

Владимирский филиал федерального государственного бюджетного  
образовательного учреждения высшего образования  
«Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ПРАКТИКЕ**

«Помощник врача», Модуль «Акушерство»

Направление подготовки (специальность): 31.05.01 Лечебное дело

Форма обучения очная

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

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Помощник врача», Модуль «Акушерство» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Помощник врача», 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 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. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции*	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10	Текущий,	<b>Раздел</b> Акушерство	<i>Тест</i>
УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10	Промежуточный	<b>Раздел</b> Акушерство	<i>Индивидуальный опрос</i>

\* - не предусмотрены для программ аспирантуры

#### 4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

Входной/текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: *теста*

Оценочные средства для текущего контроля.

##### Тест

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

##### 4.1. Тестовые задания для оценки компетенций

Тестовые задания с одним вариантом ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
<b>Раздел Акушерство</b>	
1. ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ ДИАГОНАЛЬНАЯ КОНЬЮГАТА – ЭТО РАССТОЯНИЕ: а. между нижним краем симфиза и мысом крестца б. между седалищными буграми в. между гребнями подвздошных костей г. между большими вертелами бедренных костей	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
2. ИСТИННАЯ КОНЬЮГАТА – ЭТО РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ: а. серединой верхнего внутреннего края лонного сочленения и наиболее выступающей точкой крестцового мыса б. серединой верхнего наружного края симфиза и мысом крестца в. нижним краем симфиза и выступающей точкой мыса крестца г. гребнями подвздошных костей	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
3. ИСТИННАЯ КОНЬЮГАТА РАВНА: а. 11 см б. 13 см в. 9 см г. 20 см	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
4. У ПРАВИЛЬНО СЛОЖЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ РОМБ МИХАЭЛИСА ИМЕЕТ ВИД: а. геометрически правильного ромба б. треугольника в. неправильного четырехугольника г. четырехугольника, вытянутого в вертикальном направлении	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
5. СПИНКА ПЛОДА ОБРАЩЕНА ВЛЕВО И КПЕРЕДИ. ОПРЕДЕЛИТЕ ВИД И ПОЗИЦИЮ? а. Передний вид, первая позиция б. Задний вид, первая позиция в. Задний вид, вторая позиция г. Передний вид, вторая позиция	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
6. САГИТАЛЬНЫЙ ШОВ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В ЛЕВОМ КОСОМ РАЗМЕРЕ. МАЛЫЙ РОДНИЧОК СПРАВА КПЕРЕДИ. ОПРЕДЕЛИТЕ ВИД И ПОЗИЦИЮ? а. Передний вид, вторая позиция б. Задний вид, первая позиция в. Передний вид, первая позиция г. Задний вид, вторая позиция	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
7. ЛИНИЯ, ПРОХОДЯЩАЯ ЧЕРЕЗ СЕРЕДИНУ ВНУТРЕННЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ЛОННОГО СИМФИЗА, ВЕРТЛУЖНЫЕ ПЛАСТИНЫ И СОЧЛЕНЕНИЕ II-III КРЕСТЦОВЫХ ПОЗВОНКОВ, ЯВЛЯЕТСЯ ГРАНИЦЕЙ: а. плоскости широкой части полости малого таза	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10

<ul style="list-style-type: none"> <li>б. плоскости входа в малый таз</li> <li>в. плоскости узкой части полости малого таза</li> <li>г. плоскости выхода</li> </ul>	
<p>8. ЛИНИЯ, ПРОХОДЯЩАЯ ЧЕРЕЗ НИЖНИЙ КРАЙ ЛОНА, СЕДАЛИЩНЫЕ ОСТИ И КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЕ СОЧЛЕНЕНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ ГРАНИЦЕЙ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. плоскости узкой части полости малого таза</li> <li>б. плоскости входа в малый таз</li> <li>в. плоскости широкой части полости малого таза</li> <li>г. плоскости выхода</li> </ul>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>9. ЛИНИЯ, ПРОХОДЯЩАЯ ЧЕРЕЗ НИЖНИЙ КРАЙ ЛОНА, СЕДАЛИЩНЫЕ БУГРЫ И ВЕРХУШКУ КОПЧИКА, ЯВЛЯЕТСЯ ГРАНИЦЕЙ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. плоскости выхода</li> <li>б. плоскости входа в малый таз</li> <li>в. плоскости широкой части полости малого таза</li> <li>г. плоскости узкой части полости малого таза</li> </ul>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>10. ЛИНИЯ, СОЕДИНЯЮЩАