

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

«Основы неотложной помощи» модуль «Акушерство»

Направление подготовки (специальность): 31.05.01 Лечебное дело

Профиль направления подготовки: 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 «Основы неотложной помощи» модуль «Акушерство» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Основы неотложной помощи» модуль «Акушерство». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

(Фонды оценочных средств позволяют оценить достижение запланированных результатов, заявленных в образовательной программе.

Оценочные средства – фонд контрольных заданий, а также описание форм и процедур, предназначенных для определения качества освоения обучающимися учебного материала.)

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, ПК 2, ПК 3, ПК 10	Текущий,	Раздел Патологическое акушерство	<i>Тест Индивидуальный опрос Ситуационная задача</i>
УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3,	Промежуточный	Раздел Патологическое акушерство	<i>Тест</i>

ПК 10			
-------	--	--	--

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

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

Тест

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

Индивидуальный опрос

1. Послеродовые инфекционные заболевания: послеродовой эндометрит, мастит, сепсис, септический шок.
2. Терминальные состояния в акушерстве: HELLP-синдром, ТМА, ОЖГБ.
3. Понятие большой акушерский синдром: Преэклампсия, этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы терапии, профилактика
4. Терминальные состояния в акушерстве: Эмболия околоплодными водами, ТЭЛА, ДВС-синдром, геморрагический шок.
5. Экстрагенитальная патология и беременность: сахарный диабет
6. Изосерологическая несовместимость крови матери и плода.
7. Акушерские кровотечения на догоспитальном этапе
8. Клиника и ведение нормальных родов

4.1. Задачи для оценки компетенции:

№	Задача	Компетенция
1	<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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз? 2. Опишите все признаки беременности по группам. 3. Определение срока родов и времени предоставления отпуска по беременности и родам. 4. Акушерская терминология, все термины и их описание. 	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
2	<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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз? 2. Течение и ведение физиологического III периода родов. 3. Механизмы отделения плаценты. 4. Признаки отделения плаценты. 5. Методы выделения отделившегося последа. 6. Понятие о физиологической, пограничной, патологической и допустимой кровопотере. 	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
3	Повторнобеременная женщина 35 лет, состоит на диспансерном учете по беременности	УК 1, УК 3, ПК 2,

	<p>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.</p> <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз, Обоснуйте его 2. Первый этап проведения диагностики гестационного сахарного диабета. Критерии манифестного и гестационного сахарного диабета. 3. Показания к проведению глюкозотолерантного теста. Срок проведения второго этапа диагностики гестационного сахарного диабета. 4. Нужно ли определение глюкозы венозной плазмы через 2 часа после нагрузки у данной пациентки 5. Понятие о диабетической фетопатии. 	<i>ПК 3, ПК 10</i>
4	<p>Первобеременная, 36 лет, в анамнезе бесплодие, настоящая беременность в результате ВРТ. Встала на учет по беременности в женской консультации в сроке 6-7 недель. Из соматической патологии: артериальная гипертензия 1 ст, ИМТ 35. В сроке 11 недель беременности проведено дополнительное обследование, по результатам которого универсальный калькулятор определил риск 1:50. Мужу – 50 лет, в настоящее время второй брак, у жены в первом браке беременность осложнилась тяжелой преэклампсией.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз? 2. Риск какого осложнения имеется в данном случае? Перечислите факторы риска у данной пациентки 3. Компоненты универсального калькулятора 4. Назначьте профилактическое лечение 5. Этиология, патогенез, классификация данного осложнения 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
5	<p>На учете по беременности в женской консультации состоит первобеременная женщина 38 лет с 8 недель беременности. У женщины имеется 0(1) группа крови резус – отрицательный фактор, муж – А(II) резус – положительный тип крови. Соматической патологии не выявлено. В анамнезе – длительное бесплодие. Настоящая беременность индуцированная. Мужу – 45 лет. В ходе первого хромосомного скрининга выявлен высокий риск. Консультирована генетиком, рекомендовано проведение биопсии плаценты с целью карiotипирования. Срок беременности 15-16 недель.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз? 2. Составьте план ведения беременности. 3. Этапы и патогенез резус-конфликта. 4. Виды иммунных антител 5. Ведение беременных с резус-отрицательной принадлежностью крови. 6. Профилактика резус-сенсibilизации. 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
6	<p>В женскую консультацию обратилась повторнобеременная 34 лет с жалобами на небольшие кровянистые выделения, срок беременности 28 недель. В анамнезе 1 нормальные роды без осложнений, после 4 медицинских аборта. В сроке 18 недель проведено второе УЗИ исследование в ходе которого выявлено предлежание плаценты. 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. При осмотре зеркалами: шейка чистая, из цервикального канала алые кровянистые выделения в незначительном количестве.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз? 2. Что делать в данном случае. Какие допущены ошибки? Тактика дальнейшего ведения? 3. Причины кровотечения в III триместре беременности. Классификация, этиология и патогенез кровотечения при данной патологии. 4. Тактика и принципы ведения данной патологии. 5. Понятие о миграции плаценты. 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>

4.2. Тестовые задания для оценки компетенции:

Тестовые задания с одним вариантом ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
Раздел Патологическое акушерство	
Тема 1. Акушерские кровотечения Аномалии родовой деятельности	
<p>1. ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ – ЭТО ПАТОЛОГИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ПЛАЦЕНТА РАСПОЛАГАЕТСЯ</p> <p>а. в нижнем сегменте матки, частично или полностью перекрывая внутренний зев б. в дне матки в. в теле матки г. по задней стенке матки</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>2. РАСПОЛОЖЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ НИЗКИМ, ЕСЛИ ПРИ УЗИ МАТКИ В III ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ЕЕ НИЖНИЙ КРАЙ НЕ ДОХОДИТ ДО ВНУТРЕННЕГО ЗЕВА НА</p> <p>а. 5 см б. 7 см в. 9 см г. 11 см</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>3. ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ ЗНАЧИТЕЛЬНО ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ У БЕРЕМЕННЫХ:</p> <p>а. с артериальной гипертензией б. с миомой матки в. с кистой яичника г. с артериальной гипотонией</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>4. ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПРИ ПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ НАД ВНУТРЕННИМ ЗЕВОМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ</p> <p>а. губчатая ткань плаценты над всем внутренним зевом б. ткань плаценты и оболочки плодного пузыря в. оболочки плодного пузыря г. головка и ручка плода</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>5. ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПРИ НЕПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ НАД ВНУТРЕННИМ ЗЕВОМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ</p> <p>а. ткань плаценты и оболочки плодного пузыря б. губчатая ткань плаценты над всем внутренним зевом в. оболочки плодного пузыря г. головка и ручка плода</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>6. САМЫМ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ НИЗКОЙ ПЛАЦЕНТАЦИИ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. ультразвуковое сканирование б. наружное акушерское исследование в. внутреннее акушерское исследование г. амниоскопия</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>7. ФАКТОРОМ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИМ "МИГРАЦИЮ" ПЛАЦЕНТЫ, ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>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</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>8. ФАКТОРОМ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИМ "МИГРАЦИЮ" ПЛАЦЕНТЫ, ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>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</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>9. ФАКТОРОМ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИМ "МИГРАЦИЮ" ПЛАЦЕНТЫ, ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а. атрофия нижней части плаценты и более активное развитие верхней части плаценты б. сокращение (контракция) гладкомышечных волокон</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10

<p>в. перемещение ворсин хориона по базальной мембране матки</p> <p>г. повышенная ферментативная активность ворсин хориона перемещение (ретракции) продольных слоев миометрия в процессе беременности</p>	
<p>10. ДО КАКОГО СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ ПРОДОЛЖАЕТСЯ МИГРАЦИЯ ПЛАЦЕНТЫ</p> <p>а. до 34 недель</p> <p>б. до 14 недель</p> <p>в. до 24 недель</p> <p>г. до 40 недель</p>	<p><i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i></p>
<p>11. КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ОБУСЛОВЛЕНО</p> <p>а. дистракцией гладкомышечных волокон с отслойкой плаценты</p> <p>б. склерозированием ворсин низко расположенной плаценты</p> <p>в. дистрофическими изменениями ворсин хориона</p> <p>г. повышенным отложением фибриноидного вещества на поверхности плаценты</p>	<p><i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i></p>
<p>12. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ И НИЗКОЙ ПЛАЦЕНТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а. медицинские аборт в анамнезе</p> <p>б. преэклампсия</p> <p>в. хроническая артериальная гипертензия</p> <p>г. сахарный диабет</p>	<p><i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i></p>
<p>13. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ И НИЗКОЙ ПЛАЦЕНТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а. воспалительные заболевания матки в анамнезе</p> <p>б. преэклампсия</p> <p>в. хроническая артериальная гипертензия</p> <p>г. сахарный диабет</p>	<p><i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i></p>
<p>14. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ И НИЗКОЙ ПЛАЦЕНТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а. пороки развития матки</p> <p>б. преэклампсия</p> <p>в. хроническая артериальная гипертензия</p> <p>г. сахарный диабет</p>	<p><i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i></p>
<p>15. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНИТЬ</p> <p>а. ультразвуковое исследование</p> <p>б. радиоизотопную скинтиграфию</p> <p>в. тепловидение</p> <p>г. кардиотокографию</p>	<p><i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i></p>
<p>16. ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а. предлежание плаценты</p> <p>б. гипотония матки</p> <p>в. плотное прикрепление плаценты</p> <p>г. дефект последа</p>	<p><i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i></p>
<p>17. ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а. разрыв варикозно расширенных вен влагалища и наружных половых органов</p> <p>б. гипотония матки</p> <p>в. плотное прикрепление плаценты</p> <p>г. дефект последа</p>	<p><i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i></p>
<p>18. ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а. рак гениталий</p> <p>б. гипотония матки</p> <p>в. плотное прикрепление плаценты</p> <p>г. дефект последа</p>	<p><i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i></p>
<p>19. ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а. ПОНРП</p> <p>б. гипотония матки</p> <p>в. плотное прикрепление плаценты</p> <p>г. дефект последа</p>	<p><i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i></p>
<p>20. ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а. разрыв матки по рубцу</p> <p>б. гипотония матки</p> <p>в. плотное прикрепление плаценты</p>	<p><i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i></p>

г. дефект последа		
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	21. ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ – ЭТО	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
а. всегда наружное б. болевой синдром в. гипертонус матки г. гипоксия плода	22. ДЛЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРНО	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
а. внезапное, в покое, чаще ночью б. болевой синдром в. гипертонус матки г. гипоксия плода	23. ДЛЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРНО	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
а. безболезненное б. внутреннее или комбинированное в. гипертонус матки г. гипоксия плода	24. ДЛЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРНО	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
а. рецидивирующий характер б. внутреннее или комбинированное в. гипертонус матки г. гипоксия плода	25. ДЛЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРНО	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
а. высокое расположение предлежащей части плода б. гипертонус матки в. асимметрия формы матки г. гипоксия плода	26. ПРИ НАРУЖНОМ АКУШЕРСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
а. поперечное и косое положение плода б. гипертонус матки в. асимметрия матки г. гипоксия плода	27. ПРИ НАРУЖНОМ АКУШЕРСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
а. выраженность кровотечения б. предлежание плода (головное, тазовое) в. состояние шейки матки (сглажена, укорочена, полностью открыта) г. состояние плода (живой, мертвый)	28. НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ РОДРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ИМЕЕТ	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
а. преэклампсия б. короткая пуповина в. многоплодная беременность г. перенашивание	29. ВЕДУЩЕЙ ПРИЧИНОЙ ПОНРП ЯВЛЯЕТСЯ	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
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	30. ПРИ НЕПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ, ЗНАЧИТЕЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ РОДОВЫХ ПУТЕЙ, И ОТКРЫТИИ МАТОЧНОГО ЗЕВА НА 5-6 СМ РОДРАЗРЕШЕНИЕ ПОКАЗАНО	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
	31. У БЕРЕМЕННОЙ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ В СРОКЕ 32 НЕДЕЛИ БЕРЕМЕННОСТИ ПОЯВИЛИСЬ ПРИЗНАКИ ПОНРП.	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10

<p>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>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. ранняя амниотомия и внутривенное капельное введение спазмолитиков г. экстракция плода за тазовый конец</p>	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, 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, ПК 2, ПК 3, 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, ПК 2, ПК 3, 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, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>36. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ПОНРП ХАРАКТЕРНО</p> <p>а. гипоксия плода б. наружное кровотечение в. рецидивирующий характер кровотечения г. кровотечение внезапное, в покое, чаще ночью</p>	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<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>	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<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>	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<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>	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>40. ПРИ НАРУЖНОМ АКУШЕРСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ПОНРП ПЛАЦЕНТЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО</p> <p>а. гипертонус матки</p>	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>

<p>б. поперечное и косое положение плода в. нормальная форма матки в нормотонусе г. высокое стояние предлежащей части плода</p>	
<p>41. МАТКА КУВЕЛЕРА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ</p> <p>а. ПОНРП б. предлежании плаценты в. разрыве матки г. гипотонии матки</p>	<p><i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i></p>
<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>	<p><i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i></p>
<p>43. ЕСЛИ ПОНРП РАЗВИЛАСЬ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ</p> <p>а. кесарево сечение б. родовозбуждение в. раннюю амниотомию г. пролонгировать беременность</p>	<p><i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i></p>
<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>	<p><i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i></p>
<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>	<p><i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i></p>
<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>	<p><i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i></p>
<p>47. ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПЕРВУЮ ФАЗУ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а. частичное плотное прикрепление плаценты б. полное плотное прикрепление плаценты в. полное истинное приращение плаценты г. задержка отделившейся плаценты в полости матки</p>	<p><i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i></p>
<p>48. ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПЕРВУЮ ФАЗУ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а. частичное истинное приращение плаценты б. полное плотное прикрепление плаценты в. полное истинное приращение плаценты г. задержка отделившейся плаценты в полости матки</p>	<p><i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i></p>
<p>49. ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ В ВТОРУЮ ФАЗУ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а. задержка отделившейся плаценты в полости матки б. частичное плотное прикрепление плаценты в. полное плотное прикрепление плаценты г. частичное истинное приращение плаценты</p>	<p><i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i></p>
<p>50. ЗАДЕРЖКА ОТДЕЛИВШЕЙСЯ ПЛАЦЕНТЫ В МАТКЕ ОБЫЧНО ОБУСЛОВЛЕНА</p> <p>а. переполненным мочевым пузырем б. полным истинным приращением плаценты в. частичным плотным прикреплением плаценты г. частичным истинным приращением плаценты</p>	<p><i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i></p>
<p>51. ЗАДЕРЖКА ОТДЕЛИВШЕЙСЯ ПЛАЦЕНТЫ В</p>	<p><i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i></p>

