 0,3-5 г/сут. или >0,3 г/л в двух разовых порциях мочи;</p> <p>б. уровень белка \geq 5 г/сут. или 3 г/л в двух разовых порциях мочи;</p> <p>в. уровень белка <0,3 г/сут., а также <0,3 г/л в двух разовых порциях мочи;</p> <p>г. уровень белка \geq 5 г/сут. или значение «3+» по тест-полоске.</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>135. ВЫБЕРИТЕ ПРЕПАРАТ ДЛЯ БЫСТРОГО СНИЖЕНИЯ АД ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ:</p> <p>а. нифедипин;</p> <p>б. магния сульфат;</p> <p>в. урапидил;</p> <p>г. спиронолактон.</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>136. БЕРЕМЕННЫМ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ РЕКОМЕНДОВАНО:</p> <p>а. Аспирин 75-162 мг в день с 12 недели до родов;</p> <p>б. Аспирин 500 мг в день с 12 недели до родов;</p> <p>в. Аспирин 1 г мг в день с 12 недели до родов;</p> <p>г. Аспирин 0,5-1 г мг в день с 12 недели до родов.</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>137. ПАЦИЕНТКА К., 30 ЛЕТ, СРОК БЕРЕМЕННОСТИ 37 НЕДЕЛЬ, ПОСТУПИЛА В ПРИЕМНЫЙ ПОКОЙ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА С ЖАЛОБАМИ НА ГОЛОВНЫЕ БОЛИ. АД - 180/110 ММ РТ. СТ., ОАМ: БЕЛОК 6 Г/Л, ОТЕКИ ГОЛЕНЕЙ. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:</p> <p>а. тяжелая преэклампсия;</p> <p>б. умеренная преэклампсия;</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

<p>в. гестационная АГ; г. отеки беременных.</p>	
<p>138. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ВЫРАЖЕННОЙ СТЕПЕНИ ПРОТЕИНУРИИ:</p> <p>а. уровень белка ≥ 5 г/сут. или 3 г/л в двух разовых порциях мочи; б. уровень белка 0,3-5 г/сут. или $>0,3$ г/л в двух разовых порциях мочи; в. уровень белка $<0,3$ г/сут., а также $<0,3$ г/л в двух разовых порциях мочи; г. уровень белка 0,3-5 г/сут. или значение «1+» по тест-полоске.</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>139. БЕРЕМЕННЫМ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ РЕКОМЕНДОВАНО:</p> <p>а. аспирин 75-162 мг в день с 12 недели до родов; б. режим bed-rest; в. сульфат магния; г. рыбий жир; д. все перечисленное.</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>140. ДЛЯ ТЯЖЕЛОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ХАРАКТЕРНО:</p> <p>а. САД 160 мм.рт.ст. и/или ДАД 110 мм.рт.ст.; б. САД <140 мм.рт.ст. и ДАД <90 мм.рт.ст.; в. САД 140-159 мм.рт.ст. и/или ДАД 90-109 мм.рт.ст.; г. САД 140-159 мм.рт.ст. и/или ДАД 110 мм.рт.ст..</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>141. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ АД (БЕЗОПАСНЫЙ ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА) ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ:</p> <p>а. САД 130-150 мм.рт.ст., ДАД 80-95 мм.рт.ст.; б. САД 100-120 мм.рт.ст., ДАД 60-80 мм.рт.ст.; в. САД 130-150 мм.рт.ст., ДАД 100-115 мм.рт.ст.; г. САД 140-165 мм.рт.ст., ДАД 90-115 мм.рт.ст..</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>142. РАННЯЯ ПОСЛЕРОДОВАЯ ЭКЛАМПСИЯ ВОЗНИКАЕТ:</p> <p>а. в течение 48 часов после родов; б. в течение 24 часов после родов; в. в течение 7 суток после родов; г. в течение 2 часов после родов.</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>143. КЛЮЧЕВЫМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА ПРЕЭКЛАМПСИИ НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ ПРИЗНАНО:</p> <p>а. эндотелиальная дисфункция; б. избыточное потребление жидкости; в. нейроциркуляторные расстройства; г. гормональные сдвиги.</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>144. Поздняя послеродовая эклампсия возникает:</p> <p>а. в течение 28 суток после родов; б. в течение 48 часов после родов; в. в течение 7 суток после родов; г. в течение 24 часов после родов</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>145. СУЛЬФАТ МАГНИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СУДОРОГ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ ВВОДИТСЯ:</p> <p>а. в начальной дозе 4 г сухого вещества (16 мл 25% раствора) в течение 10-15 минут, затем по 1 г/час (4 мл/час 25% раствора); б. в начальной дозе 1 г сухого вещества (4 мл 25% раствора) в течение 10-15 минут, затем по 4 г/час (16 мл/час 25% раствора); в. в начальной дозе 8 г сухого вещества (32 мл 25% раствора) в течение 10-15 минут, затем по 2 г/час (4 мл/час 25% раствора); г. в начальной дозе 4 г сухого вещества (16 мл 25% раствора) в течение часа, затем по 1 г/час (4 мл/час 25% раствора).</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>146. ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ:</p> <p>а. дилтиазем; б. клонидин; в. верапамил; г. метопролол;</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>147. ОСНОВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ПЛАНОВОЙ ТЕРАПИИ АГ У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>а. метилдопа, нифедипин; б. клонидин, фуросемид; в. метилдопа, урапидил; г. нифедипин, урапидил</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>148. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПЕРВОГО, ВВОДНОГО МОМЕНТА СУДОРОГ ПРИ ЭКЛАМПСИИ:</p> <p>а. мелкие фибриллярные подергивания мышц лица, век; б. клонические судороги; в. тонические судороги; г. изо рта выделяется пена, окрашенная кровью, зрачки постепенно сужаются,</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>

лицо постепенно розовеет.	
149. ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ НЕ РЕКОМЕНДОВАНЫ: а. атенолол; б. метопролол; в. метилдопа; г. нифедипин.	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
150. РАННЯЯ ПЭ ВОЗНИКАЕТ: а. до 34 недель беременности; б. до 28 недель беременности; в. до 22 недель беременности; г. до 32 недель беременности.	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
151. ЧЕМ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ВТОРОГО МОМЕНТА ТИПИЧНОГО ПРИПАДКА СУДОРОГ ПРИ ЭКЛАМПСИИ: а. тонические судороги; б. клонические судороги; в. фибриллярные подергивания мышц лица; г. изо рта выделяется пена, окрашенная кровью, лицо постепенно розовеет, зрачки постепенно сужаются.	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
152. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ПЛАНОВОЙ ТЕРАПИИ АГ У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ: а. метилдопа; б. метопролол; в. клонидин; г. урапидил.	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
153. ПОЗДНЯЯ ПРЕЭКЛАМПСИЯ ВОЗНИКАЕТ: а. после 34 недель беременности; б. после 22 недель беременности; в. после 36 недель беременности; г. после 28 недель беременности.	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
154. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ТРЕТЬЕГО МОМЕНТА ТИПИЧНОГО ПРИПАДКА СУДОРОГ ПРИ ЭКЛАМПСИИ: а. клонические судороги; б. тонические судороги; в. фибриллярные подергивания мышц лица; г. изо рта выделяется пена, окрашенная кровью, лицо постепенно розовеет, зрачки постепенно сужаются.	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
155. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ЧЕТВЕРТОГО МОМЕНТА СУДОРОГ ПРИ ЭКЛАМПСИИ: а. глубокий вдох, восстановление дыхания, сознания, амнезия; б. клонические судороги; в. тонические судороги; г. мелкие фибриллярные подергивания мышц лица.	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
156. ПОЗДНЯЯ ПОСЛЕРОДОВАЯ ЭКЛАМПСИЯ ВОЗНИКАЕТ: а. в течение 28 суток после родов. б. в течение 48 часов после родов; в. в течение 24 часов после родов; г. в течение 7 суток после родов;	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
157. НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ – ЭТО: а. прерывание беременности в сроки от зачатия до 37 недель б. все случаи антенатальной и интранатальной гибели плода в. наблюдается во II триместре беременности г. прерывание беременности после 22 недель гестации	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
158. СОГЛАСНО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВОЗ ВЫКИДЫШЕМ НАЗЫВАЕТСЯ САМОПРОИЗВОЛЬНОЕ ИЗГНАНИЕ ПЛОДА МАССОЙ: а. до 500 г б. до 100 г в. от 500 до 1000 г г. от 500 до 2500 г	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
159. САМОПРОИЗВОЛЬНЫМ ВЫКИДЫШЕМ НАЗЫВАЕТСЯ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В СРОКЕ: а. от зачатия до 22 недель б. от зачатия до 12 недель в. от зачатия до 28 недель г. от зачатия до 37 недель	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
160. РАННИМ САМОПРОИЗВОЛЬНЫМ ВЫКИДЫШЕМ НАЗЫВАЕТСЯ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В СРОКЕ: а. до 12 недель б. до 6 недель	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>

В. до 8 недель Г. до 10 недель	
161. ПОЗДНИМ САМОПРОИЗВОЛЬНЫМ ВЫКИДЫШЕМ НАЗЫВАЕТСЯ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В СРОКЕ: а. с 13 до 22 недель б. с 13 до 16 недель в. с 13 до 28 недель г. с 22 до 28 недель	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
162. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРИЧИНАМИ СПОРАДИЧЕСКИХ РАННИХ ВЫКИДЫШЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ: а. хромосомные аномалии б. гормональные нарушения в. иммунологические нарушения г. медицинские аборт в анамнезе	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
163. ПРИВЫЧНЫЙ ВЫКИДЫШ – ЭТО: а. три и более самопроизвольных выкидыша подряд б. два и более самопроизвольных выкидыша подряд в. два и более самопроизвольных выкидыша в анамнезе г. три и более самопроизвольных выкидыша в анамнезе	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
164. ФАКТОР, КОТОРЫЙ ОШИБОЧНО АССОЦИИРУЮТ С РАННЕЙ ПОТЕРЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ: а. авиаперелеты б. лихорадка в. употребление алкоголя г. поздний возраст матери	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
165. ФАКТОР, СВЯЗАННЫЙ С РАННЕЙ ПОТЕРЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ: а. курение более 10 сигарет в день б. использование оральных контрацептивов до беременности в. сексуальная активность г. стресс	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
166. У БЕРЕМЕННОЙ ТЯНУЩИЕ БОЛИ ВНИЗУ ЖИВОТА И В ПОЯСНИЦЕ; ТОНУС МАТКИ ПОВЫШЕН; ШЕЙКА МАТКИ НЕ УКРОЧЕНА; ВНУТРЕННИЙ ЗЕВ ЗАКРЫТ; ВЕЛИЧИНА МАТКИ СООТВЕТСТВУЕТ СРОКУ БЕРЕМЕННОСТИ; ЭТО ХАРАКТЕРИЗУЕТ: а. угрожающий выкидыш б. начавшийся выкидыш в. выкидыш в ходу г. неполный выкидыш	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
167. У БЕРЕМЕННОЙ БОЛИ ВНИЗУ ЖИВОТА И В ПОЯСНИЦЕ УМЕРЕННОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ; УМЕРЕННЫЕ КРОВЯНИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ; ШЕЙКА МАТКИ СОХРАНЕНА, ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ КАНАЛ ПРИОТКРЫТ; ВЕЛИЧИНА МАТКИ СООТВЕТСТВУЕТ СРОКУ БЕРЕМЕННОСТИ; ЭТО ХАРАКТЕРИЗУЕТ: а. начавшийся выкидыш б. угрожающий выкидыш в. выкидыш в ходу г. неполный выкидыш	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
168. У БЕРЕМЕННОЙ СХВАТКООБРАЗНЫЕ БОЛИ ВНИЗУ ЖИВОТА; ОБИЛЬНЫЕ КРОВЯНИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ; ВНУТРЕННИЙ И НАРУЖНЫЙ ЗЕВ ОТКРЫТЫ; ПЛОДНОЕ ЯЙЦО НАХОДИТСЯ В ЦЕРВИКАЛЬНОМ КАНАЛЕ; МАТКА МЯГКОВОЙ КОНСИСТЕНЦИИ, ВЕЛИЧИНА ЕЕ МЕНЬШЕ, ЧЕМ ДОЛЖНА БЫТЬ ПРИ ПРЕДПОЛАГАЕМОМ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ; ЭТО ХАРАКТЕРИЗУЕТ: а. выкидыш в ходу б. угрожающий выкидыш в. начавшийся выкидыш г. неполный выкидыш	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
169. У БЕРЕМЕННОЙ БОЛИ ВНИЗУ ЖИВОТА; ОБИЛЬНЫЕ КРОВЯНИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ; ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ КАНАЛ СВОБОДНО ПРОПУСКАЕТ ПАЛЕЦ; МАТКА МЯГКОВОЙ КОНСИСТЕНЦИИ, ВЕЛИЧИНА ЕЕ МЕНЬШЕ, ЧЕМ ДОЛЖНА БЫТЬ ПРИ ПРЕДПОЛАГАЕМОМ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ; ПО ДАННЫМ УЗИ В	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>

<p>ПОЛОСТИ МАТКИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ОСТАТКИ ПЛОДНОГО ЯЙЦА; ЭТО ХАРАКТЕРИЗУЕТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. неполный выкидыш б. угрожающий выкидыш в. начавшийся выкидыш г. выкидыш в ходу 	
<p>170. У БЕРЕМЕННОЙ ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ТРИДЦАТЬ ВОСЕМЬ С ПОЛОВИНОЙ ГРАДУСОВ ЦЕЛЬСИЯ, ОЗНОБ, НЕДОМОГАНИЕ; БОЛИ ВНИЗУ ЖИВОТА; КРОВЯНИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ; ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ОСМОТРЕ – ТАХИКАРДИЯ, ТАХИПНОЭ, НАПРЯЖЕНИЕ МЫШЦ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ; ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ – ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ КАНАЛ СВОБОДНО ПРОПУСКАЕТ ПАЛЕЦ; МАТКА БОЛЕЗНЕННАЯ, МЯГКОВАТОЙ КОНСИСТЕНЦИИ, ВЕЛИЧИНА ЕЕ МЕНЬШЕ, ЧЕМ ДОЛЖНА БЫТЬ ПРИ ПРЕДПОЛАГАЕМОМ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ; ЭТО ХАРАКТЕРИЗУЕТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. септический выкидыш б. начавшийся выкидыш в. выкидыш в ходу г. выкидыш в ходу 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>171. К ПРИЗНАКАМ УГРОЖАЮЩЕГО ВЫКИДЫША ОТНОСЯТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. тянущие боли внизу живота б. обильные кровянистые выделения из половых путей в. приоткрытый цервикальный канал г. величина матки меньше предполагаемого срока беременности 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>172. К ПРИЗНАКАМ НАЧАВШЕГОСЯ ВЫКИДЫША ОТНОСЯТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. приоткрытый цервикальный канал б. плодное яйцо находится в цервикальном канале в. величина матки меньше предполагаемого срока беременности г. схваткообразные боли внизу живота 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>173. К ПРИЗНАКАМ НАЧАВШЕГОСЯ ВЫКИДЫША ОТНОСЯТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. умеренные кровянистые выделения б. плодное яйцо находится в цервикальном канале в. величина матки меньше предполагаемого срока беременности г. схваткообразные боли внизу живота 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>174. К ПРИЗНАКАМ ВЫКИДЫША В ХОДУ ОТНОСЯТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. плодное яйцо находится в цервикальном канале б. тянущие боли внизу живота в. величина матки соответствует сроку беременности г. скудные кровянистые выделения из половых путей 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>175. К ПРИЗНАКАМ НЕПОЛНОГО ВЫКИДЫША ОТНОСЯТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. остатки плодного яйца в полости матки по данным УЗИ. б. величина матки соответствует сроку беременности в. обильные кровянистые выделения из половых путей г. сильные схваткообразные боли внизу живота 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>176. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПРИ НАЧАВШЕМСЯ САМОПРОИЗВОЛЬНОМ ВЫКИДЫШЕ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. медикаментозная терапия, направленная на пролонгирование беременности б. выскабливание полости матки в. антибиотикопрофилактика г. медикаментозное прерывание беременности 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>177. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НЕРАЗВИВАЮЩУЮСЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ПОКАЗАНО:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. динамическое ультразвуковое исследование б. медикаментозное прерывание беременности в. вакуум-аспирация содержимого полости матки г. выскабливание полости матки 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>178. ТКАНЬ, ПОЛУЧЕННАЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВЫКИДЫША, ДОЛЖНА БЫТЬ НАПРАВЛЕНА НА ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. в обязательном порядке б. по усмотрению лечащего врача в. по желанию пациентки г. только при привычном выкидыше 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>179. ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ СЛЕДУЮЩУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ МОЖНО ПЛАНИРОВАТЬ:</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5,</i></p>

<p>а. через 3 месяца б. через 1 месяц в. через 6 месяцев г. через 12 месяцев</p>	<p><i>ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>180. С ЦЕЛЬЮ КУПИРОВАНИЯ СИМПТОМОВ УГРОЖАЮЩЕГО И НАЧАВШЕГОСЯ ВЫКИДЫША ЭФФЕКТИВНО:</p> <p>а. назначение препаратов прогестерона б. соблюдение постельного режима в. назначение препаратов магния г. назначение нестероидных противовоспалительных средств</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>181. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРИЧИНАМИ ПОЗДНЕГО САМОПРОИЗВОЛЬНОГО ВЫКИДЫША ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>а. истмико-цервикальная недостаточность б. низкая плацентация в. гиперандрогения г. плацентарная недостаточность</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>182. ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ НАЗЫВАЮТ РОДЫ, НАСТУПИВШИЕ В СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ</p> <p>а. 22 недель – 36недель 6 дней включительно б. 37 недель в. 28 недель – 37 недель г. 24 недель – 28 недель</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>183. ОЧЕНЬ РАННИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ – ЭТО РОДЫ В</p> <p>а. 22 недели - 27 недель 6 дней включительно; б. 28 недель - 30 недель 6 дней включительно; в. 31 неделя - 33 недели 6 дней включительно; г. 34 недели - 36 недель 6 дней включительно.</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>184. РАННИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ - ЭТО РОДЫ В</p> <p>а. 28 недель - 30 недель 6 дней включительно; б. 22 недели - 27 недель 6 дней включительно; в. 31 неделя - 33 недели 6 дней включительно; г. 34 недели - 36 недель 6 дней включительно.</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>185. ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ ПО КЛАССИФИКАЦИИ В СООТВЕТСТВИИ СО СРОКОМ БЕРЕМЕННОСТИ, ПРИ КОТОРЫХ ИМЕЕТ МЕСТО НЕДОНОШЕННОСТЬ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ - ЭТО РОДЫ В</p> <p>а. 31 неделя - 33 недели 6 дней включительно; б. 22 недели - 27 недель 6 дней включительно; в. 28 недель - 30 недель 6 дней включительно; г. 34 недели - 36 недель 6 дней включительно.</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>186. ПОЗДНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ - ЭТО РОДЫ В</p> <p>а. 34 недели - 36 недель 6 дней включительно б. 22 недели - 27 недель 6 дней включительно; в. 28 недель - 30 недель 6 дней включительно; г. 31 неделя - 33 недели 6 дней включительно;</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>187. ДОРОДОВОЕ ИЗЛИТИЕ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ - ЭТО ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЙ РАЗРЫВ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК С ИЗЛИТИЕМ/ПОДТЕКАНИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД:</p> <p>а. в сроке 22 недели - 36 недель 6 дней; б. в сроке 28 недель - 36 недель 6 дней; в. в сроке 22 недели - до наступления родов; г. в сроке 36 недель 6 дней - до наступления родов.</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>188. К АНАМНЕСТИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>а. 1 и более ПР в анамнезе; б. 1 и более ранний выкидыш в анамнезе в. отсутствие родов в анамнезе; г. хроническая никотиновая зависимость.</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>189. К АНАМНЕСТИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>а. 1 и более поздних выкидышей в анамнезе; б. 1 и более ранний самопроизвольный выкидыш в анамнезе; в. отсутствие родов в анамнезе; г. хроническая никотиновая зависимость.</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>190. К АНАМНЕСТИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК -</i></p>

