**Преподаватель - Костоева Зарета Абасовна.  
  
Темы занятий осеннего семестра  
6 курс, дисциплина "Акушерство"  
  
Тема 1. Тема 1. История становления акушерско-гинекологической службы. Структура женской консультации, родильного дома. Методы обследования беременных. Нормативно-правовая база. Акушерская терминология. Таз с акушерской точки зрения. Плод как внутриутробный пациент. Плод как объект родов. Методы диагностики состояния плода.**

**Контрольные вопросы:**  
1. Основные этапы развития акушерства.  
2. Принципы, цели и задачи акушерско-гинекологической службы.  
3. Основные задачи акушерско-гинекологической службы.

4. Типы акушерско-гинекологических учреждений, их основные задачи.

5. Структура и организация работы женской консультации.

6. Структура и принцип организации работы родильного дома.

7. Нормативно-правовая база обеспечения оказания акушерско гинекологической помощи. Приказ МЗ РФ № 572н от 2012 года.

8. Национальный проект «Здоровье», программа «Родовой сертификат».

9. Оказание высококвалифицированной помощи женщинам в период беременности, во время родов и в послеродовом периоде.  
10. Наблюдение и уход за здоровыми и оказание помощи больным, недоношенным детям.  
11. Выявление, лечение и профилактика заболеваний женских половых органов.  
12. Методы пренатальной диагностики.

13. Методы диагностики в акушерстве.

**Тестовый контроль:**

1. Беременная должна встать на учет в женской консультации до срока беременности

* 1. 5 недель
* 2. 12 недель
* 3. 14 недель
* 4. 16 недель
* 5. 2O недель

2. Физиологическая беременность продолжается

* 1. 24O дней
* 2. 28O дней
* 3. 32O дней
* 4. 22O дней
* 5. 3OO дней

3. Перинатальный период продолжается

* 1. с 12 недель беременности до рождения плода
* 2. с 2O недель беременности до 7-х суток после родов включительно
* 3. с 28 недель беременности до 56-го дня после родов включительно
* 4. с 28 недель беременности до 7 суток после родов включительно
* 5. с 32 недель беременности до 7 суток после родов включительно

4. Беременная должна посещать женскую консультацию в первой половине беременности

* 1. 1 раз в неделю
* 2. 1 раз в 1O дней
* 3. 1 раз в 2 недели
* 4. 1 раз в месяц
* 5. 2 раза в триместр

5. Во второй половине беременности беременная должна посещать женскую консультацию

* 1. 1 раз в неделю
* 2. 1 раз в 1O дней
* 3. 1 раз в 2 недели
* 4. 1 раз в месяц
* 5. 2 раза в триместр

6. При наблюдении в женской консультации каждая беременная обязательно должна быть осмотрена

* 1. терапевтом, хирургом, стоматологом, лор-специалистом
* 2. терапевтом и стоматологом, при наличии показаний - другими специалистами
* 3. терапевтом, гематологом, стоматологом, венерологом
* 4. стоматологом, лор-специалистом, при наличии показаний - другими специалистами
* 5. терапевтом, инфекционистом, стоматологом, венерологом

7. Здоровая беременная должна быть осмотрена терапевтом

* 1. 2 раза за беременность
* 2. 2 раза в месяц
* 3. 2 раза в триместр
* 4. 1 раз в 2 месяца
* 5. 3 раза в месяц

8. Выкидышем называется прерывание беременности

* 1. до 12 недель
* 2. до 2O недель
* 3. до 25 недель
* 4. до 28 недель
* 5. до 3O недель

9. Женщина получает дородовый отпуск при сроке беременности

* 1. 3O недель
* 2. 32 недели
* 3. 35 недель
* 4. 28 недель
* 5. 34 недели

10. Клинический анализ крови у беременных в женской консультации проводится

* 1. 2 раза в месяц
* 2. 1 раз в месяц
* 3. 3 раза за беременность
* 4. 2 раза в триместр
* 5. 1 раз в 2 месяца

11. При наблюдении в женской консультации исследование общего анализа мочи беременным проводится

* 1. 2 раза в триместр
* 2. 1 раз в месяц
* 3. 2 раза в месяц
* 4. 1 раз в неделю
* 5. к каждому посещению врача

12. Реакция Вассермана в течение беременности проводится

* 1. 1 раз
* 2. каждые 2 месяца
* 3. 1 раз в месяц
* 4. 3 раза
* 5. 2 раза в триместр

13. Исследование мазков на гонококки Нейссера у беременных производится

* 1. 1 раз за беременность
* 2. 1 раз в месяц
* 3. каждые 2 месяца
* 4. 3 раза за беременность
* 5. 2 раза в триместр

14. Ультразвуковое исследование с целью пренатальной диагностики должно проводиться

* 1. однократно в I триместре беременности
* 2. однократно в II триместре беременности
* 3. трижды в I,II и III триместрах беременности
* 4. в I и II триместрах беременности
* 5. по строгим показаниям

15. Беременным женщинам проводится иммунопрофилактика

* 1. столбняка
* 2. кори
* 3. дифтерии
* 4. полиомиелита
* 5. стафилококковой инфекции

16. Основной задачей психопрофилактической подготовки беременной к родам является

* 1. разъяснение влияния факторов внешней среды на течение беременности и развитие плода
* 2. ознакомление с основами гигиены режима и питания беременных
* 3. разъяснение физиологической сущности родов и течения послеродового периода
* 4. устранение психогенного компонента родовой боли
* 5. ознакомление беременных со строением и функциями половых органов, клиническим течением родов

17. Психопрофилактическая подготовка беременных к родам начинается

* 1. с 12 недель
* 2. с 15-16 недель
* 3. с 2O-22 недель
* 4. с 26-28 недель
* 5. с 32-35 недель

18. Перво- и повторнобеременные начинают ощущать шевеления плода соответственно

* 1. с 16 и 14 недель
* 2. с 18 и 16 недель
* 3. с 2O и 18 недель
* 4. с 22 и 2O недель
* 5. с 24 и 22 недель

19. Влагалищное исследование при диспансерном наблюдении за беременной во II триместре

* 1. должно проводиться при подозрении на предлежание плаценты
* 2. проводится для уточнения характера предлежащей части
* 3. должно проводиться при каждой явке
* 4. проводится один раз за триместр
* 5. проводится только при наличии показаний

20. Для уточнения 3О-недельного срока беременности можно использовать

* 1. рентгенологический метод
* 2. УЗИ
* 3. ЭКГ и ФКГ плода
* 4. амниоскопию
* 5. цитологический метод

21. Признак Пискачека относится к группе

* 1. предположительных признаков беременности
* 2. сомнительных признаков беременности
* 3. вероятных признаков беременности
* 4. достоверных признаков беременности

22. Признак Горвица-Гегара относится к группе

* 1. предположительных признаков беременности
* 2. сомнительных признаков беременности
* 3. вероятных признаков беременности
* 4. достоверных признаков беременности

23. Биологические методы диагностики беременности относятся к группе

* 1. вероятных признаков беременности
* 2. предположительных признаков беременности
* 3. сомнительных признаков беременности
* 4. достоверных признаков беременности

24. Появление молозива относится к группе

* 1. вероятных признаков беременности
* 2. предположительных признаков беременности
* 3. сомнительных признаков беременности
* 4. достоверных признаков беременности

25. Среди признаков беременности раннего срока прекращение менструаций относится к группе

* 1. вероятных признаков беременности
* 2. предположительных признаков беременности
* 3. сомнительных признаков беременности
* 4. достоверных признаков беременности

26. Цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки относится к группе

* 1. вероятных признаков беременности
* 2. предположительных признаков беременности
* 3. сомнительных признаков беременности
* 4. достоверных признаков беременности

27. К сомнительным признакам беременности относятся

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

28. Вероятным признаком беременности является

* 1. регистрация движений плода
* 2. положительная иммунологическая реакция на беременность
* 3. изменение аппетита
* 4. регистрация сердечных тонов плода
* 5. ультразвуковая регистрация изображения плода

29. Достоверным признаком беременности является

* 1. изменение формы, величины и консистенции матки
* 2. тошнота, рвота по утрам
* 3. цианоз слизистой влагалища
* 4. положительная биологическая реакция
* 5. пальпация частей плода

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

* 1. асимметрией матки
* 2. сокращением матки при пальпации
* 3. увеличением матки
* 4. размягчением тела матки
* 5. размягчением перешейка матки

31. Признак Снегирева для диагностики беременности раннего срока заключается

* 1. в асимметрии матки
* 2. в размягчении перешейка
* 3. в перегибе матки
* 4. в сокращении матки при ее пальпации
* 5. в легкой смещаемости шейки матки

32. Признак Пискачека для диагностики беременности раннего срока заключается

* 1. в асимметрии матки
* 2. в усиленном перегибе матки кпереди
* 3. в размягчении перешейка матки
* 4. в сокращении матки при пальпации
* 5. в легкой смещаемости шейки матки

33. К биологическим методам диагностики беременности относятся

* 1. реакция Симолы и Нервенена
* 2. реакция Флоранса и Фельгена
* 3. реакция Ашгейма-Цондека, Галли-Майнини, Фридмана
* 4. реакции с наборами "гравидодиагностикум" и "гравимун"
* 5. реакция Кумбса

34. Иммунологический метод диагностики беременности ранних сроков основан на реакции между

* 1. прогестероном в крови и антисывороткой
* 2. хорионическим гонадотропином в моче и антисывороткой
* 3. прегнандиолом и антисывороткой
* 4. эстрогенам и антисывороткой
* 5. плацентарным лактогеном и антисывороткой

35. К диагностическим признакам, связаным с изменениями формы и консистенции беременной матки, относятся признаки

* 1. Клейна, Россье, Хохенбихлера
* 2. Роговина и Занченко-Шатц-Унтербергера
* 3. Пискачека, Снегирева, Губарева-Гауса, Горвица-Гегара, Гентера
* 4. Альфельда, Шредера и Довженко
* 5. Микулича, Штрассмана и Чукалова-Кюстнера

36. Диагностика беременности по реакции Ашгейма-Цондека основана на появлении

* 1. роста фолликулов у крольчих под влиянием хорионического гонадотропина в моче беременных
* 2. лютеинизации фолликулов у крольчих под влиянием эстрогенов в моче беременных
* 3. лютеинизации фолликулов у инфантильных самок мышей под влиянием прегнандиола
* 4. сперматозоидов в клоаке у самцов лягушек под влиянием хорионического гонадотропина в моче беременных
* 5. кровоизлияний в полость фолликулов и их лютеинизации у инфантильных самок мышей под влиянием хорионического гонадотропина в моче беременных

37. Диагностика беременности по реакции Галли-Майнини основана на влиянии

* 1. прогестерона в моче на лютеинизацию фолликулов у самок озерных лягушек
* 2. прегнандиола в моче на продукцию сперматозоидов у самцов озерных лягушек
* 3. хорионического гонадотропина в моче на продукцию сперматозоидов у самцов озерных лягушек
* 4. плацентарного лактогена в моче на продукцию сперматозоидов у самцов озерных лягушек
* 5. эстрогенов в моче на продукцию сперматозоидов у самцов озерных лягушек

38. Реакция Фридмана для диагностики беременности основана на влиянии

* 1. хорионического гонадотропина на рост фолликулов у крольчих
* 2. эстрогенов на лютеинизацию фолликулов у крольчих
* 3. прегнандиола на лютеинизацию фолликулов у крольчих
* 4. плацентарного лактогена на рост фолликулов у крольчих
* 5. хорионического гонадотропина на возникновение кровоизлияний в полость фолликулов и их лютеинизацию у крольчих

39. Максимальная высота стояния дна матки наблюдается

* 1. в 36 недель
* 2. в 38 недель
* 3. в 39 недель
* 4. в 4O недель
* 5. в начале 1-го периода родов

40. При сроке беременности 36 недель дно матки

* 1. на уровне пупка, окружность живота - 8O см
* 2. достигает мечевидного отростка, окружность живота - 9O-95 см, лобнозатылочный размер головки плода - 11-11.5 см
* 3. на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком, окружность живота - 85-9O см, лобнозатылочный размер головки плода - 9.5-1O см
* 4. на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком, окружность живота - 1OO см
* 5. на середине расстояния между пупком и лоном

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

* 1. 16 недель
* 2. 18 недель
* 3. 2O недель
* 4. 22 недели
* 5. 25 недель

42. Cрок родов у повторнородящей женщины может быть вычислен прибавлением к дате первого шевеления плода

* 1. 25 недель
* 2. 22 недель
* 3. 18 недель
* 4. 2O недель
* 5. 16 недель

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

* 1. 4 недели
* 2. 6 недель
* 3. 8 недель
* 4. 1O недель
* 5. 12 недель

44. Для уточнения срока беременности (может быть) использовано

* 1. ренгенологическое исследование
* 2. иммунологическое исследование
* 3. метод УЗИ
* 4. ФКГ и исследование плода
* 5. влагалищное исследование

45. При измерении наружной конъюгаты беременная находится в положении

* 1. стоя
* 2. лежа на спине
* 3. на боку с вытянутыми ногами
* 4. на боку с согнутой в тазобедренном и коленном суставе нижележащей ногой и вытянутой вышележащей
* 5. на боку с согнутой в тазобедренном и коленном суставе вышележащей ногой и вытянутой нижележащей

46. Измерение диагональной конъюгаты производят

* 1. для вычисления индекса Соловьева
* 2. при влагалищном исследовании
* 3. с помощью тазомера от верхнего края лона до остистого отростка 5-го поясничного позвонка
* 4. в положении женщины стоя
* 5. в положении женщины лежа на боку

47. Синтез хорионического гонадотропина происходит

* 1. в надпочечниках
* 2. в синцитиотрофобласте
* 3. в гипофизе
* 4. в яичниках
* 5. в матке

48. Первым приемом Леопольда-Левицкого определяют

* 1. высоту стояния дна матки
* 2. характер предлежащей части плода
* 3. позицию плода
* 4. вид позиции плода
* 5. отношение предлежащей части ко входу в малый таз

49. Вторым приемом Леопольда-Левицкого определяют

* 1. высоту стояния дна матки
* 2. характер предлежащей части плода
* 3. позицию плода
* 4. вид позиции плода
* 5. положение плода

50. Третьим приемом Леопольда-Левицкого определяют

* 1. высоту стояния дна матки
* 2. характер предлежащей части
* 3. позицию плода
* 4. вид позиции плода
* 5. баллотирование головки

51. Четвертым приемом Леопольда-Левицкого определяют

* 1. положение плода
* 2. характер предлежащей части плода
* 3. позицию плода
* 4. вид позиции плода
* 5. отношение предлежащей части ко входу в малый таз

52. Измерение окружности живота беременной женщины производится

* 1. в положении лежа на боку
* 2. в положении стоя
* 3. на уровне дна матки
* 4. на уровне пупка
* 5. для определения зрелости плода

53. Продолжительность послеродового отпуска у женщины при физиологическом течении беременности и родов составляет

* 1. 36 дней
* 2. 5O дней
* 3. 56 дней
* 4. 7O дней
* 5. 74 дня

**Тема 2. Биомеханизм родов при сгибательных и разгибательных предлежаниях.**

**Контрольные вопросы:**  
1.[Плод как объект родов](http://kingmed.info/articles/Akusherstvo_i_ginekologiya/Akusherstvo/article_61/Biomehanizm_rodov_pri_golovnom_predlejanii#q1)**﻿.**  
**2.** [Факторы, обусловливающие биомеханизм родов](http://kingmed.info/articles/Akusherstvo_i_ginekologiya/Akusherstvo/article_61/Biomehanizm_rodov_pri_golovnom_predlejanii#q2)**﻿**  
**3.** [Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания](http://kingmed.info/articles/Akusherstvo_i_ginekologiya/Akusherstvo/article_61/Biomehanizm_rodov_pri_golovnom_predlejanii#q3)**﻿  
4.** [Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания](http://kingmed.info/articles/Akusherstvo_i_ginekologiya/Akusherstvo/article_61/Biomehanizm_rodov_pri_golovnom_predlejanii#q4)**﻿**  
**5.** [Разгибательные вставления при головном предлежании](http://kingmed.info/articles/Akusherstvo_i_ginekologiya/Akusherstvo/article_61/Biomehanizm_rodov_pri_golovnom_predlejanii#q5)  
6. Причины образования разгибательных предлежаний.  
7. Биомеханизм родов при I степени разгибания головки.  
8. Биомеханизм родов при лицевом предлежании в заднем виде.  
9. Какие разгибательные предлежания являются абсолютным показанием к кесареву сечению?  
10. Какие моменты биомеханизма родов являются общими для всех разгибательных предлежаний?  
11. Какие осложнения у матери возникают в родах при разгибательных предлежаниях?  
12. Какие осложнения у ребенка, родившегося в разгибательных предлежаниях?  
13. Причины асинклитического вставления?  
14. Какие виды асинклитического вставления вы знаете?  
  
**Тестовый контроль:**

1. При заднем виде затылочного вставления

* 1. во входе в таз головка совершает разгибание
* 2. в выходе из таза головка совершает сгибание и разгибание
* 3. головка прорезывается окружностью 35 см
* 4. родовая опухоль формируется в области большого родничка
* 5. ведущей точкой является центр лба

2. При заднем виде затылочного вставления

* 1. во входе в таз головка совершает разгибание
* 2. головка прорезывается окружностью 34 см
* 3. ведущей точкой является область большого родничка
* 4. внутренний поворот головки чаще происходит на 135 градусов
* 5. форма головки шаровидная

3. При переднеголовном вставлении

* 1. во входе в малый таз головка совершает сгибание
* 2. в полости таза головка поворачивается затылком кпереди
* 3. головка прорезывается, совершая сгибание
* 4. головка рождается прямым размером
* 5. родовая опухоль расположена в области лба

4. При переднеголовном вставлении

* 1. ведущей точкой является область большого родничка
* 2. роды возможны только в переднем виде
* 3. роды через естественные родовые пути невозможны
* 4. родовая опухоль формируется в области малого родничка
* 5. головка рождается большим косым размером

5. При лобном вставлении в выходе из таза головка совершает

* 1. сгибание
* 2. разгибание
* 3. внутренний поворот
* 4. сгибание и разгибание
* 5. максимальное разгибание

6. При лобном вставлении в выходе из таза головка совершает

* 1. наружный поворот
* 2. сгибание
* 3. разгибание
* 4. сгибание и разгибание
* 5. внутренний поворот

7. При лицевом вставлении

* 1. головка прорезывается вертикальным размером
* 2. головка прорезывается в разгибании
* 3. ведущей точкой является надпереносье
* 4. форма головки "молоткообразная"
* 5. точкой фиксации является подбородок

8. При переднем виде затылочного вставления

* 1. ведущей точкой является большой родничок
* 2. во входе в таз головка совершает разгибание
* 3. точкой фиксации является затылочный бугор
* 4. родовая опухоль формируется в области задней теменной кости
* 5. головка рождается в разгибании

9. При заднем виде затылочного вставления роды характеризуются

* 1. стремительным течением периода раскрытия
* 2. высокой частотой акушерского травматизма
* 3. затяжным течением периода изгнания
* 4. запоздалым излитием околоплодных вод
* 5. высокой частотой инфекционных осложнений

10. Роды в тазовом предлежании встречаются с частотой

* 1. 1%
* 2. 3%
* 3. 8%
* 4. 1O%
* 5. 2O%

11. Наиболее частым этиологическим фактором возникновения тазового предлежания плода является