<p style="text-align: center;">МАТКЕ ОБЫЧНО ОБУСЛОВЛЕНА</p> <p>а. нарушением сократительной способности матки б. полным истинным приращением плаценты в. частичным плотным прикреплением плаценты г. частичным истинным приращением плаценты</p>	<i>10</i>
<p style="text-align: center;">52. ЗАДЕРЖКА ОТДЕЛИВШЕЙСЯ ПЛАЦЕНТЫ В МАТКЕ ОБЫЧНО ОБУСЛОВЛЕНА</p> <p>а. спазмом маточного зева б. частичным плотным прикреплением плаценты в. полным истинным приращением плаценты г. частичным истинным приращением плаценты</p>	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p style="text-align: center;">53. ПРИ ПЛОТНОМ ПРИКРЕПЛЕНИИ ПЛАЦЕНТЫ ВОРСИНЫ ХОРИОНА, КАК ПРАВИЛО, ПРОНИКАЮТ ВГЛУБЬ СТЕНКИ МАТКИ</p> <p>а. в базальный слой слизистой оболочки б. в спонгиозный слой слизистой оболочки в. в компактный слой слизистой оболочки г. в миометрий</p>	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p style="text-align: center;">54. 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>	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p style="text-align: center;">55. 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>	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p style="text-align: center;">56. 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>	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p style="text-align: center;">57. 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>	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p style="text-align: center;">58. К ОСНОВНЫМ ПРИЧИНАМ КРОВОТЕЧЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ</p> <p>а. частичного плотного прикреплении плаценты б. задержки в матке дольки плаценты в. гипотонии матки г. в. в. разрыва родовых путей</p>	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p style="text-align: center;">59. 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>	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p style="text-align: center;">60. ДЛЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ, В ОСНОВЕ КОТОРОГО</p>	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК</i>

<p>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>	10
<p>61. 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>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>62. 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>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>63. ПОСЛЕРОДОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ -</p> <p>а. кровопотеря >1000 мл б. кровопотеря >300 мл в. кровопотеря >500 мл г. кровопотеря > 1500 мл</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>64. 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>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>65. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. окситоцин б. карбетоцин в. метилэргометрин г. мизопростол</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>66. 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>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>67. 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>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>68. 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>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>69. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ КРОВОПОТЕРЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ТРЕБУЕТ ПРЕЖДЕ ВСЕГО:</p> <p>а. произвести ручное обследование полости матки</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10

<p>б. прижать аорту в. клеммировать параметрии г. осмотреть родовые пути</p>	
<p>70. 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>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>71. 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>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>72. ПРИЧИНОЙ МЕХАНИЧЕСКОГО РАЗРЫВА МАТКИ В РОДАХ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. клинически узкий таз б. рубец на матке в. наличие в анамнезе множества аборттов г. наличие в анамнезе воспалительных изменений в миометрии</p>	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>73. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НАЧИНАЮЩЕГОСЯ РАЗРЫВА МАТКИ В РОДАХ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО:</p> <p>а. кровянистые выделения из родовых путей б. боли в области нижнего сегмента матки в. тахикардия плода г. слабость родовой деятельности</p>	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>74. ПРИЧИНОЙ ГИСТОПАТОЛОГИЧЕСКОГО РАЗРЫВА МАТКИ В РОДАХ МОЖЕТ БЫТЬ:</p> <p>а. наличие в анамнезе воспалительных изменений в миометрии б. крупный плод в. клинически узкий таз г. неправильной вставление головки</p>	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>75. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ УГРОЖАЮЩЕМ РАЗРЫВЕ МАТКИ (НА ПОЧВЕ ИЗМЕНЕНИЙ В СТЕНКЕ МАТКИ) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ</p> <p>а. болезненности нижнего сегмента матки б. сильной родовой деятельности в. затруднения мочеиспускания г. отека шейки матки</p>	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>76. ПРИЧИНЫ РАЗРЫВА МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ:</p> <p>а. несостоятельность послеоперационного рубца на матке после операции кесарева сечения б. клинически узкий таз в. анатомически узкий таз г. крупный плод</p>	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>77. К РАЗРЫВУ МАТКИ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ:</p> <p>а. рубец на матке б. предлежание плаценты в. маловодие г. преэклампсия</p>	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>Тема 2. Осложнения беременности (преэклампсия, невынашивание беременности)</p>	
<p>1. ПРЕЭКЛАМПСИЯ - ЭТО СОСТОЯНИЕ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ</p> <p>а. во время беременности б. при высоком содержании пролактина</p>	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>

<p>в. при опухоли яичников</p> <p>г. при воспалении придатков матки</p>	
<p>2. ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ УМЕРЕННОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а. артериальная гипертензия: САД ≥ 140 мм.рт.ст. или ДАД ≥ 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</p> <p>б. артериальная гипертензия: САД ≥ 140 мм.рт.ст. или ДАД ≥ 90 мм.рт.ст., 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 ≥ 160 мм.рт.ст. или ДАД ≥ 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 ≥ 160 мм.рт.ст. или ДАД ≥ 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>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>3. 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>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>4. 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>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>5. 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 гипертензия;</p>	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>6. 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>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>7. 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>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>8. 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>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>9. 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 ≥ 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 ≥ 5 г/сут. или значение «3+» по тест-полоске.</p>	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>10. 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>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>11. 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>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>

<p>12. 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> <ul style="list-style-type: none"> а. тяжелая преэклампсия; б. умеренная преэклампсия; в. гестационная АГ; г. отеки беременных. 	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>13. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ВЫРАЖЕННОЙ СТЕПЕНИ ПРОТЕИНУРИИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>14. БЕРЕМЕННЫМ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ РЕКОМЕНДОВАНО:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>15. ДЛЯ ТЯЖЕЛОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ХАРАКТЕРНО:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>16. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ АД (БЕЗОПАСНЫЙ ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА) ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>17. РАННЯЯ ПОСЛЕРОДОВАЯ ЭКЛАМПСИЯ ВОЗНИКАЕТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>18. КЛЮЧЕВЫМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА ПРЕЭКЛАМПСИИ НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ ПРИЗНАНО:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. эндотелиальная дисфункция; б. избыточное потребление жидкости; в. нейроциркуляторные расстройства; г. гормональные сдвиги. 	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>19. Поздняя послеродовая эклампсия возникает:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>20. СУЛЬФАТ МАГНИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СУДОРОГ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ ВВОДИТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>21. ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. дилтиазем; б. клонидин; в. верапамил; г. метопролол; 	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>22. ОСНОВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ПЛАНОВОЙ ТЕРАПИИ АГ У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. метилдопа, нифедипин; б. клонидин, фуросемид; в. метилдопа, урапидил; г. нифедипин, урапидил 	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>

23. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПЕРВОГО, ВВОДНОГО МОМЕНТА СУДОРОГ ПРИ ЭКЛАМПСИИ: а. мелкие фибриллярные подергивания мышц лица, век; б. клонические судороги; в. тонические судороги; г. изо рта выделяется пена, окрашенная кровью, зрачки постепенно сужаются, лицо постепенно розовеет.	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
24. ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ НЕ РЕКОМЕНДОВАНЫ: а. атенолол; б. метопролол; в. метилдопа; г. нифедипин.	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
25. 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, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
26. 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, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
27. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ПЛАНОВОЙ ТЕРАПИИ АГ У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ: а. метилдопа; б. метопролол; в. клонидин; г. урапидил.	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
28. 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, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
29. 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, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
30. 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, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
31. 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, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
32. 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, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
33. 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, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
34. САМОПРОИЗВОЛЬНЫМ ВЫКИДЫШЕМ НАЗЫВАЕТСЯ ПЕРЫВАНИЕ 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, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>