<p>РОДОВ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>а. высокий паритет - более 4 родов в анамнезе.</p> <p>б. 1 и более ранний самопроизвольный выкидыш;</p> <p>в. хроническая никотиновая зависимость;</p> <p>г. отсутствие родов в анамнезе;</p>	<p>4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>191. К АНАМНЕСТИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>а. 2 и более выскабливаний полости матки.</p> <p>б. Хроническая никотиновая зависимость;</p> <p>в. 1 и более ранний выкидышей в анамнезе;</p> <p>г. отсутствие родов в анамнезе.</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>192. К АНАМНЕСТИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>а. конизация/ампутация шейки матки.</p> <p>б. Хроническая никотиновая зависимость;</p> <p>в. 1 и более ранний выкидышей в анамнезе;</p> <p>г. отсутствие родов в анамнезе;</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>193. МЕТОДОМ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА ПР ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. УЗ-цервикометрия; определение фибронектина или ПСИФР-1 в цервикальном секрете;</p> <p>б. Появление ноющих болей внизу живота/поясничной области</p> <p>в. Повышение тонуса матки в третьем триместре беременности</p> <p>г. Определение С-реактивного белка</p> <p>д. Методом прогнозирования риска ПР является:</p> <p>е. появление ноющих болей внизу живота/ поясничной области повышение тонуса матки в третьем триместре беременности определение С-реактивного белка</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>194. ФАКТОРОМ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ ДЛИНА ШЕЙКИ МАТКИ</p> <p>а. 25 мм и менее</p> <p>б. 30 мм и менее</p> <p>в. 20 мм и менее</p> <p>г. 15 мм и менее</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>195. АНТЕНАТАЛЬНАЯ КОРТИКОСТЕРОИДНАЯ ТЕРАПИЯ ВЫСОКОЭФФЕКТИВНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РДС, ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ И НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В СРОКЕ:</p> <p>а. 24 - 34 недели;</p> <p>б. 24 - 36 недель;</p> <p>в. 28 - 34 недели</p> <p>г. 34 - 36 недель.</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>196. РЕКОМЕНДУЕМЫЕСХЕМЫ АНТЕНАТАЛЬНОЙ КОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ:</p> <p>а. 2 дозы бетаметазона в/м по 12 мг с интервалом 24 часов;</p> <p>б. 4 дозы дексаметазона в/м по 8 мг с интервалом 6 часов;</p> <p>в. 3 дозы дексаметазона в/м по 6 мг через 4 часа;</p> <p>г. 2 дозы дексаметазона в/м по 12 мг с интервалом в 12 часов</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>197. РЕКОМЕНДУЕМЫЕСХЕМЫ АНТЕНАТАЛЬНОЙ КОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ:</p> <p>а. 2 дозы бетаметазона в/м по 8 мг с интервалом 12 часов;</p> <p>б. 4 дозы дексаметазона в/м по 6 мг с интервалом 12 часов;</p> <p>в. 3 дозы дексаметазона в/м по 6 мг через 4 часа;</p> <p>г. 2 дозы дексаметазона в/м по 12 мг с интервалом в 12 часов</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>198. РЕКОМЕНДУЕМЫЕСХЕМЫ АНТЕНАТАЛЬНОЙ КОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ:</p> <p>а. 3 дозы дексаметазона в/м по 8 мг через 8 часов;</p> <p>б. 2 дозы бетаметазона в/м по 8 мг с интервалом 12 часов;</p> <p>в. 4 дозы дексаметазона в/м по 8 мг с интервалом 6 часов;</p> <p>г. 2 дозы дексаметазона в/м по 12 мг с интервалом в 12 часов</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>199. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ТОКОЛИЗА:</p> <p>а. Атосибан</p> <p>б. Магния сульфат</p> <p>в. Ношпа</p> <p>г. Папаверина гидрохлорид</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>200. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ТОКОЛИЗА:</p> <p>а. Нифедипин</p> <p>б. Магния сульфат</p> <p>в. Ношпа</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>

г. Папаверина гидрохлорид	
201. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ТОКОЛИЗА: а. Гексопреналина сульфат б. Ношпа в. Магния сульфат г. Папаверина гидрохлорид	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
202. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ТОКОЛИЗА: а. индометацин б. Ношпа в. Магния сульфат г. Папаверина гидрохлорид	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
203. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ТОКОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ: а. Атосибан б. Нифедипин в. Индометацин г. Гексопреналина сульфат	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
204. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ТОКОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЁ, КРОМЕ: а. предлежание плаценты; б. хориоамнионит; в. преждевременная отслойка плаценты; г. тяжелая экстрагенитальная патология матери.	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
205. АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ХОРИОАМНИОНИТЕ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ а. показано быстрое родоразрешение б. пролонгировать беременность в. пролонгировать беременность с проведением г. антибиотикотерапии д. показано кесарево сечение	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
206. ИЗ ПРЕДСТАВЛЕННЫХ НИЖЕ ТОКОЛИТИКОВ НАИМЕНЬШИМИ ПОБОЧНЫМИ ЭФФЕКТАМИ ОБЛАДАЕТ: а. нифедипин; б. атосибан; в. гексапреналина сульфат; г. индометацин.	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
207. У КАКОГО ПРЕПАРАТА ОТСУТСТВУЕТ ДОКАЗАННЫЙ ТОКОЛИТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ, НО ИМЕЕТСЯ ДОКАЗАННЫЙ НЕЙРОПРОТЕКТОРНОЕ ДЕЙСТВИЕ: а. сульфат магния; б. атосибан; в. нифедипин; г. индометацин.	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
208. ИНДОМЕТАЦИН В КАЧЕСТВЕ ТОКОЛИТИКА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДО: а. 32 недель; б. 26 недель в. 34 недель; г. 37 недель;	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
209. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АКТИВНЫХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ: а. схватки не менее 4-х за 20 минут; б. Схватки не менее 2-х за 20 минут в. схватки не менее 4-х за 30 минут; г. размягчение и укорочение шейки матки до 1 см;	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
210. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АКТИВНЫХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ: а. сглаживание и раскрытие шейки матки; б. схватки не менее 2-х за 20 минут; в. схватки не менее 4-х за 30 минут; г. размягчение и укорочение шейки матки до 1 см	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
211. ПАЦИЕНТКА НАХОДИТСЯ В СТАЦИОНАРЕ I ГРУППЫ (УРОВНЯ). СРОК БЕРЕМЕННОСТИ 35 НЕДЕЛЬ. СХВАТКИ С ЧАСТОТОЙ 4 ЗА 20 МИНУТ, ОТКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ 2 СМ. КАКИЕ НЕОБХОДИМО ПРЕДПРИНЯТЬ ДЕЙСТВИЯ? а. начать токолиз, транспортировка в стационар II группы. б. начать токолиз, профилактику РДС, транспортировка в стационар III группы; в. начать токолиз, профилактику РДС, транспортировка в стационар II группы; г. вызов мобильной неонатологической реанимационной бригады, роды;	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
212. ПАЦИЕНТКА НАХОДИТСЯ В СТАЦИОНАРЕ I ГРУППЫ (УРОВНЯ). СРОК БЕРЕМЕННОСТИ 30 НЕДЕЛЬ. СХВАТКИ С ЧАСТОТОЙ 4 ЗА 20 МИНУТ,	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5,</i>

<p>ОТКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ 2 СМ. КАКИЕ НЕОБХОДИМО ПРЕДПРИНЯТЬ ДЕЙСТВИЯ?</p> <p>а. начать токолиз, профилактику РДС, транспортировка в стационар III группы; б. начать токолиз, профилактику РДС, транспортировка в стационар II группы; в. вызов мобильной неонатологической реанимационной бригады, роды; г. начать токолиз, транспортировка в стационар II группы</p>	<p>ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>213. ПАЦИЕНТКА НАХОДИТСЯ В СТАЦИОНАРЕ I ГРУППЫ (УРОВНЯ). СРОК БЕРЕМЕННОСТИ 31 НЕДЕЛЯ. СХВАТКИ С ЧАСТОТОЙ 4 ЗА 20 МИНУТ, ОТКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ 5 СМ. КАКИЕ НЕОБХОДИМО ПРЕДПРИНЯТЬ ДЕЙСТВИЯ?</p> <p>а. вызов мобильной неонатологической реанимационной бригады, ведение роды б. начать токолиз, транспортировка в стационар III группы; в. начать токолиз, профилактику РДС, транспортировка в стационар III группы; г. начать токолиз, профилактику РДС, транспортировка в стационар II группы;</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>214. ПАЦИЕНТКА НАХОДИТСЯ В СТАЦИОНАРЕ I ГРУППЫ (УРОВНЯ). СРОК БЕРЕМЕННОСТИ 35 НЕДЕЛЬ. СХВАТКИ С ЧАСТОТОЙ 4 ЗА 20 МИНУТ, ОТКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ 6 СМ. КАКИЕ НЕОБХОДИМО ПРЕДПРИНЯТЬ ДЕЙСТВИЯ?</p> <p>а. вызов неонатолога, ведение родов; б. начать токолиз, транспортировка в стационар II группы; в. начать токолиз, профилактику РДС, транспортировка в стационар II группы; г. вызов мобильной неонатологической реанимационной бригады, ведение роды.</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>215. К РЕКОМЕНДУЕМОЙ ВТОРИЧНОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>а. назначение вагинального прогестерона в капсулах беременным с короткой шейкой матки менее 25 мм или с преждевременными родами в анамнезе; б. ограничение повторных внутриматочных манипуляций (выскабливание полости матки); в. рутинное применение поливитаминов до зачатия и на протяжении первых двух месяцев беременности; г. постельный режим (Bedrest).</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>216. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РЕКОМЕНДОВАНА ПРИ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ, ОПРЕДЕЛЯЕМОЙ КАК НАЛИЧИЕ БАКТЕРИЙ В ПОСЕВЕ МОЧИ В КОЛИЧЕСТВЕ:</p> <p>а. более 105 КОЕ/мл. б. более 102 КОЕ/мл; в. более 103 КОЕ/мл; г. более 104 КОЕ/мл;</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>217. КАКОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ ВЕРНО?</p> <p>а. эпидуральная анальгезия предпочтительней использования наркотических анальгетиков; б. анальгезия при ПР противопоказана; в. анальгезия наркотическими анальгетиками предпочтительней эпидуральной; г. при преждевременных родах может быть использована только немедикаментозная анальгезия.</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>218. ПРИ ДОРОДОВОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ВОЗМОЖНО ПРОВЕДЕНИЕ ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКИ</p> <p>а. в сроке до 34 недель; б. в сроке до 28 недель; в. в сроке до 37 недель; г. не зависит от срока беременности.</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>219. ПРИ ДОРОДОВОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ДЛИТЕЛЬНАЯ ВЫЖИДАТЕЛЬНАЯ ТАКТИКА НЕ ПОКАЗАНА</p> <p>а. в сроке 34 недели и более б. в сроке до 34 недель в. в сроке после 28 недель г. не зависит от срока беременности</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>

<p>220. ПРИНЦИПЫ ПРОВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ДОРОДОВОМ ИЗЛИТИИ ВОД (ДИВ):</p> <ol style="list-style-type: none"> начинать с момента постановки диагноза ДИВ и проводить до рождения ребенка; начинать с момента постановки диагноза преждевременных родов; начинать после рождения ребенка; не проводить антибиотикопрофилактику при отсутствии клинических признаков инфекции. 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>Тема 3. Неправильные положения плода. Тазовое предлежание. Разгибательные предлежания.</p>	
<p>221. ЧЛЕНОРАСПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА, ПРИ КОТОРОМ НОЖКИ СОГНУТЫ В ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВАХ, РАЗОГНУТЫ В КОЛЕННЫХ СУСТАВАХ, ВЫТЯНУТЫ ВДОЛЬ ТУЛОВИЩА, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> чисто ягодичного предлежания смешанного ягодичного предлежания неполного ножного предлежания неполного ножного предлежания 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>222. ЧЛЕНОРАСПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА, ПРИ КОТОРОМ НОЖКИ СОГНУТЫ В ТАЗОБЕДРЕННЫХ И КОЛЕННЫХ СУСТАВАХ, РАЗОГНУТЫ В ГОЛЕНОСТОПНЫХ СУСТАВАХ, ВМЕСТЕ С ЯГОДИЦАМИ ПРЕДЛЕЖИТ ОДНА ИЛИ ОБЕ СТОПКИ ПЛОДА, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> смешанного ягодичного предлежания неполного ножного предлежания полного ножного предлежания чистоягодичного 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>223. ЧЛЕНОРАСПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА, ПРИ КОТОРОМ ОДНА НОЖКА РАЗОГНУТА В ТАЗОБЕДРЕННОМ СУСТАВЕ И ПРЕДЛЕЖИТ, ДРУГАЯ НОЖКА СОГНУТА В ТАЗОБЕДРЕННОМ СУСТАВЕ И ВЫТЯНУТА ВДОЛЬ ТУЛОВИЩА, ХАРАКТЕРНО:</p> <ol style="list-style-type: none"> неполного ножного предлежания смешанного ягодичного предлежания полного ножного предлежания чистого ягодичного 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>224. ДЛЯ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПРИ НАРУЖНОМ АКУШЕРСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ХАРАКТЕРНО:</p> <ol style="list-style-type: none"> баллотирующая часть в дне матки баллотирующая часть над входом в малый таз отсутствие предлежащей части над входом в малый таз сердцебиение плода выслушивается ниже пупка 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>225. КОРРИГИРУЮЩУЮ ГИМНАСТИКУ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ПРОВОДЯТ ОБЫЧНО В СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 28-40 нед 14-20 нед 21-28 нед 38-40 нед 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>226. ЧЕТВЕРТЫЙ МОМЕНТ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ЧИСТОЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> внутренний поворот плечиков и наружный поворот туловища внутренний поворот ягодич боковое сгибание поясничной части позвоночника плода боковое сгибание шейно-грудной части позвоночника 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>227. ДЛЯ НЕПОЛНОГО НОЖНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА ХАРАКТЕРНО ПРЕДЛЕЖАНИЕ:</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5,</i></p>

<ul style="list-style-type: none"> а. одной ножки б. обеих ножек в. ягодиц вместе с ножками г. коленок 	ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>228. В РОДАХ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ ГОЛОВКА ПЛОДА ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. малым косым размером б. средним косым размером в. большим косым размером г. прямым размером 	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>229. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ИНФОРМАТИВНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЕМЫ ЛЕОПОЛЬДА:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. первый, третий, четвертый б. первый, второй, третий в. второй, третий, четвертый г. первый, второй, четвертый 	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>230. ВАРИАНТ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. при влагалищном исследовании в родах б. во втором триместре в. в третьем триместре г. при доношенной беременности 	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>231. ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВИД И ПОЗИЦИЮ ПЛОДА ПРИ СМЕШАННОМ ЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО РАСПОЛОЖЕНИЮ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. крестца б. пяточной кости в. передней ягодицы г. половых органов 	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>232. ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВИД И ПОЗИЦИЮ ПЛОДА ПРИ НЕПОЛНОМ НОЖНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО РАСПОЛОЖЕНИЮ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. подколенной ямки б. пяточной кости в. крестца г. колена 	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>233. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК РАЗГИБАНИЯ ГОЛОВКИ ПЛОДА ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. наличие выраженной глубокой шейно-затылочной борозды при определении позиции плода б. расположение головки плода высоко над входом в малый таз в. соответствие величины головки предполагаемой массе тела плода г. отсутствие предлежащей части над входом в малый таз 	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>234. ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВИД И ПОЗИЦИЮ ПЛОДА ПРИ ЧИСТОЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО РАСПОЛОЖЕНИЮ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. крестца б. передней ягодицы в. заднепроходного отверстия г. копчика 	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>235. ОБЪЕМИСТАЯ, МЯГКОВАТОЙ КОНСИСТЕНЦИИ ЧАСТЬ ПЛОДА; КРЕСТЕЦ; КОПЧИК; СЕДАЛИЩНЫЕ БУГРЫ; ЩЕЛЬ МЕЖДУ ЯГОДИЦАМИ; ЗАДНЕПРОХОДНОЕ ОТВЕРСТИЕ; ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ ПЛОДА; ПАХОВЫЙ СГИБ ЯВЛЯЮТСЯ ПОКАЗАТЕЛЯМИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. чистоягодичного предлежания б. смешанного ягодичного предлежания в. неполного ножного предлежания г. полного ножного предлежания 	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>236. ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЧИСТОЕ ЯГОДИЧНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА ЛЕГКО СПУТАТЬ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. с лицевым предлежанием б. с передне-головным предлежанием в. с лобным предлежанием г. с задним видом затылочного предлежания 	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.

<p>237. ПРОВОДНАЯ ТОЧКА В БИОМЕХАНИЗМЕ РОДОВ ПРИ ЧИСТОЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА:</p> <p>а. передняя ягодица б. копчик в. крестец г. задняя ягодица</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>238. КАКОЕ ВОЗМОЖНО ОСЛОЖНЕНИЕ В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА:</p> <p>а. раннее излитие околоплодных вод б. дискоординированная родовой деятельности в. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты г. разрыв шейки матки</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>239. КАКОЕ ВОЗМОЖНО ОСЛОЖНЕНИЕ В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА:</p> <p>а. слабость родовой деятельности б. дискоординированная родовой деятельности в. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты г. разрыв шейки матки</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>240. КАКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ РАННЕГО ИЗЛИТИЯ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ В РОДАХ:</p> <p>а. выпадение петель пуповины б. дискоординированная родовой деятельности в. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты г. разрыв шейки матки</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>241. КАКОЕ ВОЗМОЖНО ОСЛОЖНЕНИЕ ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА:</p> <p>а. вторичная слабость родовой деятельности б. дискоординированная родовой деятельности в. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты г. разрыв шейки матки</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>242. КАКОЕ ВОЗМОЖНО ОСЛОЖНЕНИЕ ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА:</p> <p>а. спазм внутреннего зева б. дискоординированная родовой деятельности в. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты г. разрыв шейки матки</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>243. КАКОЕ ВОЗМОЖНО ОСЛОЖНЕНИЕ ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА:</p> <p>а. запрокидывание ручек и разгибание головки б. дискоординированная родовой деятельности в. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты г. разрыв шейки матки</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>244. ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ В 38 НЕДЕЛЬ:</p> <p>а. направить на дородовую госпитализацию б. продолжать наблюдение в условиях женской консультации до срока родов в. назначить лечебную гимнастику для исправления тазового предлежания г. направить на УЗИ плода</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>245. РУЧНОЕ ПОСОБИЕ ПО ЦОВЬЯНОВУ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ СЛЕДУЮЩЕМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА:</p> <p>а. чистоягодичном б. смешанном ягодичном в. полном ножном г. неполном ножном</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>246. К ОКАЗАНИЮ РУЧНОГО ПОСОБИЯ ПО ЦОВЬЯНОВУ ПРИ ЧИСТОЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПРИСТУПАЮТ С МОМЕНТА:</p> <p>а. прорезывания обеих ягодиц б. врезывания ягодиц в. рождения плода до пупка г. рождения плода до нижнего угла лопаток</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>247. ЦЕЛЬ РУЧНОГО ПОСОБИЯ ПО ЦОВЬЯНОВУ ПРИ ЧИСТОЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ:</p> <p>а. сохранение нормального членорасположения плода</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

<ul style="list-style-type: none"> б. перевести чистое ягодичное предлежание в смешанное ягодичное или ножное в. предупредить развитие разрывов шейки матки г. предупредить развитие травматизма плода 	10.
<p>248. КЛАССИЧЕСКОЕ РУЧНОЕ ПОСОБИЕ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ ВЫПОЛНЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. если после рождения туловища до нижнего угла лопаток роды не завершаются в течение 2—3 мин б. при слабости потуг в. при крупном плоде г. при анатомически узком тазе 	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>249. ПРИ НОЖНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА И ВЫЯВЛЕНИИ ЕГО ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ В 38 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ МЕТОД РОДОРАЗРЕШЕНИЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. кесарево сечение в плановом порядке б. амниотомия и стимуляция родов внутривенным введением окситоцина в. роды через естественные родовые пути с последующей экстракцией плода за тазовый конец г. ведение родов по методу Цовьянова 	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>250. ЦЕЛЬ КЛАССИЧЕСКОГО РУЧНОГО ПОСОБИЯ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. помощь рождению ручек и головки плода б. предупреждение запрокидывания ручек и разгибания головки плода в. предупреждение выпадения петель пуповины г. предупреждение разрывов промежности 	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>251. ВЕДЕНИЕ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ВКЛЮЧАЕТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. строгий постельный режим б. раннюю амниотомию в. профилактику спазма внутреннего зева г. антибиотикопрофилактику 	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>252. ПРОВОДНОЙ ТОЧКОЙ В БИОМЕХАНИЗМЕ РОДОВ ПРИ ПЕРЕДНЕГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. большой родничок б. малый родничок в. середина расстояния между большим и малым родничками г. середина лобного шва 	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>253. ТОЧКАМИ ФИКСАЦИИ В БИОМЕХАНИЗМЕ РОДОВ ПРИ ПЕРЕДНЕГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. затылочный бугор и надпереносье б. подзатылочная ямка в. область подъязычной кости г. подзатылочная ямка и граница волосистой части лба 	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>254. В БИОМЕХАНИЗМЕ РОДОВ ПРИ ПЕРЕДНЕГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ГОЛОВКА ПЛОДА ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ ОКРУЖНОСТЬЮ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. прямому размеру б. малому косому размеру в. среднему косому г. большому косому 	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>255. БРАХИЦЕФАЛИЧЕСКАЯ КОНФИГУРАЦИЯ ГОЛОВКИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. переднеголовном предлежании б. затылочном предлежании, заднем виде в. лобном предлежании г. лицевом предлежании 	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>256. ОСНОВНОЙ СПОСОБ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ПЕРЕДНЕГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. через естественные родовые пути б. кесарево сечение в плановом порядке в. наложение акушерских щипцов г. классический поворот плода на ножку 	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.