* 1. многоплодная беременность
* 2. неправильная форма матки
* 3. уродства плода
* 4. изменение пластического тонуса нижнего сегмента матки
* 5. крупные размеры плода

12. При тазовых предлежаниях

* 1. внутренний поворот головки не является обязательным
* 2. головка рождается в разгибании
* 3. головка рождается окружностью 35 см
* 4. первой рождается задняя ручка
* 5. форма головки "башенная"

13. При тазовых предлежаниях

* 1. можно избежать прижатия пуповины
* 2. положение плода неправильное
* 3. роды считаются патологическими
* 4. позиция плода определяется по малому родничку
* 5. наружный поворот туловища не является обязательным

14. Среди тазовых предлежаний наиболее благоприятным является

* 1. смешанное ягодичное
* 2. ножное предлежание передний вид
* 3. чистое ягодичное предлежание передний вид
* 4. ножное предлежание задний вид
* 5. чистое ягодичное предлежание задний вид

15. Наиболее неблагоприятным из тазовых предлежаний считается

* 1. чистое ягодичное
* 2. неполное ножное
* 3. полное ножное
* 4. смешанное ягодичное
* 5. коленное

16. Форма головки у новорожденных, родившихся в тазовых предлежаниях

* 1. долихоцефалическая
* 2. шаровидная
* 3. брахицефалическая
* 4. неправильная
* 5. башенная

17. Наружный поворот головки

* 1. происходит по закону неравноплечного рычага
* 2. заканчивается переходом плода в противоположную позицию
* 3. сопровождается поворотом личика в сторону, противоположную первоначальной позиции плода
* 4. завершается переходом плечиков в поперечный размер плоскости выхода из малого таза
* 5. завершается переходом плечиков в один из косых размеров плоскости выхода из малого таза

18. Внутренний поворот головки

* 1. происходит в широкой части малого таза
* 2. происходит на тазовом дне
* 3. начинается в широкой части и заканчивается на тазовом дне
* 4. происходит в плоскости входа в малый таз
* 5. начинается в плоскости входа и заканчивается на тазовом дне

19. После окончания внутреннего поворота головки

* 1. стреловидный шов устанавливается в поперечном размере входа в малый таз
* 2. стреловидный шов устанавливается в прямом размере выхода из малого таза
* 3. затылок всегда обращен кпереди
* 4. всегда следует разгибание головки
* 5. всегда следует сгибание и разгибание головки

20. Рождение головки при тазовых предлежаниях

* 1. следует за переходом плечиков в прямой размер
* 2. происходит в сгибании
* 3. происходит после образования точки фиксации в области лба
* 4. может не сопровождаться прижатием пуповины
* 5. в норме продолжается 15-2O минут

21. Точкой фиксации на головке в родах при тазовом предлежании является

* 1. передний угол большого родничка
* 2. подзатылочная ямка
* 3. затылочный бугор
* 4. середина большого родничка
* 5. надпереносье

22. Прижатие пуповины в родах при тазовых предлежаниях начинается с момента

* 1. рождения пупочного кольца
* 2. рождения ягодиц
* 3. рождения туловища до нижнего угла передней лопатки
* 4. внутреннего поворота головки
* 5. врезывания ягодиц

23. Передний угол большого родничка и подзатылочная ямка являются точками фиксации

* 1. при переднем виде затылочного вставления
* 2. при переднеголовном вставлении
* 3. при заднем виде затылочного вставления
* 4. при лобном вставлении
* 5. при лицевом вставлении

24. Надпереносье и затылочный бугор являются точками фиксации

* 1. при переднем виде затылочного вставления
* 2. при заднем виде затылочного вставления
* 3. при лобном вставлении
* 4. при переднеголовном вставлении
* 5. при лицевом вставлении

25. Верхняя челюсть и наиболее выступающая часть затылка являются точками фиксации

* 1. при переднем виде затылочного вставления
* 2. при заднем виде затылочного вставления
* 3. при лобном вставлении
* 4. при переднеголовном вставлении
* 5. при лицевом вставлении

26. Малый родничок является ведущей точкой в родах

* 1. при переднем виде затылочного вставления
* 2. при лобном вставлении
* 3. при лицевом вставлении
* 4. при переднеголовном вставлении
* 5. при заднем виде затылочного вставления

27. Большой родничок является ведущей точкой

* 1. при переднем виде затылочного вставления
* 2. при переднеголовном вставлении
* 3. при заднем виде затылочного вставления
* 4. при лобном вставлении
* 5. при лицевом вставлении

28. Подъязычная кость является точкой фиксации в родах

* 1. при переднем виде затылочного вставления
* 2. при лобном вставлении
* 3. при лицевом вставлении
* 4. при переднеголовном вставлении
* 5. при заднем виде затылочного вставления

29. Центр лба является ведущей точкой

* 1. при переднем виде затылочного вставления
* 2. при заднем виде затылочного вставления
* 3. при переднеголовных вставлениях
* 4. при лобном вставлении
* 5. при лицевом вставлении

30. Подбородок является ведущей точкой в родах

* 1. при переднем виде затылочного вставления
* 2. при заднем виде затылочного вставления
* 3. при переднеголовном вставлении
* 4. при лобном вставлении
* 5. при лицевом вставлении

31. Головка рождается окружностью, соответствующей прямому размеру

* 1. при переднеголовном вставлении
* 2. при заднем виде затылочного вставления
* 3. при лицевом вставлении
* 4. при переднем виде затылочного вставления
* 5. при лобном вставлении

32. Головка рождается окружностью, соответствующей малому косому размеру

* 1. при заднем виде затылочного вставления
* 2. при переднем виде затылочного вставления
* 3. при переднеголовном вставлении
* 4. при лицевом вставлении
* 5. при лобном вставлении

33. Головка рождается окружностью, соответствующей среднему косому размеру

* 1. при переднем виде затылочного вставления
* 2. при переднеголовном вставлении
* 3. при заднем виде затылочного вставления
* 4. при лобном вставлении
* 5. при лицевом вставлении

34. Головка рождается окружностью, соответствующей размеру, близкому к большому косому

* 1. при переднем виде затылочного вставления
* 2. при заднем виде затылочного вставления
* 3. при лицевом вставлении
* 4. при переднеголовном вставлении
* 5. при лобном вставлении

35. Головка рождается окружностью, соответствующей вертикальному размеру

* 1. при переднем виде затылочного вставления
* 2. при заднем виде затылочного вставления
* 3. при лобном вставлении
* 4. при лицевом вставлении
* 5. при переднеголовном вставлении

36. Долихоцефалическая форма головки характерна для родов

* 1. при переднеголовном и затылочном вставлении
* 2. при затылочных вставлениях и тазовых предлежаниях
* 3. при затылочных и разгибательных вставлениях
* 4. при затылочных и лицевом вставлениях
* 5. при переднеголовном и лобном вставлениях

37. Родовой опухолью называется

* 1. кровоизлияние в мягкие ткани головки
* 2. кровоизлияние под надкостницу кости черепа
* 3. изменение формы черепа в результате конфигурации головки
* 4. серозно-кровянистое пропитывание мягких тканей предлежащей части, обусловленное венозным застоем ниже пояса соприкосновения
* 5. кровоизлияние в подкожную клетчатку

38. При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено: - лобный шов в левом косом размере, - большой родничок - слева сзади. ОПРЕДЕЛИТЕ вставление головки, позицию и вид плода

* 1. лобное вставление, 1-я позиция, передний вид
* 2. лобное вставление, 2-я позиция, передний вид
* 3. лобное вставление, 1-я позиция, задний вид
* 4. переднеголовное вставление, 2-я позиция, задний вид
* 5. переднеголовное вставление, 1-я позиция, задний вид

39. При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено: - предлежит головка, - лицевая линия в правом косом размере, - слева спереди - подбородок. ОПРЕДЕЛИТЕ вставление головки, позицию и вид плода

* 1. переднеголовное вставление, 2-я позиция, задний вид
* 2. лицевое вставление, 1-я позиция, задний вид
* 3. лицевое вставление, 1-я позиция, передний вид
* 4. лицевое вставление, 2-я позиция, передний вид
* 5. лицевое вставление, 2-я позиция, задний вид

40. При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено: - предлежат ягодицы и стопы плода, - крестец слева спереди. ОПРЕДЕЛИТЕ разновидность тазового предлежания, позицию и вид плода

* 1. чистое ягодичное предлежание, 1-я позиция, передний вид
* 2. ножное предлежание, 2-я позиция, передний вид
* 3. смешанное ягодичное предлежание, 1-я позиция, передний вид
* 4. смешанное ягодичное предлежание, 2-я позиция, передний вид
* 5. смешанное ягодичное предлежание, 1-я позиция, задний вид

41. При ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ обнаружено: - стреловидный шов в левом косом размере, - большой родничок по проводной оси таза. ОПРЕДЕЛИТЕ вставление головки

* 1. задний вид затылочного вставления
* 2. лицевое вставление
* 3. лобное вставление
* 4. переднеголовное вставление
* 5. передний вид затылочного вставления

42. При ОСМОТРЕ НОВОРОЖДЕННОГО обнаружено: - форма головки неправильная, вытянутая в направлении лба, - родовая опухоль на области лба. Данные роды произошли

* 1. в лицевом вставлении
* 2. в лобном вставлении
* 3. в переднеголовном вставлении
* 4. в заднем виде затылочного вставления
* 5. в переднем виде затылочного вставления

43. При ОСМОТРЕ НОВОРОЖДЕННОГО обнаружено: - форма головки долихоцефалическая, - родовая опухоль особенно деформирует губы и веки. Данные роды произошли

* 1. в переднем виде затылочного вставления
* 2. в переднеголовном вставлении
* 3. в лобном вставлении
* 4. в заднем виде затылочного вставления
* 5. в лицевом вставлении

44. При ОСМОТРЕ НОВОРОЖДЕННОГО обнаружено: - форма головки - брахицефалическая, - родовая опухоль в области большого родничка. Данные роды произошли

* 1. в лобном вставлении
* 2. в лицевом вставлении
* 3. в переднеголовном вставлении
* 4. в переднем виде затылочного вставления
* 5. в заднем виде затылочного вставления

**Тема 3. Физиологические роды (I,II, III периоды). Послеродовый период. Послеродовые гнойно-воспалительные заболевания. Акушерский перитонит. Сепсис. ВУИ. сосков. Гипогалактия.**

**Контрольные вопросы:**

1.Что такое роды.

2. Причины наступления родов.

3. Периоды родов.

4. Какова продолжительность первого, второго, третьего периодов у повторнородящих.

5. Какова продолжительность первого, второго, третьего периода родов у первородящих.

6. Что такое контракция мышечных волокон.

7. Что такое ретракция мышечных волокон.

8. Что такое дистракция.

9. Каковы особенности раскрытия шейки матки у первородящих.

10. Каковы особенности раскрытия шейки матки у повторнородящих.

11. Что такое пояс внутреннего соприкосновения.

12. Что такое передние околоплодные воды.

13. Что такое задние околоплодные воды.

14. Что называется своевременным излитием околоплодных вод.

15. Что называется ранним излитием околоплодных вод.

16. Что называется преждевременным излитием околоплодных вод.

17. Основные параметры, характеризующие родовые схватки.

18. Способы наблюдения за характером схватки.

19. Какие моменты биомеханизма родов совершаются в первом периоде родов.

20. Клинические признаки начала второго периода родов.

21. Основные параметры, характеризующие потуги.

22. Способы определения положения головки плода в малом тазу во втором периоде родов.

23. Приемы ручного пособия при рождении плода в головном предлежании.

24. Какие основные механизмы приводят к отслойке плаценты.

25. Варианты механизма отделения плаценты.

26. Признаки отделения плаценты.

27. Этиологические факторы послеродовых инфекционных заболеваний и их

особенности.

28. Физиологические противоинфекционные барьеры женского полового тракта.

29. Особенности гуморального и клеточного иммунитета у беременных и

родильниц.

30. Особенности родового тракта у родильниц, способствующие возникновению

послеродовых инфекционных заболеваний.

31. Факторы, возникающие во время беременности и способствующие развитию

послеродовых инфекционных заболеваний.

34. Факторы, возникающие в родах и способствующие развитию послеродовых

инфекционных заболеваний.

35. Факторы послеродового периода, способствующие развитию послеродовых

инфекционных заболеваний.

36. Классификация послеродовых инфекционных заболеваний.

37. Клиническая картина послеродового эндомиометрита.

38. Диагностика послеродового пельвиоперитонита.

49. Основные принципы лечения послеродовых инфекционных заболеваний.

40. Профилактика послеродовых инфекционных заболеваний.

41. Что называют септическим шоком? Какие факторы, кроме наличия

инфекции, необходимы для возникновения шока?

42. Наиболее распространенная классификация маститов.

43. Профилактика маститов.

44. Роль одонтогенной инфекции в развитии и течении воспалительных

процессов у женщин.

**Тестовый контроль:**

1. К первому этапу послеродового септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса относятся

* 1. эндометрит
* 2. пуерперальная язва
* 3. тазовый тромбофлебит
* 4. параметрит
* 5. тромбофлебит вен нижних конечностей

2. Ко второму этапу послеродового септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса относятся

* 1. пуэрперальная язва
* 2. параметрит
* 3. тазовый тромбофлебит
* 4. аднексит
* 5. пельвиоперитонит

3. К третьему этапу послеродового септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса относятся

* 1. тазовый тромбофлебит
* 2. тромбофлебит вен нижних конечностей
* 3. пельвиоперитонит
* 4. разлитой перитонит
* 5. септический шок

4. К четвертому этапу послеродового септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса относятся

* 1. разлитой перитонит
* 2. септический шок
* 3. септицемия
* 4. септикопиемия
* 5. прогрессирующий тромбофлебит

5. К факторам, повышающим риск развития послеродовых инфекционных заболеваний, относятся

* 1. лечение кортикостероидными препаратами в анамнезе
* 2. использование пероральных контрацептивов в анамнезе
* 3. отягощенный аллергологический анамнез
* 4. наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы
* 5. наличие трех и более влагалищных исследования в родах

6. Риск гнойно-септических послеродовых осложнений повышается

* 1. при позднем токсикозе
* 2. при сахарном диабете
* 3. при патологической кровопотере в родах
* 4. при использовании наружной кардиотокографии в родах
* 5. при продолжительности безводного периода свыше 6 часов

7. Родильницам группы высокого риска по развитию послеродовых инфекций в первые 24 часа профилактически назначается

* 1. однократное внутримышечное введение 4OO мкг витамина В12
* 2. внутрь по O.1 г хинина гидрохлорида три раза в день
* 3. внутрь O.3 г аскорбиновой кислоты три раза в день
* 4. внутримышечное введение 2 мл 1O% раствора сульфокамфокаина
* 5. антистафилококковый гамма-глобулин внутримышечно 5 мл

8. Послеродовый эндометрит

* 1. относится ко второму этапу послеродового септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса
* 2. всегда сопровождается лихорадкой
* 3. проявляется субинволюцией матки
* 4. является показанием к назначению внутримышечных инъекций O.O2% раствора метилэргометрина
* 5. диагностируется на основании положительных симптомов раздражения брюшины

9. Послеродовый тромбофлебит тазовых вен

* 1. относится к третьему этапу септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса
* 2. проявляется длительным субфебрилитетом
* 3. сопровождается стойким учащением пульса, не соответствующим температуре
* 4. обычно начинается с появления острой боли в ноге
* 5. диагностируется с помощью клинического анализа крови

10. По классификации Б.А.Гуртового, послеродовые маститы разделяются

* 1. на серозный мастит
* 2. на инфильтративный мастит
* 3. на гнойный мастит
* 4. на акушерский мастит
* 5. на хирургический мастит

11. Послеродовый мастит

* 1. развивается при инфицировании сосков во время кормления ребенка
* 2. рассматривается как заболевание, обусловленное госпитальной инфекцией
* 3. чаще встречается у повторнородящих
* 4. может быть диагностирован подсчетом количества лейкоцитов в молоке
* 5. развивается чаще всего вследствие гематогенного распространения инфекции

12. Послеродовый мастит

* 1. обычно вызывается золотистым стафилококком
* 2. чаще является вторичным процессом
* 3. чаще всего характеризуется подострым "вялым" началом
* 4. в начальной стадии развития проявляется только местными симптомами
* 5. в большинстве случаев бывает двухсторонним

13. Профилактика послеродового мастита

* 1. должна начинаться в раннем послеродовом периоде
* 2. включает обработку сосков 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого
* 3. включает прививки стафилококкового анатоксина в первые 24 часа после родов
* 4. должна включать назначение сразу после родов внутримышечных инъекций полиглобулина 3 мл
* 5. включает УФО сосков и ареол

14. Типичная клиническая картина серозного мастита характеризуется

* 1. острым началом
* 2. развитием заболевания на 6-8 неделе послеродового периода
* 3. общей слабостью, недомоганием, головной болью
* 4. увеличением и поpажением молочной железы
* 5. болью в молочной железе

15. Лактационный мастит

* 1. обычно развивается на 2-3 неделе послеродового периода
* 2. не входит в статистический отчет роддома, если заболевание началось после выписки из стационара
* 3. на первой стадии развития требует только симптоматической терапии
* 4. в серозной стадии диагностируется редко
* 5. обычно является следствием генерализованной послеродовой инфекции

16. Инфильтративная форма лактационного мастита

* 1. формируется из серозной в течение 2-3 недель
* 2. диагностируется при обнаружении увеличения железы в объеме
* 3. характеризуется только местными проявлениями
* 4. является показанием к хирургическому лечению
* 5. часто развивается в результате неадекватной терапии серозного мастита

17. Показанием для подавления лактации является

* 1. гангренозная форма мастита
* 2. любая форма мастита с рецидивирующим течением
* 3. инфильтративная форма мастита
* 4. абсцедирующая форма мастита
* 5. стремительное прогрессирование мастита

18. Оптимальным средством для подавления лактации при абсцедирующем мастите является

* 1. верошпирон
* 2. бромкамфора
* 3. парлодел
* 4. синестрол
* 5. прогестерон

19. С целью уменьшения секреции молока при лактационном мастите можно использовать

* 1. апликации пузыря со льдом
* 2. фуросемид по 4O мг внутрь ежедневно в течении 2-3 дней
* 3. эндоназальный электрофорез пиридоксина
* 4. парлодел по 2.5 мг внутрь два раза в день в течении 3 суток
* 5. солевые слабительные

20. C целью повышения неспецифических защитных механизмов больной маститом рекомендуется применение

* 1. антистафилококкового гамма-глобулина
* 2. пентоксила
* 3. калия оротата
* 4. парлодела
* 5. продигиозана

21. Для лечения трещин сосков применяется

* 1. мазь календулы
* 2. 1% спиртовой раствор бриллиантового зеленого
* 3. ультрафиолетовое облучение сосков и ареол по две биодозы ежедневно в течение 2-3 дней
* 4. временный отказ от кормления больной грудью
* 5. масляный раствор экстрадиола дипропионата

22. Септический шок

* 1. относится к четвертому этапу послеродового септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса
* 2. вызывается преимущественно при массовом лизисе грам-отрицательных бактерий
* 3. осложняется ОПН
* 4. приводит к острой дыхательной недостаточности
* 5. может сопровождаться развитием ДВС-синдрома

23. Септический шок

* 1. может развиваться у беременных и родильниц, страдающих пиелонефритом
* 2. проявляется падением артериального давления
* 3. сопровождается резким повышением температуры тела
* 4. проявляется полиурией
* 5. сопровождается нарушением свертывания крови

24. При лечении лактационных маститов рекомендуется использовать

* 1. бензилпенициллин
* 2. стрептомицин
* 3. цепоpин
* 4. метициллин
* 5. кефзол

25. Септикопиемия

* 1. относится к четвертому этапу развития послеродовой инфекции по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса
* 2. имеет эндокардиальную форму
* 3. проявляется формированием абсцессов в скелетной мускулатуре
* 4. является противопоказанием к удалению матки
* 5. легко диагностируется при бактериологическом исследовании крови

26. Послеродовая язва

* 1. относится к первому этапу септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса
* 2. проявляется нагноением швов
* 3. обычно не требует антибактериальной терапии
* 4. лечится с применением УФО
* 5. является показанием для перевода в обсервационное отделение

27. Разлитой послеродовый перитонит

* 1. относится к четвертому этапу септического процесса по классификации С.В.Сазонова и А.В.Бартельса
* 2. имеет типичную классическую клиническую симптоматику
* 3. является показанием к удалению матки
* 4. осложняется эмболией легких
* 5. в большинстве случаев возникает после кесарева сечения

28. Открытие этиологии родильной горячки связано с именем

* 1. Н.М.Максимовича-Амбодика
* 2. И.Ф.Земмельвейса
* 3. Д.О.Отта
* 4. Н.Н.Феноменова
* 5. Луи Пастера

29. Сохранение относительно высокого уровня гнойно-септической заболеваемости связано

* 1. с созданием крупных стационаров
* 2. с созданием специализированных стационаров
* 3. с расширением показаний к кесареву сечению
* 4. с широким внедрением амниоскопии в акушерскую практику
* 5. с распространением методов хирургического лечения невынашиваемости

30. Состав микробной флоры при гнойно-септических послеродовых заболеваниях

* 1. остается неизменным с начала 5O-х годов нашего столетия
* 2. одинаков в роддомах одного региона
* 3. может включать ассоциации аэробных и анаэробных микробов
* 4. зависит от продолжительности работы послеродовой койки в году
* 5. не имеет характерных особенностей

31. Гнойно-септические послеродовые заболевания

* 1. склонны к генерализации
* 2. могут сопровождаться психозами
* 3. могут протекать с развитием геморрагического синдрома
* 4. встречаются с частотой, не превышающей 1%
* 5. не имеют связи с продолжительностью родов

32. Риск гнойно-септических послеродовых осложнений значительно повышается

* 1. после пpодолжительных родов
* 2. после стремительных родов
* 3. после кровопотери свыше O.5% массы женщины
* 4. после перинеографии
* 5. после запоздалых родов

33. Название послеродовая язва применяется к инифицированным

* 1. ранам промежности
* 2. ранам шейки матки
* 3. ранам стенки влагалища
* 4. ранам передней брюшной стенки после чревосечения
* 5. трещинам соска молочной железы

34. Рациональная профилактика гнойно-септических осложнений после кесарева сечения

* 1. может заключаться в однократном капельном внутривенном введении 2.O г клафорана сразу после пережатия пуповины
* 2. может заключаться в однократном введении антибиотика широкого спектра действия в течение первых 3 часов послеоперационного периода
* 3. должна всегда начинаться введением антибиотика перед началом операции
* 4. может заключаться в парентеральном применении 2-х антибиотиков в течении 5-ти дней послеоперационного периода
* 5. начинается с разреза кожи и внутривенного введения 1.O г ампиокса

35. Генерализация инфекционных послеродовых процессов

* 1. чаще наблюдается у больных сахарным диабетом
* 2. обусловлена физиологическими изменениями иммунологической системы организма родильницы
* 3. чаще встречается после акушерских операций в родах
* 4. происходит только при высоко вирулентной микробной флоре
* 5. не зависит от характера инволюции матки

36. К диагностическим критериям сепсиса относятся

* 1. самочувствие больной
* 2. нейтрофильный сдвиг влево
* 3. учащенный лабильный пульс
* 4. несоответствие между температурой и пульсом
* 5. выраженность местных проявлений

**Тема 4. Аномалии родовой деятельности. Невынашивание и перенашивание беременности. Преждевременные роды. Подготовка шейки матки к родам. Тромбофилические заболевания и беременность. Анемия и беременность.**

**Контрольные вопросы:**

1.Основные клинические формы аномалии родовой деятельности.

2. Причины аномалии родовой деятельности.

3. Клинические проявления аномалии родовой деятельности.

4. Диагностика нарушения сократительной деятельности матки в 1 и 2 периоде родов

5. Профилактика и терапия первичной и вторичной слабости родовой деятельности.

6. Профилактика и терапия дискоординирования родовой деятельности.

7. Методы родоразрешения при аномалии родовой деятельности.

8. Способы определения срока беременности и даты родов.

9. Критерии готовности организма к родам.

10. Методы оценки состояния внутриутробного плода.

11. Факторы риска невынашивания беременности.

12. Клиническую классификацию абортов и преждевременных родов, критерии диагностики различных их стадий.

13. Особенности пролонгированной и переношенной беременности, степени переношенности плода.

14. Методы общеклинического и специального акушерского обследования беременных.

15. Инструментальные и аппаратные методы диагностики состояния фето-плацентарной системы (УЗИ, эндоскопические исследования, сывороточные маркеры, КТГ).

16. Показания к оперативному родоразрешению при невынашивании и перенашивании беременности, особенности ведения родов через естественные родовые пути.

17. Наследственная и приобретённая тромбофилия.

18. Дефицит антитромбина III.

19. Гетерозиготная мутация Лейдена**.**

20. Гомозиготная мутация Лейдена.

21. Дефицит протеина S или протеина С.

22. Повышение уровня протромбина.

23. Причины развития железодефицитных состояний.

**Тестовый контроль:**

1. К аномалиям родовой деятельности относят

* 1. первичную слабость родовой деятельности
* 2. вторичную слабость родовой деятельности
* 3. чрезмерно сильную родовую деятельность
* 4. дискоординированную родовую деятельность
* 5. атипический подготовительный период

2. К группе высокого риска по развитию аномалий родовой деятельности относятся женщины, имеющие

* 1. различные нарушения менструального цикла в анамнезе
* 2. первую беременность
* 3. ожирение
* 4. половой инфантилизм
* 5. тазовое предлежание плода

3. По данным литературы, первичная слабость родовой деятельности наблюдается

* 1. у 2-1O% рожениц
* 2. у 15-2O% рожениц
* 3. у 25% рожениц
* 4. у 3O% рожениц
* 5. у 4O% рожениц

4. По данным литературы, вторичная слабость родовой деятельности наблюдается приблизительно

* 1. у 2.4% рожениц
* 2. у 1O.O% рожениц
* 3. у 2O.O% рожениц
* 4. у 25.O% рожениц
* 5. у 3O.O% рожениц

5. В группе первородящих быстрыми считаются роды с общей продолжительностью

* 1. от 1O до 12 часов
* 2. от 8 до 1O часов
* 3. от 4 до 6 часов
* 4. от 2 до 4 часов
* 5. менее двух часов

6. В группе повторнородящих быстрыми считаются роды с общей продолжительностью

* 1. от 12 до 1O часов
* 2. от 1O до 8 часов
* 3. от 6 до 4 часов
* 4. от 4 до 2 часов
* 5. менее двух часов

7. В группе первородящих стремительными считаются роды с общей продолжительностью

* 1. до 7 часов
* 2. до 6 часов
* 3. до 5 часов
* 4. до 4 часов
* 5. до 2 часов

8. В группе повторнородящих стремительными считаются роды с общей продолжительностью

* 1. до 7 часов и менее
* 2. до 6 часов и менее
* 3. до 5 часов и менее
* 4. до 4 часов и менее
* 5. до 2 часов и менее

9. Классификация аномалий родовых сил, предложенная профессором И.И.Яковлевым

* 1. основана на оценке состояния тонуса и возбудимости матки
* 2. построена на оценке структурных изменений шейки матки
* 3. рассматривает 3 разновидности тонического напряжения матки в родах
* 4. относит 2O% родов к течению на фоне гипертонуса матки
* 5. относит 6.6% родов к течению на фоне гипотонуса матки

10. Слабость родовой деятельности чаще встречается в группе

* 1. первородящих женщин
* 2. повторнородящих женщин
* 3. рожениц в возрасте от 2O до 24 лет
* 4. рожениц с многоводием
* 5. рожениц с переношенной беременностью

11. Первичная слабость родовой деятельности

* 1. возникает преимущественно у первородящих женщин
* 2. диагностируется в первом периоде родов
* 3. нередко сочетается с преждевременным излитием околоплодных вод
* 4. сопровождается запоздалым излитием околоплодных вод
* 5. может быть диагностирована уже в первые два часа от начала родовой деятельности

12. Современный подход к лечению слабости родовой деятельности включает мероприятия, направленные

* 1. на повышение энергетических ресурсов организма
* 2. на создание определенного гормонального фона
* 3. на сохранение физиологического биоритма
* 4. на активацию моторной деятельности матки
* 5. на полное и длительное прекращение сократительной деятельности матки

13. Лечение первичной слабости родовой деятельности

* 1. зависит от продолжительности родов
* 2. зависит от состояния шейки матки
* 3. во всех случаях сводиться к назначению родостимулирующих средств
* 4. включает применение спазмолитиков
* 5. может включать предоставление медикаментозного сна-отдыха

14. Для лечения первичной слабости родовой деятельности при раскрытии маточного зева менее 6 см целесообразно назначение