35. РАННИМ САМОПРОИЗВОЛЬНЫМ ВЫКИДЫШЕМ НАЗЫВАЕТСЯ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В СРОКЕ: а. до 12 недель б. до 6 недель в. до 8 недель г. до 10 недель	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
36. 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, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
37. 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, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
38. 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, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
39. ФАКТОР, КОТОРЫЙ ОШИБОЧНО АССОЦИИРУЮТ С РАННЕЙ ПОТЕРЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ: а. авиаперелеты б. лихорадка в. употребление алкоголя г. поздний возраст матери	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
40. 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, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
41. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПРИ НАЧАВШЕМСЯ САМОПРОИЗВОЛЬНОМ ВЫКИДЫШЕ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ: а. медикаментозная терапия, направленная на пролонгирование беременности б. выскабливание полости матки в. антибиотикопрофилактика г. медикаментозное прерывание беременности	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
42. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НЕРАЗВИВАЮЩУЮСЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ПОКАЗАНО: а. динамическое ультразвуковое исследование б. медикаментозное прерывание беременности в. вакуум-аспирация содержимого полости матки г. выскабливание полости матки	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
43. ТКАНЬ, ПОЛУЧЕННАЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВЫКИДЫША, ДОЛЖНА БЫТЬ НАПРАВЛЕНА НА ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: 44. в обязательном порядке 45. по усмотрению лечащего врача 46. по желанию пациентки 47. только при привычном выкидыше	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
48. ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ СЛЕДУЮЩУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ МОЖНО ПЛАНИРОВАТЬ: а. через 3 месяца б. через 1 месяц в. через 6 месяцев г. через 12 месяцев	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
49. С ЦЕЛЬЮ КУПИРОВАНИЯ СИМПТОМОВ УГРОЖАЮЩЕГО И НАЧАВШЕГОСЯ ВЫКИДЫША ЭФФЕКТИВНО:	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>

<ul style="list-style-type: none"> а. назначение препаратов прогестерона б. соблюдение постельного режима в. назначение препаратов магния г. назначение нестероидных противовоспалительных средств 	
<p>50. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРИЧИНАМИ ПОЗДНЕГО САМОПРОИЗВОЛЬНОГО ВЫКИДЫША ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. истмико-цервикальная недостаточность б. низкая плацентация в. гиперандрогения г. плацентарная недостаточность 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>51. ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ НАЗЫВАЮТ РОДЫ, НАСТУПИВШИЕ В СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ</p> <ul style="list-style-type: none"> а. 22 недель – 36 недель 6 дней включительно б. 37 недель в. 28 недель – 37 недель г. 24 недель – 28 недель 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>52. ОЧЕНЬ РАННИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ – ЭТО РОДЫ В</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>53. РАННИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ - ЭТО РОДЫ В</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>54. ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ ПО КЛАССИФИКАЦИИ В СООТВЕТСТВИИ СО СРОКОМ БЕРЕМЕННОСТИ, ПРИ КОТОРЫХ ИМЕЕТ МЕСТО НЕДОНОШЕННОСТЬ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ - ЭТО РОДЫ В</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>55. ПОЗДНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ - ЭТО РОДЫ В</p> <ul style="list-style-type: none"> 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; 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>56. К АНАМНЕСТИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ОТНОСИТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. 1 и более ПР в анамнезе; б. 1 и более ранний выкидыш в анамнезе в. отсутствие родов в анамнезе; г. хроническая никотиновая зависимость. 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>57. К АНАМНЕСТИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ОТНОСИТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>58. К АНАМНЕСТИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ОТНОСИТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. высокий паритет - более 4 родов в анамнезе. б. 1 и более ранний самопроизвольный выкидыш; в. хроническая никотиновая зависимость; г. отсутствие родов в анамнезе; 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>59. К АНАМНЕСТИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ОТНОСИТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. 2 и более выскабливаний полости матки. б. Хроническая никотиновая зависимость; в. 1 и более ранний выкидыш в анамнезе; г. отсутствие родов в анамнезе. 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>60. К АНАМНЕСТИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ОТНОСИТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. конизация/ампутация шейки матки. б. Хроническая никотиновая зависимость; 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>

<p>в. 1 и более ранний выкидышей в анамнезе; г. отсутствие родов в анамнезе;</p>	
<p>61. МЕТОДОМ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА ПР ЯВЛЯЕТСЯ: а. УЗ-цервикометрия; определение фибронектина или ПСИФР-1 в цервикальном секрете; б. Появление ноющих болей внизу живота/поясничной области в. Повышение тонуса матки в третьем триместре беременности г. Определение С-реактивного белка д. Методом прогнозирования риска ПР является: 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, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>62. ФАКТОРОМ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ ДЛИНА ШЕЙКИ МАТКИ а. 25 мм и менее б. 30 мм и менее в. 20 мм и менее г. 15 мм и менее</p>	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>Тема 3. Экстрагенитальная патология и беременность (Гестационный сахарный диабет, пороки сердца)</p>	
<p>63. УЛУЧШЕНИЕ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, КАК ПРАВИЛО НАБЛЮДАЕТСЯ 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>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>64. УХУЖДЕНИЕ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, КАК ПРАВИЛО НАБЛЮДАЕТСЯ 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>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>65. В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ, КАК ПРАВИЛО, В 33-34 НЕДЕЛИ БЕРЕМЕННОСТИ УЛУЧШЕНИЕ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА НАБЛЮДАЕТСЯ а. в случае отсутствия компенсации сахарного диабета б. всегда в. при хорошей компенсации сахарного диабета г. никогда</p>	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>66. КАКОЙ СИМПТОМ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЕТОПАТИИ а. макросомия плода б. плотные кости черепа в. крупные размеры доношенного плода г. отсутствие сыровидной смазки</p>	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>67. КАКОЙ СИМПТОМ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЕТОПАТИИ 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>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>68. КАКОЙ СИМПТОМ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЕТОПАТИИ а. незрелость органов и систем б. плотные кости черепа в. крупные размеры доношенного плода г. отсутствие сыровидной смазки</p>	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>69. ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ – ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ 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>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>70. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЛЮКОЗЫ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ГСД ПРОВОДЯТ а. в венозной плазме</p>	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>