<p>257. РОДОВАЯ ОПУХОЛЬ ПРИ ПЕРЕДНЕГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА РАСПОЛОЖЕНА:</p> <p>а. в области большого родничка б. в области малого родничка в. на лбу г. на лице</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>258. ПРИ ЛИЦЕВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ, КОГДА ПОДБОРОДОК ОБРАЩЕН К КРЕСТЦОВОМУ МЫСУ, РОДЫ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ:</p> <p>а. невозможны б. возможны в. требуют индивидуального подхода г. зависят от массы плода</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>259. ВИД ЛИЦЕВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО:</p> <p>а. по подбородку б. по надпереносью в. по малому родничку г. по большому родничку</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>260. НАДПЕРЕНОСЬЕ И ЗАТЫЛОЧНЫЙ БУГОР ЯВЛЯЮТСЯ ТОЧКАМИ ФИКСАЦИИ:</p> <p>а. при переднеголовном предлежании б. при заднем виде затылочного предлежания в. при лобном предлежании г. при лицевом предлежании</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>261. ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ И ЗАТЫЛОЧНЫЙ БУГОР ЯВЛЯЮТСЯ ТОЧКАМИ ФИКСАЦИИ:</p> <p>а. при лобном предлежании б. при заднем виде затылочного предлежания в. при переднеголовном предлежании г. при лицевом предлежании</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>262. ГОЛОВКА ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ ОКРУЖНОСТЬЮ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ПРЯМОМУ РАЗМЕРУ:</p> <p>а. при переднеголовном предлежании б. при заднем виде затылочного предлежания в. при лобном предлежании г. при лицевом предлежании</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>263. ГОЛОВКА ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ ОКРУЖНОСТЬЮ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ВЕРТИКАЛЬНОМУ РАЗМЕРУ:</p> <p>а. при лицевом предлежании б. при заднем виде затылочного предлежания в. при переднеголовном предлежании г. при лобном предлежании</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>264. БОЛЬШОЙ СЕГМЕНТ ГОЛОВКИ ПЛОДА ПРИ ЛИЦЕВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ СООТВЕТСТВУЕТ:</p> <p>а. вертикальному размеру б. прямому размеру в. среднему косому размеру г. большому косому размеру</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>265. ВЕРТИКАЛЬНОМУ РАЗМЕРУ ГОЛОВКИ ЗРЕЛОГО ПЛОДА СООТВЕТСТВУЕТ:</p> <p>а. расстояние от подъязычной области до верхушки темени, равное 9,5 см, и окружность 32 см б. расстояние от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба, равное 10 см, и окружность 33 см в. расстояние от надпереносья до затылочного бугра, равное 12 см, и окружность 34 см г. расстояние от подбородка до наиболее выступающей части головки на затылке, равное 13-13,5 см, и окружность 38-42 см</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>266. БОЛЬШОМУ КОСОМУ РАЗМЕРУ ГОЛОВКИ ЗРЕЛОГО ПЛОДА СООТВЕТСТВУЕТ:</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5,</i></p>

<p>а. расстояние от подбородка до наиболее выступающей части головки на затылке, равное 13-13,5 см, и окружность 38-42 см</p> <p>б. расстояние от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба, равное 10 см, и окружность 33 см</p> <p>в. расстояние от надпереносья до затылочного бугра, равное 12 см, и окружность 34 см</p> <p>г. расстояние от подъязычной области до вершины темени, равное 9,5 см, и окружность 32 см</p>	<i>ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
<p>267. ПРЯМОМУ РАЗМЕРУ ГОЛОВКИ ЗРЕЛОГО ПЛОДА СООТВЕТСТВУЕТ:</p> <p>а. расстояние от надпереносья до затылочного бугра, равное 12 см, и окружность 34 см</p> <p>б. расстояние от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба, равное 10 см, и окружность 33 см</p> <p>в. расстояние от подъязычной области до вершины темени, равное 9,5 см, и окружность 32 см</p> <p>г. расстояние от подбородка до наиболее выступающей части головки на затылке, равное 13-13,5 см, и окружность 38-42 см</p>	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
<p>268. ОБЛАСТЬ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ТОЧКОЙ ФИКСАЦИИ ПРИ:</p> <p>а. при лицевом предлежании</p> <p>б. при заднем виде затылочного предлежания</p> <p>в. при переднеголовном предлежании</p> <p>г. при лобном предлежании</p>	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
<p>269. В БИОМЕХАНИЗМЕ РОДОВ ПРИ ЛИЦЕВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ПРОВОДНОЙ ТОЧКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. подбородок</p> <p>б. подъязычная область</p> <p>в. рот</p> <p>г. нос</p>	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
<p>270. ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ШЕЙКА МАТКИ СГЛАЖЕНА; ОТКРЫТИЕ ПОЛНОЕ, ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ НЕТ; ПРЕДЛЕЖИТ ГОЛОВКА ПЛОДА. ПРИЖАТА КО ВХОДУ В МАЛЫЙ ТАЗ; ПАЛЬПИРУЕТСЯ НОСИК, РОТИК И ПОДБОРОДОК, ОБРАЩЕННЫЙ К ЛОНУ; ЛИЦЕВАЯ ЛИНИЯ В ЛЕВОМ КОСОМ РАЗМЕРЕ; РОДОВАЯ ОПУХОЛЬ В ОБЛАСТИ ПОДБОРОДКА; О КАКОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ИДЕТ РЕЧЬ?</p> <p>а. о лицевом предлежании</p> <p>б. о заднем виде затылочного предлежания</p> <p>в. о переднеголовном предлежании</p> <p>г. о лобном предлежании</p>	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
<p>271. ПОДЪЯЗЫЧНАЯ КОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ ТОЧКОЙ ФИКСАЦИИ В РОДАХ:</p> <p>а. при лицевом предлежании</p> <p>б. при заднем виде затылочного предлежания</p> <p>в. при переднеголовном предлежании</p> <p>г. при лобном предлежании</p>	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
<p>272. В БИОМЕХАНИЗМЕ РОДОВ ПРИ ЛОБНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ПРОВОДНОЙ ТОЧКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. середина лобного шва</p> <p>б. корень носа</p> <p>в. большой родничок</p> <p>г. малый родничок</p>	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
<p>273. В БИОМЕХАНИЗМЕ РОДОВ ПРИ ЛОБНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ТОЧКАМИ ФИКСАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>а. затылочный бугор и верхняя челюсть</p> <p>б. подзатылочная ямка</p> <p>в. область подъязычной кости</p> <p>г. подзатылочная ямка и граница волосистой части лба</p>	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
<p>274. РОДЫ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ ПРИ ЛОБНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ЖИВОГО ДОНОШЕННОГО ПЛОДА:</p> <p>а. невозможны</p> <p>б. возможны</p> <p>в. требуют индивидуального подхода</p> <p>г. зависят от массы тела плода</p>	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
<p>275. ПРИ ЛОБНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ДОНОШЕННОГО ПЛОДА</p>	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК -</i>

<p>РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПРОВОДЯТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. путем кесарева сечения б. путем наложения вакуум-экстрактора на головку плода в. путем наложения полостных акушерских щипцов г. с применением рассечения шейки матки и промежности 	<p>4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>276. ПРИ КАКОМ БИОМЕХАНИЗМЕ РОДОВ ГОЛОВКА ПРОХОДИТ ПОЛОСТЬ МАЛОГО ТАЗА СВОИМ БОЛЬШИМ КОСЫМ РАЗМЕРОМ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. при лобном предлежании б. при заднем виде затылочного предлежания в. при переднеголовном предлежании г. при лицевом предлежании 	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>Тема 4. Узкий таз в акушерстве.</p>	
<p>277. АНАТОМИЧЕСКИ УЗКИМ ПРИНЯТО СЧИТАТЬ ВСЯКИЙ ТАЗ, У КОТОРОГО, ПО СРАВНЕНИЮ С НОРМАЛЬНЫМ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. хотя бы один размер уменьшен на 1.5-2 см б. все размеры уменьшены на 0.5-1 см в. хотя бы один размер уменьшен на 0.5-1 см г. все размеры уменьшены на 1.5-2 см 	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>278. СТЕПЕНЬ СУЖЕНИЯ ТАЗА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ, КАК ПРАВИЛО, ПО УМЕНЬШЕНИЮ РАЗМЕРА:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. истинной конъюгаты б. анатомической конъюгаты в. горизонтальной диагонали пояснично-крестцового ромба г. поперечному размеру плоскости входа в малый таз 	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>279. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ФОРМОЙ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. поперечносуженный таз б. общеравномерносуженный таза в. простой плоский таз г. плоскорихитический таз 	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>280. СТЕПЕНЬ СУЖЕНИЯ ТАЗА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО КОНЬЮГАТЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. истинной б. наружной в. анатомической г. диагональной 	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>281. ДИАГНОСТИКА АНАТОМИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА ДОЛЖНА ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. при постановке женщины на учет по беременности б. в конце беременности в. в первом периоде родов г. при полном открытии шейки матки и отхождении околоплодных вод 	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>282. ПРИ I СТЕПЕНИ СУЖЕНИЯ ТАЗА:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. истинная конъюгата меньше 11 см и больше 9 см б. истинная конъюгата меньше 7,5 см и больше 6,5 см в. истинная конъюгата меньше 9 см и больше 7,5 см г. истинная конъюгата меньше 6,5 см 	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>283. ПРИ II СТЕПЕНИ СУЖЕНИЯ ТАЗА:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. истинная конъюгата меньше 9 см и больше 7,5 см б. истинная конъюгата меньше 11 см и больше 9 см в. истинная конъюгата меньше 7,5 см и больше 6,5 см г. истинная конъюгата меньше 6,5 см 	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>284. ПРИ III СТЕПЕНИ СУЖЕНИЯ ТАЗА:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. истинная конъюгата меньше 7,5 см и больше 6,5 см б. истинная конъюгата меньше 11 см и больше 9 см в. истинная конъюгата меньше 9 см и больше 7,5 см г. истинная конъюгата меньше 6,5 см 	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>285. ПРИ IV СТЕПЕНИ СУЖЕНИЯ ТАЗА:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. истинная конъюгата меньше 6,5 см 	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>

<p>б. истинная конъюгата меньше 11 см и больше 9 см</p> <p>в. истинная конъюгата меньше 7,5 см и больше 6,5 см</p> <p>г. истинная конъюгата меньше 9 см и больше 7,5 см</p>	10.
<p>286. СТЕПЕНЬ СУЖЕНИЯ ТАЗА ПРИ ИСТИННОЙ КОНЪЮГАТЕ 10 СМ:</p> <p>а. 1 степени</p> <p>б. 2 степени</p> <p>в. 3 степени</p> <p>г. 4 степени</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>287. СТЕПЕНЬ СУЖЕНИЯ ТАЗА ПРИ ИСТИННОЙ КОНЪЮГАТЕ 8,5 СМ:</p> <p>а. 2 степени</p> <p>б. 1 степени</p> <p>в. 3 степени</p> <p>г. 4 степени</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>288. СТЕПЕНЬ СУЖЕНИЯ ТАЗА ПРИ ИСТИННОЙ КОНЪЮГАТЕ 7 СМ:</p> <p>а. 3 степени</p> <p>б. 1 степени</p> <p>в. 2 степени</p> <p>г. 4 степени</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>289. СТЕПЕНЬ СУЖЕНИЯ ТАЗА ПРИ ИСТИННОЙ КОНЪЮГАТЕ 6 СМ:</p> <p>а. 4 степени</p> <p>б. 1 степени</p> <p>в. 2 степени</p> <p>г. 3 степени</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>290. СТЕПЕНЬ СУЖЕНИЯ ПРИ ПОПЕРЕЧНОСУЖЕННОМ ТАЗЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО:</p> <p>а. поперечному размеру плоскости входа в малый таз</p> <p>б. анатомической конъюгаты</p> <p>в. истинной конъюгаты</p> <p>г. горизонтальной диагонали пояснично-крестцового ромба</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>291. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЕЛИЧИНЫ ИСТИННОЙ КОНЪЮГАТЫ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ:</p> <p>а. диагональная конъюгата</p> <p>б. анатомическая конъюгата</p> <p>в. вертикальная диагональ пояснично-крестцового ромба</p> <p>г. поперечная диагональ пояснично-крестцового ромба</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>292. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЕЛИЧИНЫ ИСТИННОЙ КОНЪЮГАТЫ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ:</p> <p>а. индекс Соловьева</p> <p>б. анатомическая конъюгата</p> <p>в. вертикальная диагональ пояснично-крестцового ромба</p> <p>г. поперечная диагональ пояснично-крестцового ромба</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>293. ИНДЕКС СОЛОВЬЕВА - ЭТО:</p> <p>а. окружность лучезапястного сустава</p> <p>б. расстояние между большими вертелами бедренных костей</p> <p>в. расстояние между передневерхними остями подвздошных костей</p> <p>г. расстояние между задневерхними остями подвздошных костей</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>294. ЕСЛИ ИНДЕКС СОЛОВЬЕВА БОЛЕЕ 14 СМ:</p> <p>а. кости таза более массивные</p> <p>б. кости таза менее массивные</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.

<p>в. имеется анатомически узкий таз</p> <p>г. имеется клинически узкий таз</p>	
<p>295. ЕСЛИ ИНДЕКС СОЛОВЬЕВА 14 СМ И МЕНЕЕ:</p> <p>а. кости таза менее массивные</p> <p>б. кости таза более массивные</p> <p>в. имеется анатомически узкий таз</p> <p>г. имеется клинически узкий таз</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>296. ПОПЕРЕЧНОСУЖЕННЫЙ ТАЗ ЧАЩЕ ВСЕГО ФОРМИРУЕТСЯ:</p> <p>а. при акселерации</p> <p>б. при инфантилизме</p> <p>в. при рахите</p> <p>г. при травме таза</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>297. ПЛОСКОРАХИТИЧЕСКИЙ ТАЗ ФОРМИРУЕТСЯ:</p> <p>а. при рахите</p> <p>б. при инфантилизме</p> <p>в. при травме таза</p> <p>г. при акселерации</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>298. ПОПЕРЕЧНОСУЖЕННЫЙ ТАЗ ЧАЩЕ ВСЕГО ФОРМИРУЕТСЯ:</p> <p>а. при гиперандрогении</p> <p>б. при инфантилизме</p> <p>в. при рахите</p> <p>г. при травме таза</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>299. ДЛЯ ПОПЕРЕЧНОСУЖЕННОГО ТАЗА ХАРАКТЕРНО:</p> <p>а. уменьшение поперечного размера входа в малый таз</p> <p>б. увеличение поперечного размера выхода из малого таза</p> <p>в. уменьшение прямого размера входа в малый таз</p> <p>г. укорочение высоты крестца</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>300. ДЛЯ ОБЩЕРАВНОМЕРНО СУЖЕННОГО ТАЗА ХАРАКТЕРНО:</p> <p>а. уменьшение всех размеров таза на одинаковую величину</p> <p>б. увеличение поперечного размера выхода из малого таза</p> <p>в. уменьшение прямого размера входа в малый таз</p> <p>г. уменьшение всех прямых размеров</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>301. ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ПОПЕРЕЧНОСУЖЕННОМ ТАЗЕ:</p> <p>а. стреловидный шов в косом размере плоскости входа в малый таз с асинклитическим вставлением головки плода</p> <p>б. низкое поперечное стояние головки плода</p> <p>в. механизм Редерера</p> <p>г. стреловидный шов расположен всегда в поперечном размере в плоскости входа в малый таз</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>302. ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ПОПЕРЕЧНОСУЖЕННОМ ТАЗЕ СОСТОЯТ В СЛЕДУЮЩЕМ:</p> <p>а. высокое прямое стояние головки плода</p> <p>б. низкое поперечное стояние головки плода</p> <p>в. механизм Редерера</p> <p>г. стреловидный шов расположен всегда в поперечном размере в плоскости входа в малый таз</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>303. ДЛЯ КАКОЙ ФОРМЫ СУЖЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ТРИ РАЗНОВИДНОСТИ:</p> <p>С УВЕЛИЧЕНИЕМ РАЗМЕРА ИСТИННОЙ КОНЬЮГАТЫ</p> <p>С УМЕНЬШЕНИЕМ ПРЯМОГО РАЗМЕРА ПЛОСКОСТИ ШИРОКОЙ ЧАСТИ МАЛОГО ТАЗА</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

<p>С УМЕНЬШЕНИЕМ МЕЖКОСТНОГО РАЗМЕРА</p> <ul style="list-style-type: none"> а. поперечносуженный таз б. общеравномерносуженный таз в. простой плоский таз г. плоскорихитический таз 	
<p>304. ДЛЯ КАКОЙ ФОРМЫ СУЖЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЧЕТЫРЕ РАЗНОВИДНОСТИ:</p> <p>ГИПОПЛАСТИЧЕСКИЙ ИНФАНТИЛЬНЫЙ ПО МУЖСКОМУ ТИПУ КАРЛИКОВЫЙ</p> <ul style="list-style-type: none"> а. общеравномерносуженный таз б. поперечносуженный таз в. простой плоский таз г. плоскорихитический таз 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>305. ПРИ СЛЕДУЮЩИХ РАЗМЕРАХ: D.SP - 25 CM, D.CR - 28 CM, D.TR - 31 CM, C.EXT - 18 CM, ТАЗ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. к простому плоскому б. к плоскорихитическому в. к поперечносуженному г. к общеравномерносуженному 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>306. ПРИ СЛЕДУЮЩИХ РАЗМЕРАХ: D.SP - 27 CM, D.CR - 28 CM, D.TR - 31 CM, C.EXT - 17.5 CM, ТАЗ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. к плоскорихитическому б. к простому плоскому в. к поперечносуженному г. к общеравномерносуженному 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>307. ПРИ СЛЕДУЮЩИХ РАЗМЕРАХ: D.SP - 23 CM, D.CR - 26 CM, D.TR - 28 CM, C.EXT - 18 CM, ТАЗ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. к общеравномерносуженному б. к плоскорихитическому в. к простому плоскому г. к поперечносуженному 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>308. ПРИ СЛЕДУЮЩИХ РАЗМЕРАХ: D.SP - 23 CM, D.CR - 26 CM, D.TR - 28 CM, C.EXT - 20 CM, ТАЗ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. к поперечносуженному б. к плоскорихитическому в. к простому плоскому г. к общеравномерносуженному 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>309. УКАЗАННЫЕ ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ: ДЛИТЕЛЬНОЕ СТОЯНИЕ ГОЛОВКИ ПЛОДА СТРЕЛОВИДНЫМ ШВОМ В ПОПЕРЕЧНОМ РАЗМЕРЕ ВХОДА В МАЛЫЙ ТАЗ; НЕКОТОРОЕ РАЗГИБАНИЕ ГОЛОВКИ ПЛОДА ВО ВХОДЕ В МАЛЫЙ ТАЗ; АСИНКЛИТИЧЕСКОЕ ВСТАВЛЕНИЕ ГОЛОВКИ ПЛОДА «ШТУРМОВЫЕ РОДЫ» ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕЙ ФОРМЫ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. плоскорихитический б. простой плоский в. общеравномерносуженный г. поперечносуженный 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>310. УКАЗАННЫЕ ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ: ДЛИТЕЛЬНОЕ СТОЯНИЕ ГОЛОВКИ ПЛОДА СТРЕЛОВИДНЫМ ШВОМ В ПОПЕРЕЧНОМ РАЗМЕРЕ ВХОДА В МАЛЫЙ ТАЗ; НЕКОТОРОЕ РАЗГИБАНИЕ ГОЛОВКИ ПЛОДА ВО ВХОДЕ В МАЛЫЙ ТАЗ; АСИНКЛИТИЧЕСКОЕ ВСТАВЛЕНИЕ ГОЛОВКИ ПЛОДА НИЗКОЕ ПОПЕРЕЧНОЕ СТОЯНИЕ СТРЕЛОВИДНОГО ШВА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕЙ ФОРМЫ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА:</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

<ul style="list-style-type: none"> а. простой плоский б. плоскоррахитический в. общеравномерносуженный г. поперечносуженный 	
<p>311. ДЛЯ ПРОСТОГО ПЛОСКОГО ТАЗА ХАРАКТЕРНО:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. укорочение всех прямых размеров б. укорочение только прямого размера плоскости входа в малый таз в. выраженная деформация таза г. укорочение поперечного размера плоскости входа в малый таз 	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
<p>312. ДЛЯ ПЛОСКОРАХИТИЧЕСКОГО ТАЗА ХАРАКТЕРНО:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. укорочение только прямого размера плоскости входа в малый таз с выраженной деформацией таза и опорно-двигательной системы б. укорочение всех прямых размеров в. уменьшение всех размеров таза на одинаковую величину г. уменьшение поперечного размера плоскости входа в малый таз 	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
<p>313. УКАЗАННЫЕ ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ: ДОЛГОЕ СТОЯНИЕ ГОЛОВКИ ПЛОДА СТРЕЛОВИДНЫМ ШВОМ В КОСОМ РАЗМЕРЕ ВО ВХОДЕ В МАЛЫЙ ТАЗ; ВЫРАЖЕННОЕ СГИБАНИЕ ГОЛОВКИ ПЛОДА; СТРОГО СИНКЛИТИЧЕСКОЕ ВСТАВЛЕНИЕ ГОЛОВКИ ПЛОДА КЛИНОВИДНОЕ ВСТАВЛЕНИЕ ГОЛОВКИ (МЕХАНИЗМ РЕДЕРЕРА) ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕЙ ФОРМЫ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. общеравномерносуженного б. простого плоского в. поперечносуженного г. плоскоррахитического 	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
<p>314. КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ – ЭТО:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. несоответствие размеров плода и размеров таза матери б. одна из форм анатомически узкого таза в. отсутствие продвижения головки плода при слабости родовой деятельности г. таз в котором хотя бы один размер уменьшен на 1.5-2 см 	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
<p>315. ДИСТОЦИЯ ПЛЕЧИКОВ – ЭТО:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. несоответствие размеров плечевого пояса плода и размеров таза матери б. одна из форм анатомически узкого таза в. отсутствие продвижения головки плода при слабости родовой деятельности г. несоответствие размеров головки плода и размеров таза матери 	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
<p>316. ПРИ ПЕРЕДНЕМ АСИНКЛИТИЗМЕ СТРЕЛОВИДНЫЙ ШОВ РАСПОЛОЖЕН:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. ближе к мысу б. ближе к лону в. на равном расстоянии от лона и мыса г. строго по оси таза 	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
<p>317. ПРИ ЗАДНЕМ АСИНКЛИТИЗМЕ СТРЕЛОВИДНЫЙ ШОВ РАСПОЛОЖЕН:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. ближе к лону б. ближе к мысу в. на равном расстоянии от лона и мыса г. строго по оси таза 	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
<p>318. ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОМ ТАЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. операция кесарева сечения б. наложение акушерских щипцов в. самостоятельное родоразрешение г. вакуум экстракция плода 	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>

<p>319. ПРИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОМ ПРИЗНАКЕ ВАСТЕНА:</p> <p>а. передняя поверхность головки находится выше плоскости симфиза б. передняя поверхность головки находится на одном уровне с симфизом в. передняя поверхность головки находится ниже плоскости симфиза г. передняя поверхность головки не определяется</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>320. ПРИ ОТРИЦАТЕЛЬНОМ ПРИЗНАКЕ ВАСТЕНА:</p> <p>а. передняя поверхность симфиза находится ниже плоскости симфиза б. передняя поверхность головки находится на одном уровне с симфизом в. передняя поверхность головки находится выше плоскости симфиза г. передняя поверхность головки не определяется</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>321. ПРИ СОМНИТЕЛЬНОМ ПРИЗНАКЕ ВАСТЕНА:</p> <p>а. передняя поверхность головки находится на одном уровне с симфизом б. передняя поверхность головки находится выше плоскости симфиза в. передняя поверхность симфиза находится ниже плоскости симфиза г. передняя поверхность головки не определяется</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>322. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. анатомическое сужение таза б. многоплодная беременность в. преэклампсия г. тазовое предлежание плода</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>323. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. крупный плод б. многоплодная беременность в. преэклампсия г. тазовое предлежание плода</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>324. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. неправильные вставления головки б. многоплодная беременность в. преэклампсия г. тазовое предлежание плода</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>325. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. переносная беременность б. многоплодная беременность в. преэклампсия г. тазовое предлежание плода</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>326. ПРИЗНАК ВАСТЕНА МОЖНО ОЦЕНИТЬ ПРИ УСЛОВИИ:</p> <p>а. излития околоплодных вод б. целых околоплодных вод в. головки плода над входом в малый таз г. открытия шейки матки на 4 см</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>327. ПРИЗНАК ВАСТЕНА МОЖНО ОЦЕНИТЬ ПРИ УСЛОВИИ:</p> <p>а. прижатой ко входу в малый таз головки плода б. целых околоплодных вод в. головки плода над входом в малый таз г. открытия шейки матки на 4 см</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>328. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ВАСТЕНА, КАК ПРАВИЛО,</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

<p>СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:</p> <p>а. о крайней степени несоответствия головки плода и таза матери</p> <p>б. об угрозе разрыва матки</p> <p>в. о наличии крупного плода</p> <p>г. о анатомически узком тазе</p>	10.
<p>329. ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК ВАСТЕНА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:</p> <p>а. ни о чем не свидетельствует</p> <p>б. о полном соответствии головки плода и таза матери</p> <p>в. о наличии некрупного плода</p> <p>г. о правильном вставлении головки плода</p>	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
<p>330. СИМПТОМОМ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. затруднение или прекращение мочеиспускания</p> <p>б. появление потуг при головке стоящей в плоскости выхода малого таза</p> <p>в. симптом Вастена («вровень») сомнительный</p> <p>г. стояние головки в плоскостях таза 30 минут</p>	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
<p>331. СИМПТОМОМ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. появление потуг при высокостоящей головке</p> <p>б. появление потуг при головке стоящей в плоскости выхода малого таза</p> <p>в. симптом Вастена («вровень») сомнительный</p> <p>г. стояние головки в плоскостях таза 30 минут</p>	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
<p>332. ДИАГНОЗ КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ ВЫСТАВЛЯЕТСЯ ОБЫЧНО:</p> <p>а. в родах</p> <p>б. во время беременности</p> <p>в. при постановке женщины на учет по беременности</p> <p>г. перед родами</p>	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
<p>333. ДИАГНОЗ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА МОЖЕТ БЫТЬ ВЫСТАВЛЕН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В СЛУЧАЕ:</p> <p>а. сужения таза 3 и 4 степени</p> <p>б. крупных размеров плода</p> <p>в. перенесенной беременности</p> <p>г. анатомически узкого таза</p>	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
<p>334. ДИАГНОЗ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА МОЖЕТ БЫТЬ ВЫСТАВЛЕН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В СЛУЧАЕ:</p> <p>а. если в предыдущих родах был клинически узкий таз, и при настоящей беременности размеры плода такие же или превышают</p> <p>б. крупных размеров плода</p> <p>в. перенесенной беременности</p> <p>г. анатомически узкого таза</p>	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
<p>335. ПРИ КАКОЙ СИТУАЦИИ ПРИ ЯВНОМ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОМ ТАЗЕ ИМЕЕТСЯ ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК ВАСТЕНА:</p> <p>а. при клиновидном вставлении головки</p> <p>б. затылочном вставлении головки</p> <p>в. лобном предлежании</p> <p>г. лицевом предлежании</p>	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>

<p>336. ПРИ КАКОЙ СИТУАЦИИ ПРИ ЯВНОМ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОМ ТАЗЕ ИМЕЕТСЯ ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК ВАСТЕНА:</p> <p>а. при переднем асинклитизме б. затылочном вставлении головки в. лобном предлежании г. лицевом предлежании</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>Тема 5. Экстрагенитальная патология и беременность (Гестационный сахарный диабет, пороки сердца)</p>	
<p>337. УЛУЧШЕНИЕ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, КАК ПРАВИЛО НАБЛЮДАЕТСЯ</p> <p>а. с 20-24 недель беременности б. с ранних сроков беременности в. с 12-13 недель беременности г. с 33-34 недель беременности</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>338. УХУДШЕНИЕ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, КАК ПРАВИЛО НАБЛЮДАЕТСЯ</p> <p>а. с ранних сроков беременности б. с 12-13 недель беременности в. с 20-24 недель беременности г. с 33-34 недель беременности</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>339. В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ, КАК ПРАВИЛО, В 33-34 НЕДЕЛИ БЕРЕМЕННОСТИ УЛУЧШЕНИЕ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА НАБЛЮДАЕТСЯ</p> <p>а. в случае отсутствия компенсации сахарного диабета б. всегда в. при хорошей компенсации сахарного диабета г. никогда</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>340. КАКОЙ СИМПТОМ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЕТОПАТИИ</p> <p>а. макросомия плода б. плотные кости черепа в. крупные размеры доношенного плода г. отсутствие сыровидной смазки</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>341. КАКОЙ СИМПТОМ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЕТОПАТИИ</p> <p>а. крупные или гигантские размеры плода в сочетании с макросомией б. плотные кости черепа в. крупные размеры доношенного плода г. отсутствие сыровидной смазки</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>342. КАКОЙ СИМПТОМ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЕТОПАТИИ</p> <p>а. незрелость органов и систем б. плотные кости черепа в. крупные размеры доношенного плода г. отсутствие сыровидной смазки</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>343. ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ – ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ</p> <p>а. гипергликемией, впервые выявленной во время беременности, но не соответствующей критериям «манифестного» сахарного диабета б. гипергликемией во время беременности в. гипергликемией во время беременности, родах и послеродовом периоде г. гипергликемией до беременности и во время беременности</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>344. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЛЮКОЗЫ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ГСД ПРОВОДЯТ</p> <p>а. в венозной плазме б. в капиллярной крови в. последовательно: сначала в венозной плазме, затем в капиллярной крови, затем сравнивают г. в артериальной крови</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>345. ПОРОГОВЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОЗЫ ВЕНОЗНОЙ ПЛАЗМЫ ДЛЯ</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК -</i></p>

<p>ДИАГНОСТИКИ ГСД</p> <p>а. $\geq 5,1$ ммоль/л, но $< 7,0$ ммоль/л</p> <p>б. $\geq 5,1$ ммоль/л, но $< 7,8$ ммоль/л</p> <p>в. $> 5,1$ ммоль/л, но $< 7,0$ ммоль/л</p> <p>г. $\geq 5,1$ ммоль/л, но $\leq 7,8$ ммоль/л</p>	<p>4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>346. ГЛЮКОЗЫ ВЕНОЗНОЙ ПЛАЗМЫ НАТОЩАК $< 5,1$ ММОЛЬ/Л, В ХОДЕ ПГТТ ЧЕРЕЗ 1 ЧАС $< 10,0$ ММОЛЬ/Л, ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА $\geq 7,8$ ММОЛЬ/Л И $< 8,5$ ММОЛЬ/Л – ЭТО</p> <p>а. вариант нормы при беременности</p> <p>б. ГСД</p> <p>в. «манифестный» СД</p> <p>г. вариант нормы для небеременных</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>347. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ГСД ДОСТАТОЧНО</p> <p>а. одного аномального значения измерения уровня глюкозы венозной плазмы</p> <p>б. двух аномальных значений измерения уровня глюкозы венозной плазмы</p> <p>в. одного аномального значения измерения уровня глюкозы капиллярной крови</p> <p>г. двух аномальных значений измерения уровня глюкозы капиллярной крови</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>348. ГТТ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДИТСЯ С НАГРУЗКОЙ</p> <p>а. 75г глюкозы</p> <p>б. 100г глюкозы</p> <p>в. 150г глюкозы</p> <p>г. 200г глюкозы</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>349. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГТТ В СЛУЧАЕ ПОЛУЧЕНИЯ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ НАТОЩАК $> 5,1$ ММОЛЬ/Л</p> <p>а. нагрузка глюкозой не проводится</p> <p>б. нагрузка глюкозой проводится втрое меньшей концентрацией</p> <p>в. нагрузка глюкозой проводится по общепринятым правилам</p> <p>г. нагрузка глюкозой проводится вдвое меньшей концентрацией</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>350. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ГТТ С 75Г ГЛЮКОЗЫ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ ЧЕРЕЗ 1 ЧАС > 10 ММОЛЬ/Л</p> <p>а. через 2 часа определение глюкозы не требуется</p> <p>б. через 2 часа проводится по общепринятой методике</p> <p>в. проводится дополнительное измерение глюкозы венозной плазмы через 3 час</p> <p>г. проводится четвертое дополнительное измерение глюкозы венозной плазмы через 4 часа</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>351. КРИТЕРИЙ ДИАГНОСТИКИ ГСД ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ГТТ С 75Г ГЛЮКОЗЫ</p> <p>а. глюкоза венозной плазмы натощак $\geq 5,1$ ммоль/л, через 1 час $\geq 10,0$ ммоль/л, через 2 часа $\geq 8,5$ ммоль/л</p> <p>б. глюкоза венозной плазмы натощак $> 5,1$ ммоль/л, через 1 час $> 10,0$ ммоль/л, через 2 часа $> 8,5$ ммоль/л</p> <p>в. глюкоза венозной плазмы натощак $\leq 5,1$ ммоль/л, через 1 час $\leq 10,0$ ммоль/л, через 2 часа $\leq 8,5$ ммоль/л</p> <p>г. глюкоза венозной плазмы натощак $< 5,1$ ммоль/л, через 1 час $< 10,0$ ммоль/л, через 2 часа $< 8,5$ ммоль/л</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>352. ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДИТСЯ</p> <p>а. в две фазы</p> <p>б. в три фазы</p> <p>в. в четыре фазы</p> <p>г. в пять фаз</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>353. ПЕРВАЯ ФАЗА ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДИТСЯ</p> <p>а. при первом обращении к врачу женской консультации</p> <p>б. до беременности</p> <p>в. при обращении в акушерский стационар</p> <p>г. при направлении к эндокринологу</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>354. ПОРОГОВЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОЗЫ ВЕНОЗНОЙ ПЛАЗМЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МАНИФЕСТНОГО (ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО) СД ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ</p> <p>а. глюкоза венозной плазмы натощак $\geq 7,0$ ммоль/л</p> <p>б. глюкоза венозной плазмы натощак $> 7,0$ ммоль/л,</p> <p>в. глюкоза венозной плазмы натощак $\geq 5,1$ ммоль/л,</p> <p>г. глюкоза венозной плазмы натощак $> 5,1$ ммоль/л,</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>355. ВТОРАЯ ФАЗА ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДИТСЯ (ГТТ)</p> <p>а. в 24-28 недель беременности</p> <p>б. в 20-23 недели беременности</p> <p>в. в 29-33 недели беременности</p> <p>г. перед родами</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>356. ГТТ ПРОВОДИТСЯ У БЕРЕМЕННЫХ</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК -</p>

<p>а. в случае отсутствия нарушения углеводного обмена</p> <p>б. с гестационным сахарным диабетом</p> <p>в. с сахарным диабетом 1 типа</p> <p>г. с сахарным диабетом 2 типа</p>	<p>4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>357. ПЕРОРАЛЬНЫЕ САХАРОСНИЖАЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ</p> <p>а. запрещены</p> <p>б. разрешены</p> <p>в. возможны</p> <p>г. возможны при оформлении информированного согласия</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>358. ПРОВЕСТИ 2 ФАЗЫ (ЭТАПА) ДИАГНОСТИКИ СД/ГСД И ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ СД/ГСД ДОЛЖЕН</p> <p>а. акушер-гинеколог, врач общей практики, терапевт, семейный врач</p> <p>б. эндокринолог</p> <p>в. эндокринолог, имеющий специализацию по изменениям метаболизма во время беременности</p> <p>г. гастроэнтеролог</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>359. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ДОЛЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН</p> <p>а. увеличивается</p> <p>б. уменьшается</p> <p>в. остается неизменной</p> <p>г. равна доле приобретенных пороков</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>360. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ КАК ИЗМЕНЯЕТСЯ ОЦК</p> <p>а. увеличивается на 30-50%</p> <p>б. уменьшается на 30-50% от исходного</p> <p>в. остается неизменной</p> <p>г. в ранние сроки увеличивается, затем снижается</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>361. В КАКОМ СРОКЕ ПРОИСХОДИТ ИЗМЕНЕНИЯ ОЦК</p> <p>а. в 26-28 недель</p> <p>б. в 12-14 недель</p> <p>в. в 20-22 неделю</p> <p>г. в 32-34 недели</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>362. ЗА СЧЕТ КАКОГО КОМПОНЕНТА ПРОИСХОДИТ ИЗМЕНЕНИЕ ОЦК</p> <p>а. за счет плазменного компонента</p> <p>б. за счет клеточного компонента</p> <p>в. за счет плазменного и клеточного компонентов</p> <p>г. за счет увеличения количества тромбоцитов</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>363. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ, ВКЛЮЧАЮЩЕЕ ДАННЫЕ АНАМНЕЗА, ОБЪЕКТИВНОГО И ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ</p> <p>а. ревматизма необходимо провести</p> <p>б. оценку жалоб и анамнеза</p> <p>в. провести ЭКГ, ЭХОКС</p> <p>г. дополнительные специфические лабораторные тесты</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>364. ОПТИМАЛЬНЫЙ ПЕРИОД НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ МИТРАЛЬНОЙ КОМИССУРОТОМИИ</p> <p>а. первые 2 года после операции</p> <p>б. первые 4 года после операции</p> <p>в. первые 6 лет после операции</p> <p>г. не имеет значения</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>365. В ПЛАНОВОМ ПОРЯДКЕ МИТРАЛЬНУЮ КОМИССУРОТОМИЮ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ В СЛЕДУЮЩИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ</p> <p>а. 18 – 26 недель</p> <p>б. до 18 недель</p> <p>в. после 26 недель</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>366. ВТОРАЯ ПЛАНОВАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР ПРОВОДИТСЯ</p> <p>а. в 28-29 недель</p> <p>б. в 15-16 недель</p> <p>в. в 21-22 недели</p> <p>г. в 32-33 недели</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>367. КРИТИЧЕСКИЕ СРОКИ ОБОСТРЕНИЯ РЕВМАТИЗМА</p> <p>а. до 14 недель</p> <p>б. до 8 недель</p> <p>в. 26-28 недель</p> <p>г. 38-40 недель</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>

368. КРИТИЧЕСКИЕ СРОКИ ОБОСТРЕНИЯ РЕВМАТИЗМА а. 18-20 недель б. до 8 недель в. 26-28 недель г. 38-40 недель	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
369. КРИТИЧЕСКИЕ СРОКИ ОБОСТРЕНИЯ РЕВМАТИЗМА а. первые две недели послеродового периода б. до 8 недель в. 26-28 недель г. 38-40 недель	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
370. НАСТУПЛЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПОРОКОМ СЕРДЦА РАЗРЕШАЕТСЯ ПРИ: а. При 1 и 2 степени риска по классификации Ваниной б. При 3 степени риска по классификации Ваниной в. При 4 степени риска по классификации Ваниной г. Если последняя атака ревматизма была в ближайшие 2 года	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
371. ЕСЛИ ЖЕНЩИНА С ИСКУССТВЕННЫМ КЛАПАНОМ СЕРДЦА ПРИНИМАЕТ ВАРФАРИН В ДОЗЕ МЕНЕЕ 5 МГ И ЕСЛИ ЖЕНЩИНА ДАЕТ СОГЛАСИЕ НА ПРИЕМ ВАРФАРИНА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ НЕОБХОДИМО а. в ранние сроки, то во время беременности до 35 недель и послеродовый период назначить прием варфарина, перед родами с 35 недель перевести на препараты гепарина. б. всю беременность и послеродовый период вести на варфарине, перевода на препараты гепарина не требуется в. в ранние сроки до 12 недель и после 35 недель перевести на препараты гепарина, после 12 недель до 35 недель и послеродовый период вести на варфарине г. полностью перевести во время беременности и послеродовый период на препараты гепарина	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
372. ЕСЛИ ЖЕНЩИНА С ИСКУССТВЕННЫМ КЛАПАНОМ СЕРДЦА ПРИНИМАЕТ ВАРФАРИН В ДОЗЕ МЕНЕЕ 5 МГ И ЕСЛИ ЖЕНЩИНА НЕ ДАЕТ СОГЛАСИЕ НА ПРИЕМ ВАРФАРИНА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ НЕОБХОДИМО а. в ранние сроки до 12 недель и после 35 недель перевести на препараты гепарина, после 12 недель до 35 недель и послеродовый период вести на варфарине б. в ранние сроки, то во время беременности до 35 недель и послеродовый период назначить прием варфарина, перед родами с 35 недель перевести на препараты гепарина. в. всю беременность и послеродовый период вести на варфарине, перевода на препараты гепарина не требуется г. полностью перевести во время беременности и послеродовый период на препараты гепарина	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
373. ЕСЛИ ЖЕНЩИНА С ИСКУССТВЕННЫМ КЛАПАНОМ СЕРДЦА ПРИНИМАЕТ ВАРФАРИН В ДОЗЕ БОЛЕЕ 5 МГ НЕОБХОДИМО а. в ранние сроки до 12 недель и после 35 недель перевести на препараты гепарина, после 12 недель до 35 недель и послеродовый период вести на варфарине б. во время беременности до 35 недель и послеродовый период назначить прием варфарина, перед родами с 35 недель перевести на препараты гепарина в. всю беременность и послеродовый период вести на варфарине, перевода на препараты гепарина не требуется г. полностью перевести во время беременности и послеродовый период на препараты гепарина	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
Тема 6. Резус-фактор в акушерстве	
374. РЕЗУС – ИММУНИЗАЦИЯ – ЭТО а. процесс образование антител в организме матери в ответ на попадание Д-антигена эритроцита плода б. процесс образования иммунных комплексов антитело-антиген в кровотоке плода с последующим гемолизом эритроцитов в. процесс образования естественных групповых α – агглютининов г. процесс образования естественных групповых β - агглютининов	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
375. РЕЗУС – ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ КРОВИ – ЭТО а. Отсутствие Д-антигена эритроцита б. Наличие Д-антигена эритроцита в. Наличие С-антигена эритроцита г. Наличие Е-антигена эритроцита	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
376. ЕСЛИ ОТЕЦ ИМЕЕТ ГОМОЗИГОТНЫЙ (DD) ГЕНОТИП РЕЗУС ФАКТОРА, ТО ПЛОД БУДЕТ а. всегда иметь резус-положительный тип крови б. в 50 % случаев иметь резус - положительный тип крови	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>

<p>в. в 25% случаев иметь резус - положительным тип крови</p> <p>г. всегда иметь резус - отрицательный тип крови</p>	
<p>377. ЕСЛИ ОТЕЦ ИМЕЕТ ГЕТЕРОЗИГОТНЫЙ (DD) ГЕНОТИП РЕЗУС-ФАКТОРА, ТО ПЛОД БУДЕТ</p> <p>а. В 50% случаев иметь резус – положительный тип крови</p> <p>б. Всегда иметь резус – положительный тип крови</p> <p>в. Всегда иметь резус – отрицательный тип крови</p> <p>г. В 25% случаев иметь резус – положительный тип крови</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>378. В КАКОМ СЛУЧАЕ СНИЖАЕТСЯ РИСК ИММУНИЗАЦИИ ПО РЕЗУС-ФАКТОРУ У РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ЖЕНЩИНЫ</p> <p>а. В случае несовместимости крови по АВО – системе с отцом ребенка</p> <p>б. В случае одногруппной по АВО – системе крови с отцом ребенка</p> <p>в. В случае наличия у отца $O\alpha\beta(I)$ - группы крови</p> <p>г. В случае наличия у отца ребенка С-антигена эритроцита</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>379. ПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА</p> <p>а. Относятся к классу иммуноглобулинов М</p> <p>б. Имеют низкую молекулярную массу</p> <p>в. Появляются при повторном попадании антигена в кровотока</p> <p>г. Проникают через плаценту к плоду</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>380. ПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА</p> <p>а. Появляются при первичном иммунном ответе</p> <p>б. Относятся к классу иммуноглобулинов G</p> <p>в. Имеют низкую молекулярную массу</p> <p>г. Проникают через плаценту к плоду</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>381. ПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА</p> <p>а. Не проникают через плацентарный барьер</p> <p>б. Относятся к классу иммуноглобулинов G</p> <p>в. Имеют низкую молекулярную массу</p> <p>г. Проникают через плаценту к плоду</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>382. ПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА</p> <p>а. Непосредственно не приводят к развитию гемолитической болезни плода</p> <p>б. Относятся к классу иммуноглобулинов G</p> <p>в. Имеют низкую молекулярную массу</p> <p>г. Проникают через плаценту к плоду</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>383. НЕПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА</p> <p>а. Относятся к классу иммуноглобулинов G</p> <p>б. Имеют крупную молекулярную массу</p> <p>в. Не проникают через плаценту к плоду</p> <p>г. Появляются при первичном иммунном ответе</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>384. НЕПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА</p> <p>а. Имеют низкую молекулярную массу</p> <p>б. Относятся к классу иммуноглобулинов М</p> <p>в. Появляются при первичном иммунном ответе</p> <p>г. Не проникают через плаценту к плоду</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>385. НЕПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА</p> <p>а. Появляются при повторном попадании антигена эритроцита плода в кровотока к матери</p> <p>б. Имеют крупную молекулярную массу</p> <p>в. Не проникают через плаценту к плоду</p> <p>г. Относятся к классу иммуноглобулинов М</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>386. НЕПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА</p> <p>а. Проникают через плаценту к плоду</p> <p>б. Имеют крупную молекулярную массу</p> <p>в. Относятся к классу иммуноглобулинов М</p> <p>г. Появляются при первичном иммунном ответе</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>387. НЕПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА</p> <p>а. Непосредственно приводят к развитию гемолитической болезни плода</p> <p>б. Относятся к классу иммуноглобулинов М</p> <p>в. Имеют крупную молекулярную массу</p> <p>г. Появляются при первичном иммунном ответе</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>388. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КРИТЕРИЙ РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛОЙ И ОТЕЧНОЙ ФОРМЫ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА</p> <p>а. Обнаружение одновременно IgG1 и IgG3</p> <p>б. Обнаружение Ig M</p> <p>в. Обнаружение естественных групповых α – агглютининов</p> <p>г. Обнаружение естественных групповых β - агглютининов</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>389. В КАКОМ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ ДОЛЖНА ПРОВОДИТСЯ ПЛАНОВАЯ АНТЕНАТАЛЬНАЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКА РЕЗУС-ИММУНИЗАЦИИ</p> <p>а. В 28 недель беременности</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>

<ul style="list-style-type: none"> б. Перед родами в. В первом триместре беременности г. В 20 недель беременности 	
<p>390. КОМУ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ ПЛАНОВАЯ АНТЕНАТАЛЬНАЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Неиммунизированным женщинам с резус-отрицательным факторам независимо от паритета б. При наличии проявлений гемолитической болезни плода в. Резус - иммунизированным женщинам г. Только первобеременным с резус-отрицательным фактором 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>391. ЕСЛИ В 28 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ НЕИМУНИЗИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОЙ С РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ФАКТОРОМ НЕ БЫЛА ПРОВЕДЕНА АНТЕНАТАЛЬНАЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА, ТО</p> <ul style="list-style-type: none"> а. В случае отсутствия резус антител необходимо провести антенатальную профилактику в любом сроке беременности б. Не нужно проводить антенатальную специфическую профилактику в. Специфическую антенатальную профилактику нужно провести при появлении антител к резус-фактору г. Нужно провести только послеродовую специфическую профилактику 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>392. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ АНТЕНАТАЛЬНОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ТИТР РЕЗУС-АНТИТЕЛ</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Не определяют б. Определяют 1 раз в месяц в. Определяют 1 раз в 2 недели г. Определяют 1 раз в неделю 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>393. В КАКОЙ ДОЗЕ ПРОВОДИТЬСЯ ПЛАНОВАЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ АНТЕНАТАЛЬНАЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКА АНТИD-IG</p> <ul style="list-style-type: none"> а. 300 мкг, 1500 МЕ б. 150 мкг, 750 МЕ в. 125 мкг, 625 МЕ г. 20 мкг, 100 МЕ 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>394. В КАКОМ СЛУЧАЕ ПРОВОДИТСЯ ПЛАНОВАЯ ПОСЛЕРОДОВАЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКА</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Всем родильницам с резус-отрицательной крови без явлений иммунизации, родившим детей с резус-положительным типом крови б. Всем родильницам с резус-отрицательной кровью в. Всем родильницам с резус-отрицательной кровью с явлениями резус-иммунизации г. Родильницам с резус-отрицательной кровью только после первых родов 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>395. КОГДА ДОЛЖНА БЫТЬ ПРОВЕДЕНА ПЛАНОВАЯ ПОСЛЕРОДОВАЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКА</p> <ul style="list-style-type: none"> а. В ближайшие 48-72 часа после родов б. В ближайшие 5 дней после родов в. в течение 1 месяца после родов г. в течение всего послеродового периода 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>396. ЕСЛИ В БЛИЖАЙШИЕ 48-72 ЧАСА ПОСЛЕ РОДОВ ПОСЛЕРОДОВАЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКА НЕ БЫЛА ПРОВЕДЕНА, ТО</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Нужно провести в ближайшие 10 дней после родов б. В течение 1 месяца после родов в. В течение всего послеродового периода г. Не нужно проводить 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>397. В КАКОЙ ДОЗЕ ПРОВОДИТЬСЯ ПЛАНОВАЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПОСЛЕРОДОВАЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКА АНТИD-IG</p> <ul style="list-style-type: none"> а. 300 мкг, 1500 МЕ б. 150 мкг, 750 МЕ в. 125 мкг, 625 МЕ г. 20 мкг, 100 МЕ 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>398. ЕСЛИ В РОДАХ БЫЛА ОПЕРАЦИЯ РУЧНОГО ОТДЕЛЕНИЯ И ВЫДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА В КАКОЙ ДОЗЕ ВВОДИТСЯ АНТИ – D - ИММУНОГЛОБУЛИН В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> а. 600 мкг, 3000 МЕ б. 300 мкг, 1500 МЕ в. 150 мкг, 750 МЕ г. 125 мкг, 625 МЕ 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>399. ЕСЛИ РОДЫ ЗАКОНЧИЛИСЬ ОПЕРАЦИЕЙ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В КАКОЙ ДОЗЕ ВВОДИТСЯ АНТИ – D - ИММУНОГЛОБУЛИН В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> а. 600 мкг, 3000 МЕ 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

<ul style="list-style-type: none"> б. 300 мкг, 1500 МЕ в. 150 мкг, 750 МЕ г. 125 мкг, 625 МЕ 	
<p>400. ЕСЛИ В РОДАХ БЫЛА ПОНРП В КАКОЙ ДОЗЕ ВВОДИТСЯ ANTI-D - ИММУНОГЛОБУЛИН В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> а. 600 мкг, 3000 МЕ б. 300 мкг, 1500 МЕ в. 150 мкг, 750 МЕ г. 125 мкг, 625 МЕ 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>401. В ЦЕЛЯХ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕ ЛЮБОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В СРОКЕ ДО 13 НЕДЕЛЬ ВВОДИТСЯ ANTI-D-IG В ДОЗЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> а. 125 мкг, 625 МЕ б. 600 мкг, 3000 МЕ в. 300 мкг, 1500 МЕ г. 150 мкг, 750 МЕ 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>402. В ЦЕЛЯХ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕ ЛЮБОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В СРОКЕ ПОСЛЕ 13 НЕДЕЛЬ ВВОДИТСЯ ANTI-D-IG В ДОЗЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> а. 300 мкг, 1500 МЕ б. 600 мкг, 3000 МЕ в. 150 мкг, 750 МЕ г. 125 мкг, 625 МЕ 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>403. В ЦЕЛЯХ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕ ЛЮБОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ КОГДА ВВОДИТСЯ ANTI-D-IG</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Сразу после операции б. На следующей день после операции в. В течение 3 дней после операции г. В течение 10 дней после операции 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>404. В КАКИХ СЛУЧАЯХ НУЖНО ПРОВЕСТИ ЭКСТРЕННУЮ АНТЕНАТАЛЬНУЮ ИММУНОПРОФИЛАКТИКУ</p> <ul style="list-style-type: none"> а. После любых инвазивных процедур (амниоцентеза, биопсии хориона, кордоцентеза, редукции одного из эмбрионов при многоплодии) б. В первом триместре беременности в. Во втором триместре беременности г. Не нужно проводить 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>405. В КАКИХ СЛУЧАЯХ НУЖНО ПРОВЕСТИ ЭКСТРЕННУЮ АНТЕНАТАЛЬНУЮ ИММУНОПРОФИЛАКТИКУ</p> <ul style="list-style-type: none"> а. При отслойке плаценты в любом сроке беременности б. В первом триместре беременности в. Во втором триместре беременности г. Не нужно проводить 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>406. В КАКИХ СЛУЧАЯХ НУЖНО ПРОВЕСТИ ЭКСТРЕННУЮ АНТЕНАТАЛЬНУЮ ИММУНОПРОФИЛАКТИКУ</p> <ul style="list-style-type: none"> а. При проведении серкляжа б. В первом триместре беременности в. Во втором триместре беременности г. Не нужно проводить 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>407. ПРОВОДЯТ ЛИ ПЛАНОВУЮ АНТЕНАТАЛЬНУЮ ПРОФИЛАКТИКУ ПОСЛЕ ЭКСТРЕННОЙ АНТЕНАТАЛЬНОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Обязательно проводят б. Не проводят в. Проводят только если экстренная профилактика проведена в первом триместре беременности г. Зависит от дозы препарата, введенного в ходе экстренной иммунопрофилактики 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>408. КАКОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В СЛУЧАЕ РЕЗУС-ИММУНИЗАЦИИ</p> <ul style="list-style-type: none"> а. УЗИ средней мозговой артерии плода б. УЗИ в. Кордоцентез г. амниоцентез 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>409. КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ В ХОДЕ УЗИ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ ПЛОДА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С РЕЗУС-ИММУНИЗАЦИЕЙ</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Максимальную систолическую скорость кровотока в средней мозговой артерии плода б. Систолиадиастолическое отношение 	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

<p>в. Индекс резистентности</p> <p>г. Пульсационный индекс</p>	
<p>410. КАКАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С РЕЗУС-ИММУНИЗАЦИЕЙ В СЛУЧАЕ СООТВЕТСТВИЯ МАКСИМАЛЬНОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ СКОРОСТИ КРОВОТОКА В СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ (МСК СМА) ПЛОДА 1-1,29 МОМ</p> <p>а. УЗДГ с определением МСК СМА 1 раз в 2 недели, с 36 недель 1 раз в неделю, с 36 недель дополнительно КТГ. Родоразрешение в сроке 38 недель беременности</p> <p>б. УЗДГ с определением МСК СМА 1 раз в 4 недели</p> <p>в. Ставится вопрос о досрочном родоразрешении</p> <p>г. Пролонгируется беременность до срока родов</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>411. КАКАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С РЕЗУС-ИММУНИЗАЦИЕЙ В СЛУЧАЕ СООТВЕТСТВИЯ МАКСИМАЛЬНОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ СКОРОСТИ КРОВОТОКА В СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ (МСК СМА) ПЛОДА 1,29-1,5 МОМ</p> <p>а. УЗДГ с определением МСК СМА 1 раз в неделю, с 36 недель 1 раз в 3 дня, с 36 недель дополнительно КТГ. Родоразрешение в сроке 38 недель беременности</p> <p>б. УЗДГ с определением МСК СМА 1 раз в 4 недели</p> <p>в. Ставится вопрос о досрочном родоразрешении</p> <p>г. Пролонгируется беременность до срока родов</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>412. КАКАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С РЕЗУС-ИММУНИЗАЦИЕЙ В СЛУЧАЕ СООТВЕТСТВИЯ МАКСИМАЛЬНОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ СКОРОСТИ КРОВОТОКА В СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ (МСК СМА) ПЛОДА БОЛЕЕ 1,5 МОМ</p> <p>а. Ставится вопрос о досрочном родоразрешении или переливании плоду ЭМОЛТ в зависимости от срока беременности</p> <p>б. УЗДГ с определением МСК СМА 1 раз в 4 недели</p> <p>в. УЗДГ с определением МСК СМА 1 раз в 2 недели</p> <p>г. Пролонгируется беременность до срока родов</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>Раздел 4. Оперативное акушерство</p>	
<p>1. УСЛОВИЕМ ОПЕРАЦИИ АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. средние размеры доношенного плода</p> <p>б. целый плодный пузырь</p> <p>в. раскрытия маточного зева на 5-6 см</p> <p>г. расположение головки большим сегментом во входе в малый таз</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>2. УСЛОВИЕМ ОПЕРАЦИИ АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. отсутствие плодного пузыря</p> <p>б. раскрытия маточного зева на 5-6 см</p> <p>в. несоответствие размеров головки плода и таза матери</p> <p>г. расположение головки большим сегментом во входе в малый таз</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>3. УСЛОВИЕМ ОПЕРАЦИИ АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. полное раскрытие маточного зева</p> <p>б. целый плодный пузырь</p> <p>в. несоответствие размеров головки плода и таза матери</p> <p>г. расположение головки большим сегментом во входе в малый таз</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>4. УСЛОВИЕМ ОПЕРАЦИИ ПОЛОСТНЫЕ АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. расположение головки в узкой части полости малого таза</p> <p>б. расположение головки в плоскости входа в малый таз</p> <p>в. расположение головки большим сегментом во входе в малый таз</p> <p>г. расположение головки в плоскости выхода малого таза</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>5. УСЛОВИЕМ ОПЕРАЦИИ ВЫХОДНЫЕ АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. расположение головки в плоскости выхода малого таза</p> <p>б. расположение головки в плоскости входа в малый таз</p> <p>в. расположение головки большим сегментом во входе в малый таз</p> <p>г. расположение головки в узкой части полости малого таза</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>6. ПЕРВЫЙ ЭТАП ОПЕРАЦИИ ВЫХОДНЫЕ АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. введение ложек щипцов</p> <p>б. замыкание щипцов и пробная тракция</p> <p>в. собственно тракция</p> <p>г. введение и размещение ложек щипцов</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>7. ПЕРВЫЙ ЭТАП ОПЕРАЦИИ ПОЛОСТНЫЕ АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. введение и размещение ложек щипцов</p> <p>б. замыкание щипцов и пробная тракция</p> <p>в. собственно тракция</p> <p>г. введение ложек щипцов</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

8. ВТОРОЙ ЭТАП ОПЕРАЦИИ АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ: а. замыкание щипцов и пробная тракция б. собственно тракции в. снятие щипцов г. введение ложек щипцов	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
9. ТРЕТИЙ МОМЕНТ НАЛОЖЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ: а. собственно тракции б. замыкание щипцов и пробная тракция в. снятие щипцов г. введение ложек щипцов	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
10. ПРИ ОПЕРАЦИИ ВЫХОДНЫЕ АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ ЛОЖКИ ДОЛЖНЫ ЛЕЧЬ НА ГОЛОВКУ ПЛОДА а. в поперечном размере б. в правом косом размере в. в левом косом размере г. в прямом размере	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
11. МИНИМАЛЬНЫМ ИНТЕРГЕНЕТИЧЕСКИМ ИНТЕРВАЛОМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ: а. 24 + 9 мес б. 12 мес в. 12 + 9 мес г. 9 мес	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
12. ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ: а. с извлечением плода в целом плодном пузыре б. в нижнем сегменте поперечным разрезом по Гусакову в. корпоральное кесарево сечение г. техника не имеет значения	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
13. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ: а. кесарево сечение в нижнем сегменте матки б. корпоральное кесарево сечение в. влагалищное кесарево сечение г. экстраперитонеальное кесарево сечение	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
14. ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПО ШТАРКУ (М. STARK) ПРОИЗВОДЯТ ЛАПАРОТОМИЮ: а. по Джоэл-Кохену б. нижнесрединную в. по Пфанненштилю г. не имеет значения какой разрез	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
15. ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ СТРЕЛОВИДНОГО ШВА В ЛЕВОМ КОСОМ РАЗМЕРЕ МАЛОГО ТАЗА ПОЛОСТНЫЕ ЩИПЦЫ СЛЕДУЕТ НАЛОЖИТЬ: а. в правом косом размере малого таза б. в левом косом размере малого таза в. в поперечном размере малого таза г. в прямом размере малого таза	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
16. ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ СТРЕЛОВИДНОГО ШВА В ПРАВОМ КОСОМ РАЗМЕРЕ МАЛОГО ТАЗА ПОЛОСТНЫЕ ЩИПЦЫ СЛЕДУЕТ НАЛОЖИТЬ: а. в левом косом размере малого таза б. в правом косом размере малого таза в. в поперечном размере малого таза г. в прямом размере малого таза	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
17. ПРАВИЛА СПОСОБА И ПОРЯДКА ВВЕДЕНИЯ ЛОЖЕК АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ: а. всегда первой вводят левую ветвь левой рукой в левую половину таза б. всегда первой вводят правую ветвь правой рукой в правую половину таза в. всегда первой вводят левую ветвь правой рукой в левую половину таза г. всегда первой вводят левую ветвь левой рукой в правую половину таза	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
18. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВТОРОГО ЭТАПА ОПЕРАЦИИ КОМБИНИРОВАННОГО АКУШЕРСКОГО ПОВОРОТА ПЛОДА НА НОЖКУ ПРИ ЗАДНЕМ ВИДЕ д. захватывается вышележащая ножка е. захватывается нижележащая ножка ж. выбор ножки не имеет значения з. выбор ножки зависит от его массы	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
19. ВО ВРЕМЯ ВЛЕЧЕНИЯ ГОЛОВКИ В АКУШЕРСКИХ ЩИПЦАХ ТРАКЦИИ ДОЛЖНЫ БЫТЬ: а. плавными, влекущими б. периодически вращательные в. периодически качательные г. периодически в виде рывков	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
20. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПОЛОСТНЫХ ЩИПЦОВ СТРЕЛОВИДНЫЙ ШОВ В ПРАВОМ КОСОМ РАЗМЕРЕ; В КАКОМ РАЗМЕРЕ МАЛОГО ТАЗА НАЛОЖИТЬ ЩИПЦЫ И ЛОЖКА ПРИ ЭТОМ БУДЕТ «БЛУЖДАЮЩАЯ»?	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>

<ul style="list-style-type: none"> а. в левом косом, «блуждающая» правая ложка б. в левом косом, «блуждающая» левая ложка в. в правом косом, «блуждающая» правая ложка г. в правом косом, «блуждающая» левая ложка 	10.
<p>21. ПЕРВОБЕРЕМЕННАЯ, 26 ЛЕТ, ПОСТУПИЛА В РОДДОМ С ОТОШЕДШИМИ ОКОЛОПЛОДНЫМИ ВОДАМИ И ПЕРВИЧНОЙ СЛАБОСТЬЮ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ; ПРОВОДИЛАСЬ СТИМУЛЯЦИЯ ОКСИТОЦИНОМ; ЧЕРЕЗ 10 МИНУТ ОТ НАЧАЛА ПОТУГ СЕРДЦЕБИЕНИЕ ПЛОДА СОСТАВИЛО 100 УДАРОВ В МИНУТУ; ПРИ ОСМОТРЕ ОТКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПОЛНОЕ, ГОЛОВКА ПЛОДА В УЗКОЙ ЧАСТИ ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА, СТРЕЛОВИДНЫЙ ШОВ В ПРАВОМ КОСОМ РАЗМЕРЕ, МАЛЫЙ РОДНИЧОК К ПЕРЕДИ; ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. операция акушерские щипцы б. кесарево сечение в. вакуум-экстракция г. краниотомия 	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>22. ИМЕЮТСЯ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ПОЛОСТНЫЕ АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ; ПЛОД ЖИВОЙ, СРЕДНИХ РАЗМЕРОВ; ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОТКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПОЛНОЕ, ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ НЕТ, ГОЛОВКА ПЛОДА В ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА, СТРЕЛОВИДНЫЙ ШОВ В ЛЕВОМ КОСОМ РАЗМЕРЕ, МАЛЫЙ РОДНИЧОК СПРАВА СПЕРЕДИ; В КАКОМ РАЗМЕРЕ МАЛОГО ТАЗА НАДО НАЛОЖИТЬ ЩИПЦЫ И КАКАЯ ЛОЖКА ЩИПЦОВ ПРИ ЭТОМ БУДЕТ "БЛУЖДАЮЩЕЙ"?</p> <ul style="list-style-type: none"> а. в правом косом размере, "блуждающая" левая ложка б. в левом косом размере, "блуждающая" левая ложка в. в левом косом размере, "блуждающая" правая ложка г. в правом косом размере, "блуждающая" правая ложка 	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>23. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИЗВЛЕЧЕНИЯ ПЛОДА ЗА ТАЗОВЫЙ КОНЕЦ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. острая гипоксия плода б. живой плод в. крупный плод г. ножное предлежание плода 	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>24. ПОСЛЕОПЕРАЦИИ АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ КОНТРОЛЬНОЕ РУЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОЛОСТИ МАТКИ ПРОИЗВОДЯТ</p> <ul style="list-style-type: none"> а. обязательно б. не обязательно в. только если началось кровотечение г. только при крупном плоде 	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>25. ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ КОМБИНИРОВАННОГО КЛАССИЧЕСКОГО АКУШЕРСКОГО ПОВОРОТА ПЛОДА НА НОЖКУ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. поперечное положение второго плода при двойне б. неустойчивое положение плода в. поперечное положение г. косое положение плода 	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.

Ответы на тесты:

Во всех тестах – а

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена.

Оценочные средства:

1. Вопросы к экзамену
2. Ситуационные задачи

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности

5.1.1. Вопросы к экзамену по дисциплине *Акушерство*

Вопросы	Код компетенции (согласно РПД)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Структура и организация работы акушерского стационара. Правила содержания структурных подразделений акушерских стационаров (приемно-смотровое отделение, родовое отделение). Санитарно-эпидемиологический режим в роддомах. Показания к приему и переводу беременных, рожениц и родильниц в наблюдательное отделение акушерского стационара. 2. Таз с акушерской точки зрения. Плоскости и размеры таза. 3. Плод как объект родов. Размеры головки и туловища плода. Признаки зрелости новорожденного. 4. Акушерская терминология: членорасположение и положение плода в матке, его предлежание, позиция и вид, вставление. 5. Современное учение о менструальном цикле и его регуляции. 6. Диагностика беременности. Признаки беременности. Способы определения срока беременности, срока родов, даты предоставления дородового отпуска. Гигиена и питание беременных. Психологическая и физическая подготовка беременных к родам. 7. Методы исследования беременных и рожениц. Наружное акушерское исследование беременных и рожениц. Тазоизмерение. Аускультация сердечных тонов плода 8. Структура и организация работы женской консультации, ее основные задачи. Диспансеризация беременных женщин. Выделения групп риска. Роль женской консультации в профилактике осложнений беременности и родов. 9. Способы определения срока беременности, срока родов, даты предоставления отпуска по беременности и родам. 10. Современные методы исследования состояния плода (КТГ, УЗИ, биофизический профиль плода, гормональная диагностика, оценка КОС в родах). 11. Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания. 12. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания. 13. Отношение головки к плоскостям таза. Понятие о сегментах головки. 14. Причины наступления родов. Понятие о готовности организма к родам. Клиника и ведение первого периода физиологических родов. 15. Причины наступления родов. Понятие о готовности организма к родам. Периоды родов. Продолжительность родов. Современные методы регистрации сократительной деятельности матки. 16. Причины наступления родов. Понятие о готовности организма к родам. Клиника и ведение второго периода физиологических родов. Акушерское пособие во втором периоде родов. 17. Первичный и вторичный туалет новорожденного. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар и Сильвермана. Понятие о зрелости новорожденного. 18. Течение и ведение последового периода. Признаки отделения плаценты. Способы выделения последа. Понятие о физиологической и патологической кровопотере. 19. Тазовое предлежание. Классификация. Причины. Диагностика. Биомеханизм родов. Течение и ведение беременности. 20. Тазовые предлежания. Особенности течения родов. Ведение первого и второго периода родов. Ручное пособие по Цовьянову. 21. Тазовые предлежания. Особенности течения родов. Ведение первого и второго периода родов. Ведение родов по Н.А. Цовьянову. Классическое ручное пособие. 22. Переднеголовное предлежание плода. Причины, диагностика. Биомеханизм родов. Течение и ведение родов. 23. Лобное предлежание плода. Причины, диагностика. Биомеханизм родов. Течение родов. Акушерская тактика. 24. Лицевое предлежание плода. Причины, диагностика. Биомеханизм родов. Течение и ведение родов. 25. Поперечные положения плода. Причины, диагностика. Ведение беременности. Акушерская тактика. 26. Рвота беременных. Клиника, диагностика, лечение. 27. Преэклампсия. Современные представления об этиологии и патогенезе. Классификация. Ранняя и поздняя ПЭ. Клиническая картина. 28. Преэклампсия. Профилактика. Роль женской консультации в профилактике преэклампсии. Скрининг преэклампсии. Особенности наблюдения и ведения беременных групп риска в условиях женской консультации. 29. Преэклампсия умеренной степени. Клиника, диагностика, лечение, профилактика. 30. Преэклампсия тяжелой степени. Клиника, диагностика, интенсивная терапия, профилактика. 31. Эклампсия. Классификация. Клиника, диагностика, Роль В.В. Строганова в разработке принципов лечения эклампсии. Интенсивная терапия. Акушерская 	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>

- тактика.
32. Современные принципы лечения преэклампсии. Течение и ведение родов. Реабилитация родильниц, перенесших во время беременности преэклампсию.
 33. Течение и ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке.
 34. Заболевания сердца (пороки сердца) и беременность. Течение беременности. Степени риска. Диспансеризация женщин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
 35. Течение и ведение родов у женщин с пороками сердца. Показания к абдоминальному родоразрешению.
 36. Переносная беременность. Этиология, патогенез. Диагностика. Влияние перенашивания на плод.
 37. Невынашивание беременности. Причины, классификация. Диагностика. Диспансеризация женщин с невынашиванием беременности. Роль женской консультации в профилактике невынашивания беременности.
 38. Преждевременные роды. Этиология. Классификация. Факторы риска. Диагностика.
 39. Преждевременные роды. Врачебная тактика, терапия, особенности токолиза, профилактики СДР плода, маршрутизация. Методы профилактики.
 40. Преждевременные роды. Особенности ведения родов. Врачебная тактика при ПРПО. Методы профилактики преждевременных родов
 41. Иммунологическая несовместимость крови матери и плода. Понятие о резус-факторе, его свойства. Этапы резус-конфликта.
 42. Иммунологическая несовместимость крови матери и плода. Этап резус-конфликта. Типы иммунных антител. Факторы риска.
 43. Иммунологическая несовместимость крови матери и плода. Этап резус-конфликта. Гемолитическая болезнь плода, патогенез, классификация, диагностика, акушерская тактика.
 44. Иммунологическая несовместимость крови матери и плода. Ведение беременности. Специфическая иммунопрофилактика.
 45. Понятие об узком тазе: анатомический и клинический узкий таз. Классификация суженных тазов. Этиология. Диагностика.
 46. Общеравномерносуженный таз. Характеристика. Биомеханизм родов.
 47. Плоские тазы. Формы, особенности этиологии. Простой плоский таз. Характеристика. Особенности биомеханизма родов.
 48. Плоские тазы. Формы, особенности этиологии Плоскорихитический таз. Характеристика. Особенности биомеханизма родов.
 49. Поперечносуженный таз. Этиология. Характеристика. Диагностика. Особенности биомеханизма родов.
 50. Течение беременности и родов при суженных тазах. Функциональная оценка таза в родах.
 51. Клинически узкий таз. Причины. Диагностика. Акушерская тактика.
 52. Разрывы матки. Этиология. Механизмы возникновения и классификация. Особенности разрыва матки по рубцу. Оценка полноценности рубца на матке. Профилактика.
 53. Угрожающий разрыв матки. Клиника, диагностика, лечение и профилактика. Особенности угрожающего разрыва матки по рубцу.
 54. Совершившийся разрыв матки. Клиника, диагностика, лечение и профилактика. Особенности разрыва матки по рубцу.
 55. Аномалии родовой деятельности. Этиология и патогенез. Классификация. Современные методы диагностики. Профилактика нарушений сократительной деятельности матки в родах.
 56. Первичная слабость схваток. Причины, клиника, диагностика, терапия.
 57. Вторичная слабость схваток, потуг. Причины, клиника, диагностика, терапия. Профилактика.
 58. Дискоординированная родовая деятельность. Причины, клиника, диагностика, лечение.
 59. Быстрые и стремительные роды. Причины, клиника, неотложная помощь.
 60. Предлежание плаценты. Понятие о нижнем сегменте. Низкая плацентация. Этиология, патогенез. Классификация, клиника, диагностика.
 61. Предлежание плаценты. Течение и ведение беременности и родов. Акушерская тактика.
 62. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, терапия.
 63. Кровотечения в послеродовом периоде. Причины, клиника, диагностика. Акушерская тактика. Профилактика.
 64. Плотное прикрепление и приращение плаценты. Причины, клиника, диагностика. Акушерская тактика.
 65. Кровотечения в раннем послеродовом периоде. Причины, клиника, диагностика. Факторы риска кровотечений в раннем послеродовом периоде. Лечение и профилактика.
 66. Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде. Причины, клиника. Неотложная помощь. Профилактика.
 67. Послеродовый эндометрит. Этиология, клинические и патогенетические

<p>формы. Клиника, диагностика, терапия и профилактика.</p> <p>68. Послеродовый сепсис. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, терапия и профилактика.</p> <p>69. Послеродовый (лактационный) мастит. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение. Роль женской консультации в профилактике заболеваний молочной железы.</p> <p>70. Дистресс плода. Гипоксия плода. Этиология, патогенез, классификация, методы диагностики. Гипоксия плода. Лечение и профилактика. Акушерская тактика.</p> <p>71. Асфиксия новорожденного. Причины, клиника, диагностика. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар и Сильвермана. Первичная реанимация новорожденного в родильном зале.</p> <p>72. Самопроизвольный аборт. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение и профилактика.</p> <p>73. Искусственное прерывание беременности. Показания. Условия, противопоказания. Методы прерывания беременности в ранние и поздние сроки. Осложнения и их профилактика.</p> <p>74. Внебольничный (инфицированный) аборт. Классификация, клиника, терапия. Врачебная тактика. Профилактика.</p> <p>75. Планирование семьи. Методы контрацепции. Требования, предъявляемые к контрацептивным средствам. Эффективность современных противозачаточных средств. Медицинские критерии приемлемости ВОЗ. Медико-социальные аспекты профилактики непланируемой беременности.</p> <p>76. Внутриматочная контрацепция. Теории контрацептивного действия ВМК. Виды ВМК, показания, противопоказания. Осложнения.</p> <p>77. Гормональная контрацепция. Виды. Механизмы действия. Преимущества и недостатки.</p> <p>78. Кесарево сечение в современном акушерстве. Показания, противопоказания, условия. Виды и методы операции.</p> <p>79. Операция акушерских щипцов. Показания, условия производства операции. Подготовка. Техника полостных акушерских щипцов при переднем виде затылочного предлежания.</p> <p>80. Операция акушерских щипцов. Показания. Условия производства операции. Подготовка. Техника операции выходных акушерских щипцов при переднем виде затылочного предлежания.</p> <p>81. Операция акушерских щипцов. Показания, условия производства операции. Подготовка. Техника полостных акушерских щипцов при заднем виде затылочного предлежания.</p> <p>82. Операция акушерских щипцов. Показания, условия производства операции, подготовка. Техника выходных акушерских щипцов при заднем виде затылочного предлежания.</p> <p>83. Извлечение плода за тазовый конец. Показания, условия, подготовка. Техника операции.</p> <p>84. Комбинированный (классический) поворот плода на ножку. Показания, условия, противопоказания. Техника операции.</p> <p>85. Операция ручное обследование стенок полости матки после родов. Показания, подготовка. Техника операции.</p> <p>86. Операция ручного отделения и выделения последа. Показания, подготовка, техника операции.</p> <p>87. Сахарный диабет. Влияние беременности на течение СД.</p> <p>88. Сахарный диабет. Особенности течения беременности и родов. Влияние на плод.</p> <p>89. Гестационный сахарный диабет. Диагностика. Ведение беременности и родов.</p> <p>90. Беременность и пиелонефрит. Этиология. Факторы риска заболевания. Клиническая картина. Диагностика. Течение беременности и родов. Лечение</p> <p>91. Беременность и гломерулонефрит. Степени риска. Диспансеризация.</p> <p>92. Хроническая плацентарная недостаточность. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. ЗРП.</p> <p>93. Хроническая плацентарная недостаточность. Диагностика. Лечение. Акушерская тактика, профилактика.</p>	
---	--

5.1.2. Задачи к экзамену по Акушерству

№	Задача	Код компетенции (согласно РПД)
1	В родильный дом машиной скорой помощи доставлена первобеременная женщина, 17 лет, с жалобами на головную боль, тошноту, рвоту, мелькание "мушек" перед глазами. Срок беременности 35	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5,

	<p>недель. Женскую консультацию посещала нерегулярно, последняя явка в женскую консультацию – 2 недели назад, при этом было отмечено повышение АД до 150/90 мм.рт.ст., отеки ног, протеинурия 0,6 г/л. От госпитализации отказалась. АД при поступлении 180/120 мм.рт.ст.. Женщина заторможена, выраженные отеки всего тела. Внезапно появились фибриллярные подергивания мышц лица, затем тонические и клонические судороги.</p> <p>Диагноз? Тактика врача? Какие допущены ошибки в ведении данной беременной?</p>	ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
2	<p>Повторнобеременная женщина, 38 лет, в течение 1 недели лечится в отделении патологии беременных в связи с преэклампсией умеренной степени при беременности 37-38 недель. Несмотря на проводимое лечение, АД держится на уровне 150/100 – 145/95 мм.рт.ст., сохраняется протеинурия (белок 1,0г/л/с). Матка при осмотре невозбудима, положение плода продольное, предлежание головное. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 138 уд в минуту.</p> <p>По данным влагалищного исследования – шейка матки длиной 1 см, мягкая, маточный зев пропускает свободно 2 п/палец.</p> <p>Диагноз? Тактика врача? Составьте план ведения родов.</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
3	<p>В родовом отделении находится повторнородящая 26 лет. Роды в срок. Настоящая беременность вторая. Первая закончилась своевременными родами без осложнений. Соматической патологии нет. Схватки по 35-40 сек, 4 схватки за 10 минут, средней силы. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. ВДМ – 35 см, ОЖ – 94 см. Размеры таза: 25–28–30–20. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 142 уд/мин. Влагалищное исследование: шейка сглажена, края тонкие, раскрытие маточного зева 6-7 см, плодный пузырь цел, предлежит головка. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок слева сзади и ниже уровня большого родничка, большой родничок справа спереди. Доступны исследованию все опознавательные точки малого таза, мыс не достигается.</p> <p>Диагноз? План ведения родов.</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
4	<p>Первородящая женщина, 25 лет, находится в родовом отделении с хорошо выраженной родовой деятельностью. Схватки потужного характера в течение 1 часа с частотой 4 – 4,5 за 10 минут, интенсивные. Размеры таза 27-28 -31-17 см. Индекс Соловьева 17 см. Окружность живота – 100 см. ВДМ – 38 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в м/таз. Симптом Вастена вровень. Размер Цангемайстера – 17 см. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 138 в минуту. Самостоятельно не мочится, моча выведена катетером – красного цвета. Данные влагалищного исследования: влагалище узкое. Открытие шейки матки полное. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, стреловидный шов в поперечном размере отклонен к лону. Малый родничок слева, большой справа, на одном уровне. Резко выражена конфигурация головки. Доступны исследованию все опознавательные точки малого таза. Диагональная конъюгата – 11,5 см.</p> <p>Диагноз? Тактика врача.</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
5	<p>Первобеременная, 30 лет, встала на учет по беременности в женской консультации при сроке 8 недель. В анамнезе частые инфекции верхних дыхательных путей. Из соматической патологии: артериальная гипертензия 1 ст. В сроке 11 недель беременности проведено обследование: УЗДГ маточных артерий с определением пульсационного индекса, определено среднее АД и PAPP-A. Универсальный калькулятор определил риск 1:50.</p> <p>Диагноз? Риск какого осложнения имеется в данном случае? Назначьте профилактическое лечение.</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
6	<p>В родильный дом поступила первородящая женщина, 21 года, с начавшейся 4 часа назад регулярной родовой деятельностью. Схватки средней силы, продолжительностью по 35 – 40 сек., частота схваток – 3 за 10 минут. Размеры таза: 23-26-28-18. Индекс Соловьева – 14 см.</p> <p>Положение плода продольное, предлежание головное. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 138 уд. в минуту. ОЖ – 90 см., ВДМ – 34 см.</p> <p>Данные влагалищного исследования: влагалище узкое, нерожавшей. Шейка матки сглажена, открытие 3 – 4 см. Плодный пузырь цел, хорошо наливается во время схватки. Головка плода во входе в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди, большой – справа сзади. Доступны исследованию все опознавательные точки малого таза. Диагональная конъюгата = 12 см.</p> <p>Диагноз? Составьте план ведения родов.</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
7	<p>У роженицы с преэклампсией умеренной степени с началом потуг появилась резкая головная боль, мелькание “мушек” перед глазами. АД = 180/120 – 160/100 мм.рт.ст. Выраженные отеки ног. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 138 уд. в минуту.</p> <p>Влагалищное исследование: влагалище свободное. Открытие шейки матки полное. Плодного пузыря нет. Предлежит головка. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди, большой – справа сзади. Доступны исследованию нижний край лона, седалищные бугры, верхушка копчика.</p> <p>Диагноз? Что делать?</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
8	<p>Первобеременная, 36 лет, в анамнезе бесплодие, настоящая беременность в результате ВРТ. Встала на учет по беременности в женской консультации при сроке 6-7 недель. Из соматической патологии: ожирение 1 степени. В сроке 11 недель беременности проведено обследование: УЗДГ маточных артерий с определением пульсационного индекса, определено среднее АД и PAPP-A. Универсальный калькулятор определил риск 1:80.</p> <p>Диагноз? Риск какого осложнения имеется в данном случае? Назначьте профилактическое лечение.</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
9	<p>Повторнородящая, 37 лет, встала на учет по беременности в женской консультации при сроке 6-7 недель. Из соматической патологии: хронический пиелонефрит. В анамнезе: предыдущая беременность 3 года назад осложнилась ранней преэклампсией, в связи с чем проведено досрочное родоразрешение в сроке 34 недели беременности путем операции кесарева сечения, ребенок жив. Мужу 45 лет, сам он рожден от беременности, осложненной преэклампсией.</p> <p>Диагноз? Риск какого осложнения имеется в данном случае? Назначьте дополнительное обследование и профилактическое лечение.</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
10	<p>У первородящей женщины, 26 лет, роды продолжаются 10 часов. Схватки продолжительностью по 20-25 секунд, с частотой 2 схватки за 10 минут, интенсивностью 25 мм.рт.ст., базальный тонус 6 мм.рт.ст. Воды не отходили. Положение плода продольное, предлежание головное. Окружность живота – 95 см. ВДМ – 36 см. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 132 в минуту. КТГ – нормальная кривая.</p> <p>Данные влагалищного исследования: влагалище узкое, нерожавшей. Шейка матки сглажена, края ее умеренной толщины, растяжимые, открытие – 3-4 см. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок слева, большой справа. Все опознавательные точки малого таза доступны исследованию. Мыс не достигается.</p> <p>Диагноз? Тактика дальнейшего ведения родов?</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
11	<p>В женскую консультацию впервые обратилась женщина, 23 лет, в связи с отсутствием менструации в течение 2 месяцев. Рост женщины 154 см., масса тела 50 кг. Размеры таза: 23-26-28-18. Индекс Соловьева 13 см.</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5,

	<p>При бимануальном исследовании установлено: влагалище узкое, нерожавшей. Шейка матки конической формы. Матка в правильном положении, увеличена до размеров женского кулака, мягкая, округлой формы, при пальпации безболезненная. Положительны признаки Пискачека и М.И. Горвица-Гегара. Мыс достигается. Диагональная конъюгата – 11 см.</p> <p>Диагноз? Составьте план ведения беременности.</p>	ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
12	<p>У повторнородящей женщины, 30 лет, при поступлении в родильный дом схватки были регулярными, с интенсивностью 50 мм.рт.ст., продолжительностью по 40-45 секунд, с частотой 4-4,5 схватки за 10 минут. Но через 3 часа схватки стали редкими (1-2 за 10 минут) продолжительностью по 20-25 секунд, силой 20 мм.рт.ст. Общая продолжительность родов составила 10 часов. Положение плода продольное, предлежание головное, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд в минуту. Окружность живота 100 см. ВДМ 35 см. Размеры таза 25-28-31-20 см.</p> <p>Данные влагалищного исследования: влагалище свободное, рожавшей. Шейка матки сглажена, раскрытие 7-8 см. Плодного пузыря нет. Предлежит головка. Стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок справа, большой слева выше уровня малого родничка. Доступны исследованию все опознавательные точки малого таза.</p> <p>Диагноз? Тактика дальнейшего ведения родов.</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
13	<p>У беременной с реузс-иммунизацией в сроке 28 недель беременности при УЗИГ средней мозговой артерии плода выявлено: Максимальная систолическая скорость кровотока более 1,5 MOM.</p> <p>Диагноз? Тактика ведения</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
14	<p>В женскую консультацию впервые обратилась женщина, 20 лет, в связи с отсутствием менструации в течение 2 месяцев. Беременностей не было. Имеет реузс-отрицательную принадлежность крови</p> <p>При бимануальном исследовании установлено: влагалище узкое, нерожавшей. Шейка матки конической формы. Матка в правильном положении, увеличена до размеров женского кулака, мягкая, округлой формы, при пальпации безболезненная. Положительны признаки Пискачека и М.И. Горвица-Гегара. Мыс не достигается.</p> <p>Диагноз? Составьте план ведения беременности</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
15	<p>Повторнородящая женщина, 35 лет, поступила в роддом с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 6 часов назад. Через 2 часа после поступления излились чистые околоплодные воды и начались потуги. Затем потуги ослабли стали редкими, продолжительностью по 25-30 секунд. Родоусиление в/в капельным введением окситоцина эффекта не дало. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 144 в минуту.</p> <p>Влагалищное исследование: влагалище свободное. Открытие – полное. Плодного пузыря нет. Предлежит головка. Стреловидный шов в прямом размере, малый родничок спереди, большой – сзади. Костные ориентиры малого таза не доступны пальпации, головка покрыта мягкими тканями промежности.</p> <p>Диагноз? Что делать?</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
16	<p>В родильный дом поступила первобеременная женщина, 25 лет, в сроке 40 недель с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 2 часа назад, околоплодные воды не отходили. Схватки средней силы, продолжительностью 30-35 сек., с частотой 3 схватки за 10 минут. Размеры таза: 26-29-31-21 см. ОЖ – 110 см., ВДМ – 42 см. При наружном акушерском исследовании определяются в дне матки 2^е крупные части мягковатой консистенции, неправильной формы. Над входом в таз головка плода. Сердцебиение плода выслушивается справа на уровне пупка ясное, ритмичное, 144 удара в минуту и слева ниже пупка, 136 уд. в мин.</p> <p>Данные влагалищного исследования: влагалище узкое, шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 4 см. Плодный пузырь цел, наливается во время схватки. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева спереди, большой справа сзади. Мыс не достигается. Исследованию доступны все опознавательные точки малого таза.</p> <p>Диагноз? Составьте план ведения родов. Какие ошибки допущены врачом женской консультации?</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
17	<p>В роддом поступила первородящая женщина, 25 лет, при беременности 38 недель с жалобами на боли внизу живота, слабость, головокружение, темные кровянистые выделения из половых путей.</p> <p>Общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные с холодным липким потом. АД 160/100 – 150/100 мм.рт.ст. Пульс – 100 уд. в мин., слабого наполнения и напряжения. Отеки нижних конечностей. Матка в гипертонусе, асимметричная, болезненная при пальпации. Сердцебиение плода приглушенное, 100 уд. в мин.</p> <p>Данные влагалищного исследования (при развернутой операционной): влагалище узкое, шейка матки укорочена до 1,5 см., мягкая, цервикальный канал пропускает 1 поперечный палец. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается. Выделения темные кровянистые в небольшом количестве.</p> <p>Диагноз? Дальнейшая тактика ведения беременности.</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
18	<p>Повторнородящая женщина, 32 лет, доставлена машиной скорой помощи в роддом с жалобами на небольшие кровянистые выделения из влагалища, появившиеся ночью, в полном покое, безболезненные. Срок беременности 34 недели. В анамнезе 1 нормальные роды и 4 мед. аборта, 2 из которых осложнились эндометритом.</p> <p>Общее состояние беременной удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пульс 72 уд. в мин., АД 120/80 мм.рт.ст. D=S. Матка в нормотонусе, соответствует сроку беременности, мягкая, безболезненная. Положение плода продольное. Предлежание тазовое. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 142 в мин. При влагалищном исследовании (при развернутой операционной) установлено: шейка матки сохранена, цервикальный канал пропускает 1 поперечный палец, определяется мягкая, губчатая ткань. Во время исследования резко усилилось кровотечение.</p> <p>Диагноз? Тактика врача?</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
19	<p>В роддом машиной скорой помощи доставлена повторнородящая женщина с жалобами на регулярные схватки и небольшие кровянистые выделения из половых путей при доношенной беременности. В анамнезе: 1 нормальные роды и 6 мед. аборт. При УЗИ в сроке беременности 32 недели выявлено, что нижний край плаценты расположен на 2,5 см. выше внутреннего зева.</p> <p>Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. АД 120/80 мм.рт.ст. D=S, Пульс 78 уд. в мин. Схватки средней силы, по 30-35 сек., частота – 3 схватки за 10 минут. Матка обычной формы, безболезненная. Положение плода продольное. Предлежит головка, над входом в малый таз. Сердцебиение плода отчетливое, ритмичное, 140 уд. в мин. Влагалищное исследование: влагалище свободное, шейка матки сглажена, края тонкие, растяжимые, открытие 3-4 см. Определяются плодные оболочки и плацентарная ткань. Кровянистые выделения в скудном количестве.</p> <p>Диагноз? Что делать? Составьте план ведения родов. Ошибки, допущенные при ведении</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10

	беременной в ж/к?	
20	<p>Повторнобеременная 26 лет, впервые обратилась в ж/к по поводу внезапно появившихся умеренных кровянистых выделений из влагалища. Беременность – 3, в анамнезе 2 мед. аборта с повторным выскабливанием полости матки по поводу остатков плодного яйца. Срок беременности 28 недель. Состояние удовлетворительное. АД 110/70 – 120/80 мм.рт.ст. Пульс 70 в минуту. Матка в нормотонусе, безболезненная. Положение плода косое. Сердцебиение ясное, ритмичное, 136 в минуту.</p> <p>При осмотре зеркалами: шейка чистая, из цервикального канала умеренные ярко-кровянистые выделения.</p> <p>Диагноз? Что делать? Какие допущены ошибки? Тактика дальнейшего ведения?</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
21	<p>В родовом зале находится первобеременная 24 лет. Вес 70 кг., рост 165 см. Беременность осложнилась анемией легкой степени. В I периоде родов проводилось родоусиление окситоцином по поводу первичной слабости родовой деятельности. Произошли роды доношенным живым ребенком массой 3600 гр. Через 15 минут самостоятельно отделился и выделился послед. Осмотрен – цел. Кровопотеря составила 350 мл. Началось кровотечение. Матка при пальпации дряблая. Кровотечение продолжается.</p> <p>Диагноз? Тактика врача?</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
22	<p>Повторнобеременная 28 лет находится в родовом зале с регулярной родовой деятельностью, развившейся 8 часов назад. В анамнезе 3 мед. аборта, один из которых осложнился эндометритом. Настоящая беременность осложнилась преэклампсией умеренной степени (отеки голеней, протеинурия 0,6 г/л/с, АД 140/100 мм.рт.ст.). Вес 70 кг., рост 164 см. Через 2 часа произошли роды живым доношенным ребенком массой 4000 г. После рождения плода, в целях профилактики кровотечения, начато в/в капельное введение 5 ЕД окситоцина в 500 мл 0,9% раствора NaCl. Через 10 минут после рождения ребенка кровопотеря составила 350 мл. Кровотечение продолжается. Признаков отделения плаценты нет.</p> <p>Диагноз? Тактика врача?</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
23	<p>В роддом машинной скорой помощи доставлена первобеременная женщина 24 лет, в сроке 36 недель с жалобами на внезапно возникшую боль внизу живота, слабость, головокружение, кровянистые выделения из половых путей. В течение 6 лет страдает артериальной гипертензией I ст.</p> <p>При осмотре матки в гипертонусе, болезненная при пальпации. Части плода пальпировать не удалось. Сердцебиение плода не выслушивается. Было решено немедленно женщине родоразрешить путем операции кесарева сечения. Во время операции обращал на себя внимание “пестрый” вид матки и повышенная кровоточивость тканей. Общая кровопотеря после операции составила 1200 мл. Сразу после завершения кесарева сечения при наружном массаже выделилось еще 400 мл. крови с рыхлыми сгустками, которые лизировались. Матка дряблая, больших размеров. Кровотечение из половых путей продолжается. Отмечается кровоточивость послеоперационного шва, петехиальная сыпь на коже. В анализах крови: время свертывания 15 мин., тромбиновое время 120 сек., количество тромбоцитов 50×10^9 в л., фибриноген 1,5 г/л, “+” этаноловый тест.</p> <p>Диагноз? Дальнейшая тактика? Какие допущены ошибки?</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
24	<p>В родовом зале находится роженица 17 лет. Беременность – I. Первый период родов протекал без осложнений. Родился живой доношенный ребенок массой 4000 г. Через 15 минут самостоятельно отделился и выделился послед. При осмотре обнаружен дефект дольки плаценты, рваные оболочки. Кровопотеря составила 150 мл. Кровотечения нет.</p> <p>Диагноз? Что делать?</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
25	<p>В родовом отделении находится роженица с двойней. Регулярная родовая деятельность в течение 8 часов. Первый плод в головном предлежании, второй – в тазовом. Сердцебиение плодов ясное, ритмичное, 136-142 в мин. Через 2 часа родился первый живой доношенный ребенок массой 2900 г. После чего схватки ослабли, стали редкими. При очередном выслушивании сердцебиения второго плода отмечено урежение ЧСС до 100 уд. в мин.</p> <p>Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие полное, плодного пузыря нет. Предлежит головка, стреловидный шов в прямом размере, малый родничок спереди. Костные ориентиры не определяются. Головка покрыта мягкими тканями промежности.</p> <p>Диагноз? Что делать?</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
26	<p>В отделении патологии беременных поступила первобеременная пациентка 36 лет. Срок беременности 41⁺² недель. В анамнезе 1 мед. аборт без осложнений. Соматической патологии не обнаружено. Положение плода продольное. Предлежание головное. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное 136 уд. в мин. На КТГ выявлен “немой” тип базального ритма, ареактивный НСТ тест. При УЗДГ – нарушение МППК I В ст. На эхограмме обнаружены в плаценте включения повышенной акустической плотности различных размеров, маловодие.</p> <p>Данные влагалищного исследования: влагалище узкое, шейка матки расположена эксцентрично – кзади, длиной 3 см., плотная, цервикальный канал с трудом пропускает кончик пальца. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижата ко входу малый таз. Мыс не достигается.</p> <p>Диагноз? Дальнейшая тактика ведения беременности.</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
27	<p>В ОПБ роддома поступила первобеременная 37 лет в сроке 35 недель с анемией средней степени тяжести. Из анамнеза известно, что женщина в течение 7 лет лечилась от бесплодия. Вес 92 кг., рост 164 см. В течение последней недели отмечает уменьшение двигательной активности плода.</p> <p>При осмотре: женщина повышенного питания. АД 120/80 мм.рт.ст. D=S, пульс 70 в мин. Положение плода продольное. Предлежание головное. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное, 144 в мин.</p> <p>Диагноз? Составьте план ведения беременности. Какое обследование необходимо назначить?</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
28	<p>В родовом отделении находится роженица 26 лет с регулярной родовой деятельностью, которая развилась после патологического прелиминарного периода. Срок беременности 41 неделя. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. ВДМ 40 см., ОЖ 102 см. На КТГ зарегистрированы поздние децелерации на фоне “монотонного” типа базального ритма. Срочно взята кровь из кожи предлежащей головки – рн –7,15. Данные влагалищного исследования: влагалище свободное, шейка матки сглажена, открытие маточного зева 6-7 см. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере. Малый родничок слева, большой справа. Исследованию доступны все опознавательные точки малого таза. Мыс не достигается.</p> <p>Диагноз? Что делать?</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
29	<p>У пациентки 28 лет, беременность осложнилась анемией средней степени на фоне хронического пиелонефрита. В сроке беременности 34 недели высота дна матки 30 см., окружность живота 86 см. Положение плода продольное, предлежание головное. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 136 в минуту.</p> <p>Диагноз? Дополнительные методы исследования? Тактика врача?</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
30	<p>В родильный дом поступила первобеременная 17 лет с регулярной родовой деятельностью. При</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1,