* 1. внутривенного капельного введения раствора O.5 мг простенона и 5 ЕД окситоцина в 3OO мл 5% раствора глюкозы
* 2. внутривенного струйного введения раствора окситоцина
* 3. родостимулирующей терапии с использованием маммофизина и прозерина
* 4. внутривенного введения 1 мл O.O2% раствора метилэргометрина
* 5. интравагинального введения геля с простагландином

15. Вторичная слабость родовой деятельности

* 1. часто встречается при преждевременных родах
* 2. чаще наблюдается в родах крупным плодом
* 3. сопровождается гипоксией плода
* 4. является типичным осложнением при переднем виде затылочного вставления головки плода
* 5. может осложняться развитием некроза в тканях мягких родовых путей

16. Вторичная слабость родовой деятельности

* 1. встречается чаще, чем первичная
* 2. встречается преимущественно у первородящих женщин
* 3. диагностируется в конце первого периода родов
* 4. нередко развивается в родах при тазовом предлежании плода
* 5. часто встречается в родах при заднем виде затылочного вставления

17. При вторичной слабости родовой деятельности целесообразно назначение

* 1. родостимулирующей терапии по схеме Штейна-Курдиновского
* 2. внутривенного капельного введения раствора окситоцина
* 3. внутривенного введения 1 мл O.O2% раствора метилэргометрина
* 4. внутривенного капельного введения раствора O.5 мг простенона в 3OO мл 5% раствора глюкозы

18. При вторичной слабости родовой деятельности роды могут быть закончены

* 1. путем операции кесарева сечения
* 2. путем операции наложения акушерских щипцов
* 3. путем операции перинеотомии
* 4. путем операции вакуум-экстракции плода
* 5. при внутривенном капельном введении бета-адреномиметических средств

19. Чрезмерно сильная родовая деятельность с быстрым и стремительным течением родов

* 1. встречается чаще других видов аномалий родовой деятельности
* 2. встречается чаще при заболеваниях сердечно-сосудистой системы
* 3. приводит к выраженным нарушениям маточно-плацентарного кровообращения
* 4. может быть причиной тяжелых внутричерепных травм у плода
* 5. может осложняться гипотоническим кровотечением в послеродовом периоде

20. Быстрые и стремительные роды

* 1. могут осложняться преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты
* 2. встречаются чаще при позднем токсикозе беременных
* 3. сопровождаются развитием гипоксии плода
* 4. могут быть причиной тяжелых неврологических заболеваний новорожденного

21. С целью регуляции чрезмерно сильной родовой деятельности используют

* 1. препараты, обладающие бета-адреномиметической активностью
* 2. внутримышечное введение 24 мл 25% раствора магния сульфата
* 3. препараты группы токолитиков
* 4. внутримышечное или подкожное введение 1-2 мл 2% раствора промедола
* 5. ингаляционный наркоз фторотаном

22. Дискоординированная родовая деятельность

* 1. наблюдается относительно редко
* 2. может проявляться в виде доминанты нижнего сегмента матки
* 3. может проявляться в виде дистоции шейки матки
* 4. проявляется отсутствием нарастания степени раскрытия маточного зева
* 5. требует применения утеротонических средств

23. При дискоординированной родовой деятельности

* 1. основные мероприятия должны быть направлены на усиление сократительной деятельности матки
* 2. широко применяются спазмолитические препараты
* 3. оправдано применение бета-адреномиметических средств
* 4. можно применять ингаляционный фторотановый наркоз
* 5. широкое применение получили транквилизаторы

24. Тест Смита

* 1. заключается в внутривенном введении раствора окситоцина
* 2. заключается в внутривенном введении раствора простагландина Е
* 3. позволяет оценить возбудимость матки
* 4. позволяет оценить тонус матки
* 5. позволяет оценить готовность организма матери к родам

25. Комплексная медикаментозная подготовка беременных к родам

* 1. обычно проводится в течение одного дня
* 2. включает назначение внутримышечных инъекций фолликулина по 5OOO ЕД в сутки
* 3. включает назначение внутримышечных инъекций эстрадиола дипропионата по 2OOOO ЕД в сутки
* 4. включает назначение внутримышечных инъекций 1 мл 2% масляного раствора синестрола
* 5. включает введение в цервикальный канал геля с раствором 5 мг энзапроста-Ф

26. С целью предоставления медикаментозного сна-отдыха может быть назначено

* 1. внутримышечное введение 2 мл 2% раствора промедола
* 2. внутримышечное введение литической смеси, включающей 1 мл 2% раствора промедола, 1 мл 1% раствора димедрола
* 3. внутримышечное введение 24 мл 25% раствора сульфата магния
* 4. внутримышечное введение 2 мл ношпы
* 5. вдыхание газовой смеси с фторотаном

27. Гормонально-глюкозо-кальциево-витаминный фон

* 1. назначается для лечения бурной родовой деятельности
* 2. включает внутримышечное введение 125 мг оксипрогестерона капроната
* 3. включает внутривенное введение 5 ЕД окситоцина
* 4. включает внутримышечное введение витаминов группы В
* 5. включает внутримышечное введение токоферола

28. Родовозбуждение

* 1. может быть проведено при наличии созревающей шейки матки
* 2. должно включать преждевременную амниотомию
* 3. обычно начинается с внутримышечного введения 1OOOO ЕД фолликулина
* 4. включает внутривенное струйное введение 5 ЕД окситоцина
* 5. может включать назначение 8 порошков хинина сульфата по O.O5 г и 4 внутримышечных инъекций 1.25 ЕД окситоцина

29. Родостимуляция может осуществляться

* 1. внутривенным струйным введением 5 ЕД окситоцина в 2O мл 4O% раствора глюкозы
* 2. внутривенным капельным введением 2O ЕД окситоцина в 5OO мл 5% раствора глюкозы
* 3. внутривенным капельным введением 5 ЕД окситоцина в 5OO мл 5% раствора глюкозы
* 4. внутривенным капельным введением раствора O.5 мг простенона в 3OO-5OO мл физиологического раствора, начиная с 8-1O капель в минуту
* 5. внутривенным введением 1 мл O.O2% раствора метилэргометрина

30. Родостимуляция внутривенным введением окситоцина

* 1. опасна возможностью развития бурной родовой деятельности
* 2. обычно проводится для лечения первичной слабости родовой деятельности при раскрытии маточного зева 2-4 см
* 3. должна проводится при постоянной токографии
* 4. требует мониторного контроля за состоянием плода
* 5. должна осуществлятся с помощью специальных дозаторов

31. С какого срока беременности возрастает потребность материнского организма в железе:

* 1. до 12-й недели;
* 2. с 16-й по 20-ю неделю;
* 3. с 12-й по 16-ю неделю;
* 4. с 20-й по 24-ю неделю;
* 5. с 24-й по 32-ю неделю.

32. Достоверным признаком железодефицитной анемии беременных является выявление снижения гемоглобина с величины:

* 1. 80 г/л;
* 2. 90 г/л;
* 3. 100 г/л;
* 4. 110 г/л;
* 5. 120 г/л.

33. Для железодефицитной анемии беременных характерны следующие клинические симптомы, кроме:

* 1. слабости;
* 2. одышки, обмороков;
* 3. головной боли, головокружения;
* 4. сухости во рту;
* 5. ломкости ногтей, выпадения волос.

**Тема 5. Ранний токсикоз беременных. Преэклампсия, эклампсия.  
Неотложная помощь при эклампсии (доврачебная, врачебная).**

**Контрольные вопросы:**

1. Определение понятия «Ранние токсикозы беременных».

2. Классификация ранних токсикозов.

3. Рвота беременных, степени тяжести.

беременных.

4. Обследование, уход, наблюдение за беременными с ранним токсикозом.

5. Этиология и патогенез гестозов.

6. Что такое чистые и сочетанные гестозы беременных?

7. Степень тяжести рвоты беременных.

8. Клиника и диагностика ранних гестозов.

9. Лечение рвоты беременных.

10. Показания к прерыванию беременности при раннем гестозе.

11. Классификация поздних гестозов беременных.

12. Ранняя диагностика отеков беременных.

13. Лечение водянки беременных.

14. Профилактика отеков беременных.

15. Клиника нефропатии беременных.

16. Степени тяжести нефропатии беременных.

17. Оценка тяжести гестоза по шкале Виттлингера.

18. Принципы медикаментозной терапии поздних гестозов беременных.

19. Инфузионная терапия поздних гестозов беременных.  
20. Методы родоразрешения при поздних гестозах беременных.

21. Осложнения поздних гестозов беременных.

22. Особенности течения сочетанных форм поздних гестозов беременных.

23. Влияние поздних гестозов на плод и перинатальная охрана плода.

24. Клиника преэклампсии.

25. Клиника эклампсии.

26. Терапия при преэклампсии и эклампсии.

27. Показания к досрочному родоразрешению при поздних гестозах.

28. Осложнения эклампсии для матери и плода и методы их лечения.

29. Методы лечения гестозов, основанные на принципах В.В. Строганова.

30. Принципы магнезиальной терапии по Бровкину.

31. Как составить план ведения беременности и родов при поздних гесто зах?

32. Реабилитация больных, перенесших поздний гестоз.

33. Профилактика поздних гестозов беременных.

34. Роль женской консультации в профилактике и ранней диагностике гестозов беременных.