<ul style="list-style-type: none"> б. в капиллярной крови в. последовательно: сначала в венозной плазме, затем в капиллярной крови, затем сравнивают г. в артериальной крови 	
<p>71. ПОРОГОВЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОЗЫ ВЕНОЗНОЙ ПЛАЗМЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГСД</p> <ul style="list-style-type: none"> а. $\geq 5,1$ ммоль/л, но $< 7,0$ ммоль/л б. $\geq 5,1$ ммоль/л, но $< 7,8$ ммоль/л в. $> 5,1$ ммоль/л, но $< 7,0$ ммоль/л г. $\geq 5,1$ ммоль/л, но $\leq 7,8$ ммоль/л 	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>72. 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> <ul style="list-style-type: none"> а. вариант нормы при беременности б. ГСД в. «манифестный» СД г. вариант нормы для небеременных 	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>73. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ГСД ДОСТАТОЧНО</p> <ul style="list-style-type: none"> а. одного аномального значения измерения уровня глюкозы венозной плазмы б. двух аномальных значений измерения уровня глюкозы венозной плазмы в. одного аномального значения измерения уровня глюкозы капиллярной крови г. двух аномальных значений измерения уровня глюкозы капиллярной крови 	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>74. ГТТ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДИТСЯ С НАГРУЗКОЙ</p> <ul style="list-style-type: none"> а. 75г глюкозы б. 100г глюкозы в. 150г глюкозы г. 200г глюкозы 	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>75. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГТТ В СЛУЧАЕ ПОЛУЧЕНИЯ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ НАТОЩАК $> 5,1$ ммоль/л</p> <ul style="list-style-type: none"> а. нагрузка глюкозой не проводится б. нагрузка глюкозой проводится втрое меньшей концентрацией в. нагрузка глюкозой проводится по общепринятым правилам г. нагрузка глюкозой проводится вдвое меньшей концентрацией 	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>76. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ГТТ С 75Г ГЛЮКОЗЫ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ ЧЕРЕЗ 1 ЧАС > 10 ммоль/л</p> <ul style="list-style-type: none"> а. через 2 часа определение глюкозы не требуется б. через 2 часа проводится по общепринятой методике в. проводится дополнительное измерение глюкозы венозной плазмы через 3 часа г. проводится четвертое дополнительное измерение глюкозы венозной плазмы через 4 часа 	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>77. КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ГСД ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ГТТ С 75Г ГЛЮКОЗЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 б. глюкоза венозной плазмы натощак $> 5,1$ ммоль/л, через 1 час $> 10,0$ ммоль/л, через 2 часа $> 8,5$ ммоль/л 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 г. глюкоза венозной плазмы натощак $< 5,1$ ммоль/л, через 1 час $< 10,0$ ммоль/л, через 2 часа $< 8,5$ ммоль/л 	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>78. ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДИТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> а. в две фазы б. в три фазы в. в четыре фазы г. в пять фаз 	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>79. ПЕРВАЯ ФАЗА ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДИТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> а. при первом обращении к врачу женской консультации б. до беременности в. при обращении в акушерский стационар г. при направлении к эндокринологу 	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>80. ПОРОГОВЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОЗЫ ВЕНОЗНОЙ ПЛАЗМЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МАНИФЕСТНОГО (ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО) СД ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ</p> <ul style="list-style-type: none"> а. глюкоза венозной плазмы натощак $\geq 7,0$ ммоль/л б. глюкоза венозной плазмы натощак $> 7,0$ ммоль/л, в. глюкоза венозной плазмы натощак $\geq 5,1$ ммоль/л, г. глюкоза венозной плазмы натощак $> 5,1$ ммоль/л, 	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>81. ВТОРАЯ ФАЗА ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДИТСЯ (ГТТ)</p> <ul style="list-style-type: none"> а. в 24-28 недель беременности 	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10

<ul style="list-style-type: none"> б. в 20-23 недели беременности в. в 29-33 недели беременности г. перед родами 	
<p>82. ГТТ ПРОВОДИТСЯ У БЕРЕМЕННЫХ</p> <ul style="list-style-type: none"> а. в случае отсутствия нарушения углеводного обмена б. с гестационным сахарным диабетом в. с сахарным диабетом 1 типа г. с сахарным диабетом 2 типа 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>83. ПЕРОРАЛЬНЫЕ САХАРОСНИЖАЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ</p> <ul style="list-style-type: none"> а. запрещены б. разрешены в. возможны г. возможны при оформлении информированного согласия 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>84. ПРОВЕСТИ 2 ФАЗЫ (ЭТАПА) ДИАГНОСТИКИ СД/ГСД И ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ СД/ГСД ДОЛЖЕН</p> <ul style="list-style-type: none"> а. акушер-гинеколог, врач общей практики, терапевт, семейный врач б. эндокринолог в. эндокринолог, имеющий специализацию по изменениям метаболизма во время беременности г. гастроэнтеролог 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>85. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ДОЛЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН</p> <ul style="list-style-type: none"> а. увеличивается б. уменьшается в. остается неизменной г. равна доле приобретенных пороков 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>86. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ КАК ИЗМЕНЯЕТСЯ ОЦК</p> <ul style="list-style-type: none"> а. увеличивается на 30-50% б. уменьшается на 30-50% от исходного в. остается неизменной г. в ранние сроки увеличивается, затем снижается 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>87. В КАКОМ СРОКЕ ПРОИСХОДИТ ИЗМЕНЕНИЯ ОЦК</p> <ul style="list-style-type: none"> а. в 26-28 недель б. в 12-14 недель в. в 20-22 неделю г. в 32-34 недели 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>88. ЗА СЧЕТ КАКОГО КОМПОНЕНТА ПРОИСХОДИТ ИЗМЕНЕНИЕ ОЦК</p> <ul style="list-style-type: none"> а. за счет плазменного компонента б. за счет клеточного компонента в. за счет плазменного и клеточного компонентов г. за счет увеличения количества тромбоцитов 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>89. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ, ВКЛЮЧАЮЩЕЕ ДАННЫЕ АНАМНЕЗА, ОБЪЕКТИВНОГО И ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> а. ревматизма необходимо провести б. оценку жалоб и анамнеза в. провести ЭКГ, ЭХОКС г. дополнительные специфические лабораторные тесты 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>90. ОПТИМАЛЬНЫЙ ПЕРИОД НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ МИТРАЛЬНОЙ КОМИССУРОТОМИИ</p> <ul style="list-style-type: none"> а. первые 2 года после операции б. первые 4 года после операции в. первые 6 лет после операции г. не имеет значения 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>91. В ПЛАНОВОМ ПОРЯДКЕ МИТРАЛЬНУЮ КОМИССУРОТОМИЮ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ В СЛЕДУЮЩИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ</p> <ul style="list-style-type: none"> а. 18 – 26 недель б. до 18 недель в. после 26 недель 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>92. ВТОРАЯ ПЛАНОВАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР ПРОВОДИТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> а. в 28-29 недель б. в 15-16 недель в. в 21-22 недели г. в 32-33 недели 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>93. КРИТИЧЕСКИЕ СРОКИ ОБОСТРЕНИЯ РЕВМАТИЗМА</p> <ul style="list-style-type: none"> а. до 14 недель 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>

б. до 8 недель в. 26-28 недель г. 38-40 недель	
94. КРИТИЧЕСКИЕ СРОКИ ОБОСТРЕНИЯ РЕВМАТИЗМА а. 18-20 недель б. до 8 недель в. 26-28 недель г. 38-40 недель	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
95. КРИТИЧЕСКИЕ СРОКИ ОБОСТРЕНИЯ РЕВМАТИЗМА а. первые две недели послеродового периода б. до 8 недель в. 26-28 недель г. 38-40 недель	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
96. 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	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
97. 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	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
98. 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	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
99. 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	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
Тема 4. Резус-фактор в акушерстве	
100. 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	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
101. РЕЗУС – ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ КРОВИ – ЭТО а. Отсутствие D-антигена эритроцита б. Наличие D-антигена эритроцита в. Наличие С-антигена эритроцита г. Наличие Е-антигена эритроцита	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
102. ЕСЛИ ОТЕЦ ИМЕЕТ ГОМОЗИГОТНЫЙ (DD) ГЕНОТИП РЕЗУС ФАКТОРА, ТО ПЛОД БУДЕТ	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10