	<p>осмотре: состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм.рт.ст. D=S, пульс 76 в минуту. ОЖ 94 см., ВДМ 37 см. Через 10 минут отошли околоплодные воды с примесью мекония. Положение плода продольное, головка в полости таза. Сердцебиение плода приглушенное до 100 в минуту. Влагалищное исследование: Влагалище нерожавшей женщины, открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет. Предлежит головка, стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева спереди. Доступны исследованию нижний край лона, седалищные бугры, верхушка копчика.</p> <p>Диагноз? Что делать?</p>	ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
31	<p>У первородящей женщины закончился второй период. Родился живой доношенный мальчик в заднем виде затылочного предлежания с тугим двукратным обвитием пуповины вокруг шеи, массой 4000 г., ростом 51 см. Крик слабый, отмечается брадипноэ, сердцебиение 100 уд. в минуту, кожные покровы с цианозом ладошек и стоп, мышечный тонус снижен, пяточный рефлекс вялый.</p> <p>Диагноз? Врачебная тактика, лечебные мероприятия?</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
32	<p>У повторнородящей с резус отрицательной принадлежностью крови в сроке 26 недель в анализах крови на наличие резус-антител обнаружен титр 1:8. В анамнезе 2 медицинских аборта без осложнений.</p> <p>Диагноз? Дальнейшая тактика ведения беременности. Какое дополнительное обследование необходимо провести?</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
33	<p>Повторнородящая, 35 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на задержку менструации. Менструальный цикл регулярный. Последняя менструация - 3 месяца назад. В анамнезе 1 преждевременные роды в сроке 32-33 недели беременности. При бимануальном исследовании: матка увеличена до 11 - 12 недель беременности, безболезненная при пальпации, мягкая. Шейка матки сохранена, наружный зев закрыт.</p> <p>Диагноз? План ведения беременности?</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
34	<p>К врачу женской консультации обратилась повторнородящая К., 27 лет, с жалобами на тянущие, периодически усиливающиеся до схваткообразных, боли в низу живота, кровянистые выделения из влагалища. Из анамнеза: первая беременность была прервана путем медицинского аборта, 2 последующих закончились самопроизвольными выкидышами. Состоит на учете по беременности в женской консультации с 5 - 6 недель. Менструации регулярные, последняя - 2 месяца назад.</p> <p>При бимануальном исследовании обнаружено: матка увеличена до 8 недель беременности, возбудимая при пальпации, безболезненная. Шейка матки сохранена, наружный зев пропускает кончик пальца. Выделения из влагалища кровянистые, умеренные.</p> <p>При УЗИ: в полости матки - плодное яйцо с живым эмбрионом; между стенкой матки и плодным яйцом, на протяжении 1/3 площади его прикрепления визуализируется гематома.</p> <p>Диагноз? Тактика ведения?</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
35	<p>В гинекологическое отделение поступила беременная 23 лет с жалобами на выраженные схваткообразные боли в низу живота, обильные кровянистые выделения из влагалища. Последняя менструация - 3 месяца назад.</p> <p>При осмотре: выделения из влагалища кровянистые, обильные; бимануально: тело матки увеличено до 11 - 12 недель беременности, плотноватое при пальпации, безболезненное, шейка матки несколько укорочена, цервикальный канал пропускает палец; в цервикальном канале пальпируется плодное яйцо.</p> <p>Диагноз? Тактика ведения.</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
36	<p>В гинекологическое отделение поступила первобеременная 17 лет с жалобами на тянущие боли в низу живота, кровянистые выделения из влагалища. Состоит на учете по беременности в женской консультации с 5 - 6 недель. Последняя менструация была 3 месяца назад. В течение нескольких дней беспокоили тянущие боли в низу живота, скудные кровянистые выделения из половых путей. Накануне боли резко усилились, приняли характер схваткообразных, кровотечение стало обильным, со сгустками.</p> <p>На момент поступления - состояние удовлетворительное, пульс 82 уд/мин, АД 110/70 мм.рт.ст, выделения из влагалища кровянистые, незначительные. Бимануально: тело матки увеличено до 7 - 8 недель беременности, мягковатой консистенции, безболезненное. Шейка сформирована, цервикальный канал пропускает 1 палец.</p> <p>Диагноз? Врачебная тактика?</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
37	<p>В гинекологическое отделение поступила экстрено первобеременная женщина 23 лет с жалобами на тянущие, периодически усиливающиеся до схваткообразных, боли в низу живота, кровянистые выделения из влагалища в сроке беременности 13-14 недель. Состоит на учете по беременности в женской консультации с 5 - 6 недель. Резус-отрицательная принадлежность крови, резус-антител нет.</p> <p>При бимануальном исследовании обнаружено: матка увеличена до 13-14 недель беременности, возбудимая при пальпации, безболезненная. Шейка матки сохранена, наружный зев пропускает кончик пальца. Выделения из влагалища кровянистые, умеренные.</p> <p>При УЗИ: в полости матки - плодное яйцо с живым эмбрионом; между стенкой матки и плодным яйцом, на протяжении 1/3 площади его прикрепления визуализируется гематома.</p> <p>Диагноз? Тактика ведения? Какую профилактику необходимо провести в экстренном порядке?</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
38	<p>Четыре дня назад, вне стен больничного учреждения был произведен аборт при беременности 9 - 10 недель. Спустя 2 дня температура тела повысилась до 38,0° С, появились ознобы. Больная доставлена в гинекологический стационар машиной скорой помощи. На момент осмотра выявлено следующее. Общее состояние средней тяжести. Температура - 39,2° С. Пульс 106 уд.мин, АД 100/60 мм рт.ст. Больная вялая, сонливая. Кожные покровы бледные, с сероватым оттенком, местами - петехиальные кровоизлияния. Отмечается желтушность склер. Живот умеренно болезненный в нижних отделах; там же отмечаются симптомы раздражения брюшины. В приемном отделении был жидкий стул. Бимануально: матка увеличена до 6-7 недель беременности, тестоватой консистенции, болезненная, придатки несколько увеличены, чувствительные при пальпации. Шейка сохранена, цервикальный канал пропускает 1 палец.</p> <p>Диагноз? Что делать?</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
39	<p>Машиной скорой помощи в стационар доставлена родильница 24 лет. Роды 14 дней назад осложнились ручным обследованием полости матки по поводу дефекта последа. На 4-е сутки послеродового периода однократно отмечался подъем температуры до 38° С, антибактериальная терапия не проводилась. Последние 4 дня отмечает повышение температуры до 39° С, с ознобами, слабость, появилась одышка.</p> <p>Объективно. Состояние тяжелое. Т тела 38,7° С. Кожа и видимые слизистые бледные, сероватым оттенком. В легких справа - мелкопузырчатые хрипы, притупление перкуторного звука. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Ps 128 уд/мин, АД 120/80 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени на 4-5 см выступает из-под реберной дуги. Над лоном пальпируется дно матки. Осмотр зеркалами: шейка сформирована, чистая. Выделения гнойвидные, с запахом. Бимануально: матка увеличена до 11-12 недель беременности, мягкая, болезненная при пальпации. Придатки не определяются, своды свободные. Цервикальный канал пропускает 1 палец.</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10

	<p>В анализе крови Le 20x10⁹ : п – 25%, с – 55%, м - 5%, лимф – 15%, СОЭ – 45 мм/ч, токсическая зернистость нейтрофилов. В анализе мочи белок - 0,132 г/л, гиалиновые цилиндры.</p> <p>Диагноз? Дополнительные методы исследования? Терапия?</p>	
40	<p>Первобеременная женщина, 23 лет, поступила в родильный дом с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, которые начались 5 часов назад. Воды не отходили. В анамнезе – стеноз митрального клапана. По поводу которого была оперирована 1,5 года назад, с хорошим эффектом.</p> <p>Беременность протекала без осложнений, стационарного лечения не проводилось.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное, нарушений в гемодинамике нет. Положение плода продольное. Головка прижата ко входу в м/таз. Сердцебиение плода ясное, 136 уд/мин. ВДМ – 34 см, ОЖ – 100 см. Отеков нет.</p> <p>Схватки хорошей силы, по 35-40 сек., с частотой - 3-4 за 10 мин. Размеры таза: 26-28-30-20.</p> <p>Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, открытие 4 см. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере. Малый родничок – слева, большой – справа. Мыс не достигается.</p> <p>Диагноз? Дальнейшая тактика ведения родов? Какие ошибки были допущены врачом женской консультации?</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
41	<p>В ОПБ родильного дома поступила первобеременная женщина 38 лет с беременностью 37-38 недель. В 29-30 недель поставлен диагноз тазового прилегания. Выполняла гимнастики по Диканю без эффекта.</p> <p>Состояние удовлетворительное. Соматической патологии, гинекологических заболеваний нет. Матка овоидной формы. ВДМ – 40 см, ОЖ – 100 см. Положение плода продольное, в дне матки определяется головка плода, над входом в малый таз пальпируется тазовый конец. С/б плода ясное, ритмичное, 136 уд/мин., справа и выше пупка. Размеры таза: 26-28-30-21.</p> <p>По УЗИ: в полости матки один плод в тазовом предлежании. БПР – 97 см. Плацента по передней стенке, III степени зрелости, толщиной 35 мм. Вод мало.</p> <p>Диагноз? Составьте план ведения родов.</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
42	<p>В родильное отделение поступила первородящая женщина 21 года, с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, начавшиеся 8 часов назад.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное, матка с четкими контурами, безболезненная. ВДМ – 34 см, ОЖ – 100 см. Схватки регулярные, 4-4,5 за 10 мин, хорошей силы. Положение плода продольное, в дне матки определяется крупное, округлое плотное образование с четкими контурами. Спинка – справа, слева – мелкие части плода. Ко входу в малый таз прижата крупная мягкая часть плода. Сердцебиение – справа и выше пупка, 136 уд/мин, ясное, ритмичное. Размеры таза: 26-28-30-20.</p> <p>Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, открытие 7-8 см. Плодный пузырь цел. Ягодицы плода прижаты ко входу в малый таз. Межвертельная линия в правом косом размере, крестец справа, спереди. Мыс не достигается, экзостозов и костных опухолей в малом тазу нет.</p> <p>Диагноз? План ведения родов?</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
43	<p>В стационар поступила родильница с жалобами на слабость, повышение температуры до 38⁰ С, обильные кровянистые выделения с резким запахом из половых путей. Роды 7 дней назад, выписана на 5-е сутки с субфебрильной температурой. Объективно: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные. В легких – без патологии. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 110 уд/мин, АД – 120/70. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Матка болезненная при пальпации, больше по правому ребру, дно ее на 10 см выше лона. Лохии кровянистые, мутные, с запахом.</p> <p>По УЗИ: полость матки расширена, имеется эхопозитивное включение – 1x2 см. При гистероскопии видны бугристые структуры с синеватым отливом, которые резко выделяются на фоне стенок матки.</p> <p>Диагноз? Тактика врача?</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
44	<p>На четвертые сутки послеродового периода у родильницы отмечается повышение температуры тела до 38⁰ С, озноб. Роды первые. В анамнезе – хронический двусторонний аднексит.</p> <p>Объективно: состояние средней степени тяжести, кожа бледноватая, легкие и сердце без патологии. Ps - 108 уд/мин, АД – 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Матка с четкими контурами, болезненная при пальпации по правому ребру. ВДМ – 16 см. Лохии мутные, с запахом. По УЗИ: полость матки расширена, экзогенность стенок матки повышена.</p> <p>Диагноз? Тактика врача?</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
45	<p>В женскую консультацию обратилась первобеременная женщина, 30 лет. С 15 лет страдает ревматизмом, в 20 лет диагностирован стеноз митрального клапана. В настоящее время имеет беременность 6-7 недель, активную фазу ревматизма.</p> <p>Диагноз? Врачебная тактика?</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
46	<p>В родильный дом поступила повторнородящая женщина с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, начавшиеся 4 часа назад. Роды в срок.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное, гемодинамика стабильная. Живот увеличен за счет беременной матки. ВДМ – 36 см, ОЖ – 90 см. Положение плода продольное, над входом – головка плода. Сердцебиение – 136 уд/мин, ритмичное. Родовая деятельность хорошо выражена. Размеры таза: 26-28-31-20.</p> <p>Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, открытие 5-6 см. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижата ко входу в м/таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Слева и спереди – малый родничок, справа и сзади – большой, ниже малого. Мыс не достигается; доступны исследованию все опознавательные точки малого таза.</p> <p>Диагноз? План ведения родов?</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
47	<p>В роддом поступила женщина с жалобами на регулярные схваткообразные боли внизу живота. Околоплодные воды отошли 1 час назад.</p> <p>Роды в срок. Соматически здорова. Живот увеличен за счет беременной матки. ВДМ – 40 см, ОЖ – 105 см. Над входом в малый таз – головка. С/б ясное, 136 уд/мин. Частота схваток – 4 за 10 минут. Размеры таза: 25-28-29-19.</p> <p>Влагалищные исследования: влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, открытие – 6-7 см. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. В левом косом размере определяется лобный шов, слева и спереди пальпируется угол большого родничка, справа и сзади – надбровные дуги. Доступны исследованию все опознавательные точки малого таза. Мыс не достигается.</p> <p>Диагноз? Тактика врача?</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
48	<p>В роддом поступила повторнородящая женщина с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и пояснице в течение последних 5 часов. Околоплодные воды не отходили.</p> <p>Объективно: патологии со стороны внутренних органов нет. Живот увеличен за счет беременной матки. ВДМ – 35 см, ОЖ – 90 см. Положение плода продольное, над входом в малый таз – головка. С/б плода</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>

	<p>ясное, ритмичное, 136 уд/мин. Частота схваток – 4 за 10 минут, продолжительностью 40-45 сек. Размеры таза: 26-28-31-20.</p> <p>Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, открытие – 5-6 см. Плодный пузырь цел. Лицевая линия в правом косом размере. Слева и спереди определяется подбородок, справа и сзади – надбровные дуги, глазницы, переносье. Мыс не достигается. Доступны исследованию все опознавательные точки малого таза.</p> <p>Диагноз? Дальнейшая тактика?</p>	
49	<p>Повторнородящая женщина поступила в роддом. Пять часов назад начались схватки, два часа назад отошли воды.</p> <p>Объективно: соматической патологии нет. В анамнезе – одни роды. Голова не болит, зрение ясное. Живот увеличен за счет беременной матки. Схватки – 3-4 за 10 мин. продолжительностью 35-40 сек., хорошей силы. ВДМ – 38 см, ОЖ – 95 см. Положение плода продольное, предлежащая головка прижата ко входу в малый таз. С/б плода ясное, ритмичное, 136 уд/мин. Размеры таза: 26-28-30-20.</p> <p>Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, открытие – 5 см. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижата ко входу в м/таз. Лицевая линия в правом косом размере. Подбородок определяется справа и сзади, слева и спереди – надбровные дуги. Доступны исследованию все опознавательные точки малого таза. Мыс не достигается.</p> <p>Диагноз? Дальнейшая тактика?</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
50	<p>В родильный дом поступила повторнородящая женщина в сроке 40 недель, регулярно посещала женскую консультацию, было диагностировано тазовое предлежание в 30 недель, гимнастика по Диканю не дала эффекта. 6 часов назад начались схватки, воды не отходили. В анамнезе роды в тазовом предлежании без осложнений. Соматически здорова. Живот увеличен за счет беременной матки. ВДМ – 34 см, ОЖ – 90 см. Положение плода продольное, в дне матки определяется головка, над входом в малый таз – тазовый конек. С/б плода ясное, ритмичное, 136 уд/мин. Схватки по 40-45 сек., 4-4,5 за 10 мин. Размеры таза: 26-29-30-20.</p> <p>Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, открытие – 8 см. Плодный пузырь цел. Над входом в малый таз определяются ягодицы, седалищный бугры, межягодичная складка, анус, крестец с копчиком обращены влево и кпереди, межвертельная линия в левом косом размере. Доступны исследованию все опознавательные точки малого таза. Мыс не достигается.</p> <p>Диагноз? Составьте план ведения родов. Какие ошибки допущены в женской консультации?</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
51	<p>МногOROжавшая, 34 года. В анамнезе 9 беременностей, 5 родов, 2 искусственных аборта, 2 самопроизвольных выкидыша в сроке 8 и 12 недель, с выскабливанием, без осложнений. Данная беременность 10, своевременные роды. В связи со слабостью родовой деятельности проводилось родоусиление окситоцином. В конце первого периода родов появились умеренные кровянистые выделения из половых путей, внезапно ухудшилось общее состояние, появился холодный пот, АД 100/60, пульс 100 ударов в минуту. Схватки слабые. Матка напряжена, вне схватки не расслабляется, определяется локальная болезненность в области нижнего сегмента матки. Сердцебиение плода глухое, 100 уд/мин. При влагалищном исследовании: шейка сглажена, раскрытие полное, головка плода высоко над входом таз, подвижна.</p> <p>Диагноз? Врачебная тактика?</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
52	<p>На роды поступила повторнородящая С., 34 лет. I беременность закончилась кесаревым сечением в нижнем маточном сегменте по поводу первичной слабости родовой деятельности, затем - два искусственных аборта, без осложнений. Данная беременность IV, доношенная. Женскую консультацию посещала регулярно. Беременность протекала без особенностей. При поступлении: размеры таза 26-29-31-21. ОЖ – 92 см, ВДМ – 36 см. Матка с четкими контурами, при пальпации безболезненная. Положение плода продольное, предлежание головное. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 148 уд/мин. Схватки по 25 – 30 секунд, средней силы, 2 – 3 схватки за 10 минут. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие 4 см, плодный пузырь цел. Мыс не достигается. Головка прижата ко входу в малый таз, сагиттальный шов в поперечном размере. Женщина допущена к самостоятельным родам. Через 3 часа состояние роженицы резко ухудшилось. Кожные покровы бледные, АД - 80/50 мм рт. ст., пульс 90 уд/мин. Схватки слабые, матка напряжена, живот болезненный при пальпации в нижних отделах. Сердцебиение плода глухое, 100 уд/мин. Из влагалища – незначительные кровянистые выделения.</p> <p>Диагноз? Тактика? Врачебные ошибки?</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
53	<p>В отделение патологии беременных поступила беременная Н., 26 лет. Срок беременности 37 недель. Настоящая беременность вторая. Первая 2,5 года назад закончилась операцией кесарева сечения в нижнем сегменте матки поперечным разрезом, произведенной по поводу острой гипоксии плода. Послеоперационный период протекал без особенностей. Через 12 месяцев после операции была произведена гистероскопия: область предыдущего разреза на матке по своему строению не отличается от других отделов.</p> <p>Объективно: живот правильной овоидной формы, матка с четкими контурами, безболезненная, положение плода продольное, головка подвижна над входом в малый таз. ВДМ – 35 см, ОЖ – 92 см. Размеры таза: 25–28–32–21. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 142 уд/мин. Послеоперационный рубец на коже правильной линейной формы, не спаян с подлежащими тканями, при пальпации безболезненный. УЗИ: послеоперационный рубец не лоцируется, толщина стенки матки в области рубца – 4 мм. Плацента расположена по задней стенке. БПР головки плода – 92 мм.</p> <p>Диагноз? План ведения беременности.</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
54	<p>В отделение патологии беременных поступила беременная К., 28 лет. Срок беременности 38 недель. Настоящая беременность вторая. Первая 3 года назад закончилась операцией кесарева сечения в нижнем сегменте матки поперечным разрезом, произведенной по поводу упорной слабости родовой деятельности. Ребенок жив. Отмечалось лихорадочное течение послеоперационного периода. Через 12 месяцев после операции была произведена гистероскопия: в области рубца на матке визуализируются соединительнотканые волокна в виде белесоватых включений, сосудистая сеть выражена слабо.</p> <p>Объективно: живот правильной овоидной формы, матка с четкими контурами, безболезненная, положение плода продольное, головка подвижна над входом в малый таз. ВДМ – 36 см, ОЖ – 92 см. Размеры таза: 26–29–32–21. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 142 уд/мин. Послеоперационный рубец на коже неправильной, звездчатой формы, местами спаян с подлежащими тканями, при пальпации безболезненный. УЗИ: послеоперационный рубец толщиной 2 мм, в отдельных местах – ниши, слияние контуров передней и задней стенок матки. Плацента расположена по передней стенке. БПР головки плода – 92 мм.</p> <p>Диагноз? План ведения беременности</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
55	<p>В родовом отделении находится повторнородящая 28 лет. Роды в срок. Настоящая беременность вторая. Первая закончилась своевременными родами без осложнений. Соматической патологии нет. Схватки по 35-40 сек, 4 схватки за 10 минут, средней силы. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. ВДМ – 36 см, ОЖ – 92 см. Размеры таза: 26–29–32–21. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 142 уд/мин. Влагалищное исследование: шейка сглажена, края тонкие, раскрытие маточного зева 6-7 см, плодный</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10

пузырь цел, предлежит головка. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди и ниже уровня большого родничка, большой родничок справа сзади. Доступны исследованию все опознавательные точки малого таза, мыс не достигается. Диагноз? План ведения родов.	
---	--

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для экзамена

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными несущественными и недочетами, выполнены все задания в полном объеме
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристика сформированности компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения	Сформированность компетенции и в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
		профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	достаточно для решения сложных профессиональных задач
Уровень сформированности компетенций*	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Полный комплект оценочных средств для дисциплины «Название дисциплины» представлен на портале СДО Приволжского исследовательского медицинского университета – <https://sdo.pimunn.net/question/edit.php?courseid=3044&category=769%2C81&qbshowtext=0&qbshowtext=1&recurse=0&showhidden=0&showhidden=1>

Разработчик(и):

Пак С.В., доцент, к.м.н

Дата «__15__» _февраля_ 2023 г.