**Тестовый контроль:**

1. Еженедельная прибавка массы во второй половине беременности не должна превышать

* 1. 1OO-15O г
* 2. 15O-2OO г
* 3. 2OO-3OO г
* 4. 3OO-4OO г
* 5. 4OO-5OO г

2. К признакам претоксикоза во второй половине беременности относится

* 1. появление лабильности и асимметрии АД,
* 2. снижение суточного диуреза до 6OO-5OO мл
* 3. появление отеков голеней и белка в моче
* 4. появление белка в моче в количестве от O.O33 до O.O66 г/л
* 5. появление ангиопатии и ретинопатии сосудов сетчатки глаз

3. К часто встречающимся формам раннего токсикоза относятся

* 1. отеки беременных, гипертония беременных
* 2. птиализм, рвота беременных
* 3. гипертония беременных, преэклампсия
* 4. дерматозы, хорея беременных
* 5. острая желтая атрофия печени, рвота беременных

4. Чистыми формами позднего токсикоза считаются

* 1. отеки беременных, гипертония беременных
* 2. токсикоз, развивающийся при неосложненной беременности
* 3. токсикоз, возникающий у соматически здоровых женщин
* 4. токсикоз, возникающий у беременных с неотягощеным гинекологическим анамнезом
* 5. преэклампсия и эклампсия

5. К моносимптомным формам позднего токсикоза относятся

* 1. отеки беременных, гипертония беременных
* 2. отеки беременных, преэклампсия
* 3. нефропатия беременных, гипертония беременных
* 4. отеки беременных, нефропатия беременных
* 5. гипертония беременных, эклампсия

6. К полисимптомным формам позднего токсикоза относятся

* 1. отеки беременных, гипертония беременных
* 2. гипертония беременных, нефропатия беременных
* 3. нефропатия беременных, сочетанные формы позднего токсикоза
* 4. нефропатия беременных, преэклампсия, эклампсия
* 5. преэклампсия, эклампсия

7. Для определения индекса токсикоза по таблице А.С.Слепых и М.А.Репиной (1977) оцениваются в баллах

* 1. прибавка массы тела, отеки, АД, суточная потеря белка
* 2. отеки, АД, субъективные симптомы, состояние глазного дна
* 3. прибавка массы тела, среднее АД, протеинурия
* 4. отеки, среднее АД, суточная потеря белка, состояние глазного дна
* 5. отеки, АД, протеинурия, диурез

8. Основные принципы лечения раннего токсикоза заключаются

* 1. в воздействии на ЦНС, коррекции нарушений водного и электролитного баланса, нормализации КОС, лечении сопутствующих заболеваний
* 2. в воздействии на ЦНС, устранении генерализованного сосудистого спазма и расстройств гемодинамики
* 3. в коррекции водно-электролитного обмена, выведении интерстициальной жидкости
* 4. в общеукрепляющей терапии, улучшении маточно-плацентарного кровообращения, кардиальной терапии
* 5. в улучшении кровотока в почках и стимуляции их мочевыделительной функции, нормализации водно-электролитного обмена

9. Для управляемой гипотонии в лечении беременных с тяжелыми формами позднего токсикоза используются

* 1. дроперидол, промедол, фентанил
* 2. арфонад, гигроний, имехин, пентамин
* 3. эуфиллин, галидор, ганглерон, но-шпа
* 4. магния сульфат, глюкозо-новокаиновая смесь
* 5. диколин, димеколин, кватерон, пирилен

10. Показанием для прерывания беременности при рвоте беременных является

* 1. потеря массы тела более 5 кг, анемия
* 2. алиментарная дистрофия
* 3. появление ацетонурии
* 4. появление отеков и гипертензии
* 5. наличие метаболического ацидоза

11. Методика проведения магнезиальной терапии по схеме Д.П.Бровкина включает

* 1. четыре внутримышечных инъекции по 24 мл 25% сульфата магния через 12 часов
* 2. две внутримышечных инъекции по 2O мл 25% сульфата магния через 6 часов
* 3. четыре внутримышечных инъекции по 24 мл 25% сульфата магния, три из них через 4 часа и четвертая через 6 часов
* 4. четыре внутримышечные инъекции по 1O мл 25% сульфата магния, три через 4 часа и четвертая через 6 часов
* 5. три внутримышечные инъекции по 1O мл 25% сульфата магния через 3 часа

12. В комплексной терапии беременных с тяжелыми формами позднего токсикоза дроперидол применяется в дозе

* 1. 2 мл O.25% раствора 2-3 раза в сутки в/в или в/м
* 2. 5 мл 2.5% раствора 3-4 раза в сутки в/в
* 3. 1O мл O.25% раствора 2 раза в сутки в/м
* 4. 5 мл 5% раствора 3 раза в сутки в/м
* 5. 1 мл 2.5% раствора каждые 2 часа в/м

13. Общая доза сухого вещества магния сульфата, вводимая в течение одного курса магнезиальной терапии по Д.П.Бровкину, составляет

* 1. 6 г
* 2. 12 г
* 3. 24 г
* 4. 48 г
* 5. 72 г

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

* 1. от массы тела женщины и величины АД
* 2. от срока беременности
* 3. от массы плода
* 4. от состояния плода
* 5. от степени зрелости плаценты

15. В настоящее время внутривенное введение сульфата магния при лечении позднего токсикоза

* 1. не используется
* 2. применяется в дозе 24 мл 2O% раствора, струйно
* 3. применяется капельно в 2OO мл 5% раствора глюкозы
* 4. проводится в одинаковой дозе без учета массы тела
* 5. проводится в дозе, не зависящей от величины АД

16. Прерывание беременности при преэклампсии тяжелой степени показано при отсутствии эффекта от проводимой терапии в течение

* 1. 12 часов
* 2. 24 часов
* 3. 72 часа
* 4. 1 недели
* 5. 3 недель

17. В триаду Цангемейстера входят

* 1. гипертензия, гипо- и диспротеинемия, гиповолемия
* 2. спазм сосудов, повышение проницаемости сосудистых стенок, нарушение кровообращения в органах
* 3. отеки, снижение диуреза, альбуминурия
* 4. отеки, протеинурия, гипертензия
* 5. отеки, гипопротеинемия, диспротеинемия

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

* 1. неравномерности калибра сосудов сетчатки глаза
* 2. АД, превышающего 19O/11O мм рт.ст.
* 3. жалоб на боли в эпигастральной области
* 4. белка в моче свыше 3.3 г/л
* 5. отека сетчатки глаза

19. К изменениям характерным для преэклампсии тяжелой степени относят

* 1. неравномерность калибра сосудов сетчатки глаза
* 2. отека сетчатки глаза
* 3. кровоизлияния в сетчатке глаза
* 4. отслойку сетчатки глаза
* 5. нормальную картину глазного дна

20. Ацетонурия характерна

* 1. для преэклампсии
* 2. для отеков беременных
* 3. для рвоты беременных
* 4. для нефропатии беременных
* 5. для дерматозов беременных

21. Для диагностики отставания плода в развитии у беременных с поздним токсикозом применяются

* 1. амниоскопия, ЭКГ плода, определение предполагаемого веса плода
* 2. ФКГ, ЭКГ плода, определение рH околоплодных вод
* 3. УЗИ, звуковой тест Э.К.Айламазяна (1984), определение эстриола в моче, фракций фосфолипидов в околоплодных водах и крови матери
* 4. определение КОС плода, ультразвуковая диагностика
* 5. определение содержания в околоплодных водах калия, мочевины, хлоридов, активности А-гиалуронидазы

22. Для диагностики гипоксии плода у рожениц с поздним токсикозом применяются

* 1. радиоизотопное определение плацентарного лактогена в сыворотке крови, оценка ЧСС
* 2. оценка реакции ЧСС на движение плода, задержку дыхания
* 3. ЭКГ, ФКГ плода, амниоскопия, фукциональные пробы
* 4. биохимические методы определения эстриола, прегнандиола в моче матери, плацентарного лактогена, активности плацентарных ферментов в крови матери
* 5. биохимическое исследование околоплодных вод, оценка ЧСС

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

* 1. через 12-24 часа
* 2. через 72-96 часа
* 3. через 5 дней
* 4. через одну неделю
* 5. через 3 недели

24. Какой период припадка эклампсии характеризуется мелкими фибриллярными подергиваниями мышц лица

* 1. 1-й
* 2. 2-й
* 3. 3-й
* 4. 4-й
* 5. 2-й и 3-й

25. Какой период припадка эклампсии характеризуется тоническими судорогами

* 1. 1-й
* 2. 2-й
* 3. 3-й
* 4. 4-й
* 5. 2-й и 3-й

26. Какой период припадка эклампсии характеризуется клоническими судорогами

* 1. 1-й
* 2. 2-й
* 3. 3-й
* 4. 4-й
* 5. 2-й и 3-й

27. В стационар поступила беременная с жалобами - на тошноту, - рвоту до 15 раз в сутки, - потерю 8 кг веса, - слабость. Пульс 1OO уд. в 1 минуту, ритмичный. АД - 95/6O мм рт.ст., температура 37,2. Срок беременности 8 недель. ДИАГНОЗ

* 1. острый гастрит
* 2. острый холецистит
* 3. рвота беременных легкой степени
* 4. рвота беременных средней степени
* 5. рвота беременных тяжелой степени

28. В женскую консультацию обратилась больная 2O лет с жалобами - на общую слабость, потерю аппетита, тошноту, - рвоту до 8 раз в сутки, потерю веса до 3-х кг. ДИАГНОЗ: Беременность 8 недель. Рвота беременных. Для уточнения степени тяжести токсикоза план обследования должен включать

* 1. взвешивание в динамике, исследование мочи
* 2. определение билирубина, протромбина, фибриногена, общего белка, сахара крови натощак, контроль веса, АД
* 3. определение суточного диуреза, общего белка, липопротеиновых фракций
* 4. исследование кислотообразующей функции желудка, исследование дуоденального содержимого, контроль веса, суточного диуреза, АД
* 5. определение гемоглобина, гематокрита, электролитов крови, КЩС, исследование мочи на ацетон, контроль веса, суточного диуреза, АД

29. Первородящая 24 лет поступила в стационар с жалобами - на головную боль, - неясное зрение. Беременность доношенная. При поступлении АД - 18O/1OO мм рт.ст., отеки ног. При кипячении мочи выпал осадок и занимает 1/2 пробирки. При попытке производства внутреннего исследования начались судороги, сопровождающиеся потерей сознания. Укажите ДИАГНОЗ и правильную ТАКТИКУ