<ul style="list-style-type: none"> а. всегда иметь резус-положительный тип крови б. в 50 % случаев иметь резус - положительный тип крови в. в 25% случаев иметь резус - положительным тип крови г. всегда иметь резус - отрицательный тип крови 	
<p>103. ЕСЛИ ОТЕЦ ИМЕЕТ ГЕТЕРОЗИГОТНЫЙ (DD) ГЕНОТИП РЕЗУС-ФАКТОРА, ТО ПЛОД БУДЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> а. В 50% случаев иметь резус – положительный тип крови б. Всегда иметь резус – положительный тип крови в. Всегда иметь резус – отрицательный тип крови г. В 25% случаев иметь резус – положительный тип крови 	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>104. В КАКОМ СЛУЧАЕ СНИЖАЕТСЯ РИСК ИММУНИЗАЦИИ ПО РЕЗУС-ФАКТОРУ У РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ЖЕНЩИНЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> а. В случае несовместимости крови по АВО – системе с отцом ребенка б. В случае одногруппной по АВО – системе крови с отцом ребенка в. В случае наличия у отца O $\alpha\beta(I)$ - группы крови г. В случае наличия у отца ребенка С-антигена эритроцита 	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>105. ПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Относятся к классу иммуноглобулинов М б. Имеют низкую молекулярную массу в. Появляются при повторном попадании антигена в кровотоки г. Проникают через плаценту к плоду 	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>106. ПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Появляются при первичном иммунном ответе б. Относятся к классу иммуноглобулинов G в. Имеют низкую молекулярную массу г. Проникают через плаценту к плоду 	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>107. ПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Не проникают через плацентарный барьер б. Относятся к классу иммуноглобулинов G в. Имеют низкую молекулярную массу г. Проникают через плаценту к плоду 	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>108. ПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Непосредственно не приводят к развитию гемолитической болезни плода б. Относятся к классу иммуноглобулинов G в. Имеют низкую молекулярную массу г. Проникают через плаценту к плоду 	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>109. НЕПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Относятся к классу иммуноглобулинов G б. Имеют крупную молекулярную массу в. Не проникают через плаценту к плоду г. Появляются при первичном иммунном ответе 	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>110. НЕПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Имеют низкую молекулярную массу б. Относятся к классу иммуноглобулинов М в. Появляются при первичном иммунном ответе г. Не проникают через плаценту к плоду 	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>111. НЕПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Появляются при повторном попадании антигена эритроцита плода в кровотоки к матери б. Имеют крупную молекулярную массу в. Не проникают через плаценту к плоду г. Относятся к классу иммуноглобулинов М 	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>112. НЕПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Проникают через плаценту к плоду б. Имеют крупную молекулярную массу в. Относятся к классу иммуноглобулинов М г. Появляются при первичном иммунном ответе 	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>113. НЕПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Непосредственно приводят к развитию гемолитической болезни плода б. Относятся к классу иммуноглобулинов М в. Имеют крупную молекулярную массу г. Появляются при первичном иммунном ответе 	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>114. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КРИТЕРИЙ РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛОЙ И ОТЕЧНОЙ ФОРМЫ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА</p> <ul style="list-style-type: none"> а. Обнаружение одновременно IgG1 и IgG3 б. Обнаружение Ig M в. Обнаружение естественных групповых α – агглютининов г. Обнаружение естественных групповых β - агглютининов 	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>115. В КАКОМ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ ПЛАНОВАЯ</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК

АНТЕНАТАЛЬНАЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКА РЕЗУС-ИММУНИЗАЦИИ а. В 28 недель беременности б. Перед родами в. В первом триместре беременности г. В 20 недель беременности	10
116. КОМУ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ ПЛАНОВАЯ АНТЕНАТАЛЬНАЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА 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	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
117. ЕСЛИ В 28 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ НЕИММУНИЗИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОЙ С РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ФАКТОРОМ НЕ БЫЛА ПРОВЕДЕНА АНТЕНАТАЛЬНАЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА, ТО 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	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
118. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ АНТЕНАТАЛЬНОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ТИТР РЕЗУС-АНТИТЕЛ а. Не определяют б. Определяют 1 раз в месяц в. Определяют 1 раз в 2 недели г. Определяют 1 раз в неделю	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
119. В КАКОЙ ДОЗЕ ПРОВОДИТСЯ ПЛАНОВАЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ АНТЕНАТАЛЬНАЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКА АНТИD-IG а. 300 мкг, 1500 МЕ б. 150 мкг, 750 МЕ в. 125 мкг, 625 МЕ г. 20 мкг, 100 МЕ	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
120. В КАКОМ СЛУЧАЕ ПРОВОДИТСЯ ПЛАНОВАЯ ПОСЛЕРОДОВАЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКА 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	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
121. КОГДА ДОЛЖНА БЫТЬ ПРОВЕДЕНА ПЛАНОВАЯ ПОСЛЕРОДОВАЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКА 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	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
122. ЕСЛИ В БЛИЖАЙШИЕ 48-72 ЧАСА ПОСЛЕ РОДОВ ПОСЛЕРОДОВАЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКА НЕ БЫЛА ПРОВЕДЕНА, ТО 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	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
123. В КАКОЙ ДОЗЕ ПРОВОДИТСЯ ПЛАНОВАЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПОСЛЕРОДОВАЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКА АНТИD-IG а. 300 мкг, 1500 МЕ б. 150 мкг, 750 МЕ в. 125 мкг, 625 МЕ г. 20 мкг, 100 МЕ	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
124. ЕСЛИ В РОДАХ БЫЛА ОПЕРАЦИЯ РУЧНОГО ОТДЕЛЕНИЯ И ВЫДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА В КАКОЙ ДОЗЕ ВВОДИТСЯ АНТИ – D - ИММУНОГЛОБУЛИН В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ а. 600 мкг, 3000 МЕ б. 300 мкг, 1500 МЕ в. 150 мкг, 750 МЕ г. 125 мкг, 625 МЕ	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
125. ЕСЛИ РОДЫ ЗАКОНЧИЛИСЬ ОПЕРАЦИЕЙ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В КАКОЙ ДОЗЕ ВВОДИТСЯ АНТИ – D - ИММУНОГЛОБУЛИН В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10

<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>126. ЕСЛИ В РОДАХ БЫЛА ПОНРП 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 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>127. В ЦЕЛЯХ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕ ЛЮБОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В СРОКЕ ДО 13 НЕДЕЛЬ ВВОДИТСЯ АНТИD-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 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>128. В ЦЕЛЯХ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕ ЛЮБОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В СРОКЕ ПОСЛЕ 13 НЕДЕЛЬ ВВОДИТСЯ АНТИD-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 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>129. В ЦЕЛЯХ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕ ЛЮБОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ КОГДА ВВОДИТСЯ АНТИD-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 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>130. 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 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>131. 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 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>132. 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 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>133. 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 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>134. КАКОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В СЛУЧАЕ РЕЗУС-ИММУНИЗАЦИИ</p> <ul style="list-style-type: none"> а. УЗДГ средней мозговой артерии плода б. УЗИ в. Кордоцентез г. амниоцентез 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>135. КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ В ХОДЕ УЗДГ 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. Систолидиастолическое отношение в. Индекс резистентности г. Пульсационный индекс 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>

<p>136. 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>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>137. 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>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>Тестовые задания по определению МСК СМА в срок 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>№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание</p>
<p>138. 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. УЗДГ в срок беременности</p> <p>б. УЗДГ в 12-13 недель беременности</p> <p>в. УЗДГ в зависимости от срока беременности</p> <p>г. Ставится вопрос о досрочном родоразрешении или переливании плоду</p> <p>д. УЗДГ в зависимости от срока беременности</p>	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>а. УЗДГ в срок беременности</p> <p>б. УЗДГ в 12-13 недель беременности</p> <p>в. УЗДГ в зависимости от срока беременности</p> <p>г. Ставится вопрос о досрочном родоразрешении или переливании плоду</p> <p>д. УЗДГ в зависимости от срока беременности</p>	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>

Ответы на тесты:

Во всех тестах – а

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

Оценочные средства:

1. Тестовые задания

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

5.1.1. Тестовые задания

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

<p>е. с 12-13 недель беременности ж. с 20-24 недель беременности з. с 33-34 недель беременности</p>	
<p>3. В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ, КАК ПРАВИЛО, В 33-34 НЕДЕЛИ БЕРЕМЕННОСТИ УЛУЧШЕНИЕ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА НАБЛЮДАЕТСЯ д. в случае отсутствия компенсации сахарного диабета е. всегда ж. при хорошей компенсации сахарного диабета з. никогда</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>4. КАКОЙ СИМПТОМ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЕТОПАТИИ д. макросомия плода е. плотные кости черепа ж. крупные размеры доношенного плода з. отсутствие сыровидной смазки</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>5. КАКОЙ СИМПТОМ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЕТОПАТИИ д. крупные или гигантские размеры плода в сочетании с макросомией е. плотные кости черепа ж. крупные размеры доношенного плода з. отсутствие сыровидной смазки</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>6. КАКОЙ СИМПТОМ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЕТОПАТИИ д. незрелость органов и систем е. плотные кости черепа ж. крупные размеры доношенного плода з. отсутствие сыровидной смазки</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>7. ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ – ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ г. гипергликемией, впервые выявленной во время беременности, но не соответствующей критериям «манифестного» сахарного диабета д. гипергликемией во время беременности гипергликемией во время беременности, родах и послеродовом периоде е. гипергликемией до беременности и во время беременности</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>8. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЛЮКОЗЫ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ГСД ПРОВОДЯТ д. в венозной плазме е. в капиллярной крови ж. последовательно: сначала в венозной плазме, затем в капиллярной крови, затем сравнивают з. в артериальной крови</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>9. ПОРОГОВЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОЗЫ ВЕНОЗНОЙ ПЛАЗМЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГСД д. $\geq 5,1$ ммоль/л, но $< 7,0$ ммоль/л е. $\geq 5,1$ ммоль/л, но $< 7,8$ ммоль/л ж. $> 5,1$ ммоль/л, но $< 7,0$ ммоль/л з. $\geq 5,1$ ммоль/л, но $\leq 7,8$ ммоль/л</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>10. 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 д. вариант нормы при беременности е. ГСД ж. «манифестный» СД з. вариант нормы для небеременных</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>11. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ГСД ДОСТАТОЧНО д. одного аномального значения измерения уровня глюкозы венозной плазмы е. двух аномальных значений измерения уровня глюкозы венозной плазмы ж. одного аномального значения измерения уровня глюкозы капиллярной крови з. двух аномальных значений измерения уровня глюкозы капиллярной крови</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>12. ГТТ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДИТСЯ С НАГРУЗКОЙ д. 75г глюкозы е. 100г глюкозы ж. 150г глюкозы з. 200г глюкозы</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>13. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГТТ В СЛУЧАЕ ПОЛУЧЕНИЯ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ НАТОЩАК $> 5,1$ ММОЛЬ/Л</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10

<ul style="list-style-type: none"> д. нагрузка глюкозой не проводится е. нагрузка глюкозой проводится втрое меньшей концентрацией ж. нагрузка глюкозой проводится по общепринятым правилам з. нагрузка глюкозой проводится вдвое меньшей концентрацией 	
<p>14. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ГТТ С 75Г ГЛЮКОЗЫ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ ЧЕРЕЗ 1 ЧАС >10 ММОЛЬ/Л</p> <ul style="list-style-type: none"> д. через 2 часа определение глюкозы не требуется е. через 2 часа проводится по общепринятой методике ж. проводится дополнительное измерение глюкозы венозной плазмы через 3 час з. проводится четвертое дополнительное измерение глюкозы венозной плазмы через 4 часа 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>15. КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ГСД ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ГТТ С 75Г ГЛЮКОЗЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> д. 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 е. глюкоза венозной плазмы натощак $> 5,1$ ммоль/л, через 1 час $> 10,0$ ммоль/л, через 2 часа $> 8,5$ ммоль/л ж. 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 з. глюкоза венозной плазмы натощак $< 5,1$ ммоль/л, через 1 час $< 10,0$ ммоль/л, через 2 часа $< 8,5$ ммоль/л 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>16. ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДИТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> д. в две фазы е. в три фазы ж. в четыре фазы з. в пять фаз 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>17. ПЕРВАЯ ФАЗА ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДИТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> д. при первом обращении к врачу женской консультации е. до беременности ж. при обращении в акушерский стационар з. при направлении к эндокринологу 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>18. ПОРОГОВЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОЗЫ ВЕНОЗНОЙ ПЛАЗМЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МАНИФЕСТНОГО (ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО) СД ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ</p> <ul style="list-style-type: none"> д. глюкоза венозной плазмы натощак $\geq 7,0$ ммоль/л е. глюкоза венозной плазмы натощак $> 7,0$ ммоль/л, ж. глюкоза венозной плазмы натощак $\geq 5,1$ ммоль/л, з. глюкоза венозной плазмы натощак $> 5,1$ ммоль/л, 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>19. ВТОРАЯ ФАЗА ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДИТСЯ (ГТТ)</p> <ul style="list-style-type: none"> д. в 24-28 недель беременности е. в 20-23 недели беременности ж. в 29-33 недели беременности з. перед родами 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>20. ГТТ ПРОВОДИТСЯ У БЕРЕМЕННЫХ</p> <ul style="list-style-type: none"> д. в случае отсутствия нарушения углеводного обмена е. с гестационным сахарным диабетом ж. с сахарным диабетом 1 типа з. с сахарным диабетом 2 типа 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>21. ПЕРОРАЛЬНЫЕ САХАРОСНИЖАЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ</p> <ul style="list-style-type: none"> д. запрещены е. разрешены ж. возможны з. возможны при оформлении информированного согласия 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>22. ПРОВЕСТИ 2 ФАЗЫ (ЭТАПА) ДИАГНОСТИКИ СД/ГСД И ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ СД/ГСД ДОЛЖЕН</p> <ul style="list-style-type: none"> д. акушер-гинеколог, врач общей практики, терапевт, семейный врач е. эндокринолог ж. эндокринолог, имеющий специализацию по изменениям метаболизма во время беременности з. гастроэнтеролог 	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>
<p>23. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ДОЛЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН</p>	<i>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</i>

<p>д. увеличивается</p> <p>е. уменьшается</p> <p>ж. остается неизменной</p> <p>з. равна доле приобретенных пороков</p>	
<p>24. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ КАК ИЗМЕНЯЕТСЯ ОЦК</p> <p>д. увеличивается на 30-50%</p> <p>е. уменьшается на 30-50% от исходного</p> <p>ж. остается неизменной</p> <p>з. в ранние сроки увеличивается, затем снижается</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>25. В КАКОМ СРОКЕ ПРОИСХОДИТ ИЗМЕНЕНИЯ ОЦК</p> <p>д. в 26-28 недель</p> <p>е. в 12-14 недель</p> <p>ж. в 20-22 неделю</p> <p>з. в 32-34 недели</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>26. ЗА СЧЕТ КАКОГО КОМПОНЕНТА ПРОИСХОДИТ ИЗМЕНЕНИЕ ОЦК</p> <p>д. за счет плазменного компонента</p> <p>е. за счет клеточного компонента</p> <p>ж. за счет плазменного и клеточного компонентов</p> <p>з. за счет увеличения количества тромбоцитов</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>27. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ, ВКЛЮЧАЮЩЕЕ ДАННЫЕ АНАМНЕЗА, ОБЪЕКТИВНОГО И ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ</p> <p>д. ревматизма необходимо провести</p> <p>е. оценку жалоб и анамнеза</p> <p>ж. провести ЭКГ, ЭХОКС</p> <p>з. дополнительные специфические лабораторные тесты</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>28. ОПТИМАЛЬНЫЙ ПЕРИОД НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ МИТРАЛЬНОЙ КОМИССУРОТОМИИ</p> <p>д. первые 2 года после операции</p> <p>е. первые 4 года после операции</p> <p>ж. первые 6 лет после операции</p> <p>з. не имеет значения</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>29. В ПЛАНОВОМ ПОРЯДКЕ МИТРАЛЬНУЮ КОМИССУРОТОМИЮ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ В СЛЕДУЮЩИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ</p> <p>г. 18 – 26 недель</p> <p>д. до 18 недель</p> <p>е. после 26 недель</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>30. ВТОРАЯ ПЛАНОВАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР ПРОВОДИТСЯ</p> <p>д. в 28-29 недель</p> <p>е. в 15-16 недель</p> <p>ж. в 21-22 недели</p> <p>з. в 32-33 недели</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>31. КРИТИЧЕСКИЕ СРОКИ ОБОСТРЕНИЯ РЕВМАТИЗМА</p> <p>д. до 14 недель</p> <p>е. до 8 недель</p> <p>ж. 26-28 недель</p> <p>з. 38-40 недель</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>32. КРИТИЧЕСКИЕ СРОКИ ОБОСТРЕНИЯ РЕВМАТИЗМА</p> <p>д. 18-20 недель</p> <p>е. до 8 недель</p> <p>ж. 26-28 недель</p> <p>з. 38-40 недель</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>33. КРИТИЧЕСКИЕ СРОКИ ОБОСТРЕНИЯ РЕВМАТИЗМА</p> <p>д. первые две недели послеродового периода</p> <p>е. до 8 недель</p> <p>ж. 26-28 недель</p> <p>з. 38-40 недель</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>34. НАСТУПЛЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПОРОКОМ СЕРДЦА РАЗРЕШАЕТСЯ ПРИ:</p> <p>д. При 1 и 2 степени риска по классификации Ваниной</p> <p>е. При 3 степени риска по классификации Ваниной</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10

<p>ж. При 4 степени риска по классификации Ваниной</p> <p>з. Если последняя атака ревматизма была в ближайшие 2 года</p>	
<p>35. 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</p> <p>д. 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.</p> <p>е. всю беременность и послеродовый период вести на варфарине, перевода на препараты гепарина не требуется</p> <p>ж. 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</p> <p>з. полностью перевести во время беременности и послеродовый период на препараты гепарина</p>	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>36. 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</p> <p>д. 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</p> <p>е. 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.</p> <p>ж. всю беременность и послеродовый период вести на варфарине, перевода на препараты гепарина не требуется</p> <p>з. полностью перевести во время беременности и послеродовый период на препараты гепарина</p>	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>37. ЕСЛИ ЖЕНЩИНА С ИСКУССТВЕННЫМ КЛАПАНОМ СЕРДЦА ПРИНИМАЕТ ВАРФАРИН В ДОЗЕ БОЛЕЕ 5 МГ НЕОБХОДИМО</p> <p>д. 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</p> <p>е. во время беременности до 35 недель и послеродовый период назначить прием варфарина, перед родами с 35 недель перевести на препараты гепарина</p> <p>ж. всю беременность и послеродовый период вести на варфарине, перевода на препараты гепарина не требуется</p> <p>з. полностью перевести во время беременности и послеродовый период на препараты гепарина</p>	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>38. РЕЗУС – ИММУНИЗАЦИЯ – ЭТО</p> <p>д. процесс образование антител в организме матери в ответ на попадание D-антигена эритроцита плода</p> <p>е. процесс образования иммунных комплексов антитело-антиген в кровотоке плода с последующим гемолизом эритроцитов</p> <p>ж. процесс образования естественных групповых α – агглютининов</p> <p>з. процесс образования естественных групповых β – агглютининов</p>	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>39. РЕЗУС – ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ КРОВИ – ЭТО</p> <p>д. Отсутствие D-антигена эритроцита</p> <p>е. Наличие D-антигена эритроцита</p> <p>ж. Наличие C-антигена эритроцита</p> <p>з. Наличие E-антигена эритроцита</p>	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>40. ЕСЛИ ОТЕЦ ИМЕЕТ ГОМОЗИГОТНЫЙ (DD) ГЕНОТИП РЕЗУС ФАКТОРА, ТО ПЛОД БУДЕТ</p> <p>д. всегда иметь резус-положительный тип крови</p> <p>е. в 50 % случаев иметь резус - положительный тип крови</p> <p>ж. в 25% случаев иметь резус - положительным тип крови</p> <p>з. всегда иметь резус - отрицательный тип крови</p>	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>41. ЕСЛИ ОТЕЦ ИМЕЕТ ГЕТЕРОЗИГОТНЫЙ (Dd) ГЕНОТИП РЕЗУС-ФАКТОРА, ТО ПЛОД БУДЕТ</p> <p>д. В 50% случаев иметь резус – положительный тип крови</p> <p>е. Всегда иметь резус – положительный тип крови</p> <p>ж. Всегда иметь резус – отрицательный тип крови</p> <p>з. В 25% случаев иметь резус – положительный тип крови</p>	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>
<p>42. В КАКОМ СЛУЧАЕ СНИЖАЕТСЯ РИСК ИММУНИЗАЦИИ ПО РЕЗУС-ФАКТОРУ У РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ЖЕНЩИНЫ</p>	<p>УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10</p>

<p>д. В случае несовместимости крови по АВО – системе с отцом ребенка</p> <p>е. В случае одногруппной по АВО – системе крови с отцом ребенка</p> <p>ж. В случае наличия у отца $O_{\alpha\beta(I)}$ - группы крови</p> <p>з. В случае наличия у отца ребенка С-антигена эритроцита</p>	
<p>43. ПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА</p> <p>д. Относятся к классу иммуноглобулинов М</p> <p>е. Имеют низкую молекулярную массу</p> <p>ж. Появляются при повторном попадании антигена в кровотоки</p> <p>з. Проникают через плаценту к плоду</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>44. ПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА</p> <p>д. Появляются при первичном иммунном ответе</p> <p>е. Относятся к классу иммуноглобулинов G</p> <p>ж. Имеют низкую молекулярную массу</p> <p>з. Проникают через плаценту к плоду</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>45. ПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА</p> <p>д. Не проникают через плацентарный барьер</p> <p>е. Относятся к классу иммуноглобулинов G</p> <p>ж. Имеют низкую молекулярную массу</p> <p>з. Проникают через плаценту к плоду</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>46. ПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА</p> <p>д. Непосредственно не приводят к развитию гемолитической болезни плода</p> <p>е. Относятся к классу иммуноглобулинов G</p> <p>ж. Имеют низкую молекулярную массу</p> <p>з. Проникают через плаценту к плоду</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>47. НЕПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА</p> <p>д. Относятся к классу иммуноглобулинов G</p> <p>е. Имеют крупную молекулярную массу</p> <p>ж. Не проникают через плаценту к плоду</p> <p>з. Появляются при первичном иммунном ответе</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>48. НЕПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА</p> <p>д. Имеют низкую молекулярную массу</p> <p>е. Относятся к классу иммуноглобулинов М</p> <p>ж. Появляются при первичном иммунном ответе</p> <p>з. Не проникают через плаценту к плоду</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>49. НЕПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА</p> <p>д. Появляются при повторном попадании антигена эритроцита плода в кровотоки к матери</p> <p>е. Имеют крупную молекулярную массу</p> <p>ж. Не проникают через плаценту к плоду</p> <p>з. Относятся к классу иммуноглобулинов М</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10
<p>50. НЕПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА</p> <p>д. Проникают через плаценту к плоду</p> <p>е. Имеют крупную молекулярную массу</p> <p>ж. Относятся к классу иммуноглобулинов М</p> <p>з. Появляются при первичном иммунном ответе</p>	УК 1, УК 3, ПК 2, ПК 3, ПК 10

Ответы на тесты:

Во всех тестах –д

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено

Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций*	Низкий	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.