* 1. Эпилепсия. Ждать окончания приступа
* 2. Эклампсия. Начать инфузионную терапию, в/в ввести магния сульфат
* 3. Преэклампсия. Внутривенно ввести 2.O дроперидола, 2.O седуксена, 1.O димедрола
* 4. Эклампсия. Применить масочный или эндотрахеальный наркоз с ингаляцией кислорода с закисью азота или фторотаном

**Тема 6. Анатомический и клинический узкий таз. Тазовые предлежания плода.**

**Контрольные вопросы:**

1. Классификация аномалий костного таза.
2. Узкий таз.
3. Анатомически узкий таз.
4. Функционально узкий таз.
5. Клинически узкий таз
6. Аномалии положения и членорасположения плода.
7. Этиология тазового предлежания плода.
8. Методы диагностики тазового предлежания плода.
9. Осложнения во время беременности и в родах при тазовых предлежаниях плода.
10. Комплексы гимнастических упражнений, исправляющих неправильные положения и тазовые предлежания плода.
11. Операции извлечения плода за тазовый конец. Показания, противопоказания, условия, подготовка, обезболивание.
12. Операция извлечения плода за ножку; техника (этапы) и моменты операции, осложнения.
13. Операция извлечения плода за обе ножки; техника (этапы) и моменты операции, осложнения.
14. Операция извлечение плода за паховый сгиб; техника (этапы) и моменты операции, осложнения.
15. Исходы операций извлечения плода за тазовый конец для матери.
16. Исходы операций извлечения плода за тазовый конец для плода.

**Тестовый контроль:**

1. Диагноз функционально узкого таза ставится на основании оценки

* 1. размеров и формы таза
* 2. величины головки плода
* 3. положения плода
* 4. вставления головки
* 5. характера родовой деятельности

2. Клинически узкий таз обычно диагностируется

* 1. в начале первого периода родов
* 2. при отрицательном признаке Вастена
* 3. во время беременности
* 4. при полном или почти полном раскрытии маточного зева
* 5. по характерной форме матки

3. Диагноз анатомически суженного таза ставится на основании

* 1. результатов измерения наружных размеров большого таза
* 2. результатов измерения диагональной конъюгаты
* 3. результатов измерения ромба Михаэлиса
* 4. исследования внутренних поверхностей всех стенок таза
* 5. рентгенопельвиометрии

4. При анатомически суженном тазе чаще встречается

* 1. длительное высокое стояние головки плода над входом в малый таз
* 2. многоводие
* 3. тазовое предлежание
* 4. неправильное положение плода
* 5. неправильное вставление головки плода

5. Беременные с анатомически суженным тазом должны быть

* 1. госпитализированы в акушерский стационар за две недели до родов
* 2. направлены на ультразвуковое исследование
* 3. родоразрешены только операцией кесарева сечения
* 4. под наблюдением в женской консультации до начала родов
* 5. направлены на прерывание беременности в ранние сроки

6. При ведении родов у женщин с анатомически суженным тазом необходимо

* 1. определить форму и степень сужения таза
* 2. определить индекс Соловьева
* 3. определить предполагаемую массу плода
* 4. прибегнуть к ранней амниотомии
* 5. оценить признак Вастена

7. Осложнением для плода в родах при анатомически суженном тазе может быть развитие

* 1. кефалогематомы
* 2. патологической конфигурации головки
* 3. гипоксии
* 4. внутричерепной травмы
* 5. синдрома дыхательных растройств (СДР)

8. Для функциональной оценки таза, кроме данных его измерения, большое значение имеет

* 1. анализ анамнестических данных
* 2. оценка размеров плода
* 3. оценка роста роженицы
* 4. оценка формы живота
* 5. оценка положения плода

9. К редко встречающимся в настоящее время формам узкого таза относятся

* 1. кососмещенный таз
* 2. поперечносуженный таз
* 3. остеомалятический таз
* 4. карликовый таз
* 5. плоскорахитический таз

10. Диагноз анатомически суженного таза может быть поставлен

* 1. если размеры большого таза уменьшены на 2.O см
* 2. если величина истинной конъюгаты равна 1O см и менее
* 3. если величина диагональной конъюгаты равна 13 см
* 4. если величина наружной конъюгаты равна 2O-21 см
* 5. если вертикальная диагональ ромба Михаэлиса равна 11 см

11. Простой плоский таз характеризуется

* 1. уменьшением только прямого размера входа в малый таз
* 2. уменьшением всех размеров таза
* 3. уменьшением всех прямых размеров малого таза
* 4. уменьшением поперечного размера выхода из малого таза
* 5. нормальными поперечными размерами малого таза

12. Плоскорахитический таз характеризуется

* 1. изменением и деформацией крестца
* 2. изменением тазовых костей
* 3. равными величинами D.Cristarum и D.Spinarum
* 4. увеличением прямого размера входа в малый таз
* 5. увеличением лонного угла

13. Причиной формирования анатомически суженного узкого таза может быть

* 1. рахит
* 2. врожденная аномалия строения костей таза
* 3. полиомиелит
* 4. туберкулез костей
* 5. травма позвоночника

14. У женщин с анатомически суженным тазом во время беременности отмечается

* 1. высокое стояние дна матки
* 2. отвислый остроконечный живот
* 3. значительная подвижность головки над входом в таз
* 4. неправильное положение плода
* 5. хроническая гипоксия плода

15. Узкий таз является противопоказанием

* 1. к акушерским шипцам
* 2. к кесареву сечению
* 3. к вакуум-экстракции плода
* 4. к поворотам плода
* 5. к извлечению плода за тазовый конец

16. Роды при узком тазе характеризуются

* 1. значительной частотой внутричерепных травм у новорожденных
* 2. высоким процентом оперативных вмешательств
* 3. высоким уровнем антенатальных потерь
* 4. высокой частотой травм мягких родовых путей
* 5. длительным течением

17. У роженицы с сужением таза первой степени роды могут произойти через естественные родовые пути

* 1. при активной родовой деятельности
* 2. при нормальных размерах головки плода
* 3. при правильном вставлении головки плода
* 4. при переднеголовном вставлении головки плода
* 5. при достаточных возможностях к конфигурации головки плода

18. Родоразрешение операцией кесарева сечения проводится в плановом порядке при сочетании первой степени сужения таза

* 1. с переношенной беременностью
* 2. с крупным плодом
* 3. с юным возрастом первородящей
* 4. с гипотрофией плода
* 5. с тазовым предлежанием плода

19. При третьей и четвертой степенях сужения таза показано родоразрешение путем операции

* 1. кесарева сечения
* 2. операции акушерских щипцов
* 3. перфорации головки
* 4. перинеотомии
* 5. вакуум-экстракции плода

20. Несоответствие головки плода размерам таза матери может возникнуть

* 1. пpи крупном плоде
* 2. при неправильном вставлении головки
* 3. при предлежании плаценты
* 4. при рубце на матке
* 5. при гидроцефалии

21. К признакам несоответствия головки плода размерам таза матери относятся

* 1. отсутствие поступательного движения головки плода при полном раскрытии маточного зева
* 2. слабость родовой деятельности
* 3. признак Вастена "вровень" или "положительный"
* 4. нарушение мочеиспускания
* 5. неправильное вставление головки плода

22. При несоответствии размеров таза матери и головки живого плода показано

* 1. применение родостимулирующей терапии
* 2. укладывание роженицы на бок, соответствующий позиции плода
* 3. применение акушерских щипцов
* 4. родоразрешение операцией кесарева сечения
* 5. родоразрешение плодоразрушающей операцией

23. Оценку признака Вастена следует проводить

* 1. в начале первого периода
* 2. после излития околоплодных вод
* 3. при раскрытии маточного зева 4 см
* 4. при полном или почти полном раскрытии маточного зева
* 5. при головке плода прижатой ко входу в малый таз

24. При наружной конъюгате - 17 см, диагональной - 1O см и нормальных остальных наружных размерах таза, можно поставить диагноз

* 1. общеравномерносуженного таза
* 2. плоскорахитического таза
* 3. кососмещенного таза
* 4. поперечносуженного таза
* 5. простого плоского таза

25. У беременной при измерении таза получены следующие данные: - D.Spinarum - 27 см - D.Cristarum - 27 см - D.Trochanterica - 31 см - C.Externa - 17 см - C.Diagonalis - 9 см, что позволяет оценить этот таз как

* 1. нормальный
* 2. общеравномерносуженный
* 3. плоскорахитический
* 4. кососмещенный
* 5. общесуженный плоский

26. У беременной при измерении таза получены следующие данные: - D.Spinarum - 23 см - D.Cristarum - 26 см - D.Trochanterica - 29 см - C.Externa - 17 см - C.Diagonalis - 1O см, которые свидетельствуют

* 1. о сужении таза первой степени
* 2. о сужении таза второй степени
* 3. о сужении таза третьей степени
* 4. о сужении таза четвертой степени
* 5. о нормальных размерах таза

27. У беременной при измерении таза получены следующие данные: - D.Spinarum - 24 см - D.Cristarum - 26 см - D.Trochanterica - 28 см - C.Externa - 18 см - C.Diagonalis - 12 см, которые позволяют считать, что таз

* 1. общеравномерносуженный
* 2. нормальный
* 3. простой плоский
* 4. общесуженный плоский
* 5. поперечносуженный

28. У беременной при измерении таза получены следующие данные: - D.Spinarum - 25 см - D.Cristarum - 27 см - D.Trochanterica - 3O см - C.Externa - 2O см - C.Diagonalis - 13 см, - Индекс Соловьева - 15 см, что дает основание считать таз

* 1. общеравномерносуженным
* 2. нормальным
* 3. кососмещенным
* 4. поперечносуженным
* 5. плоским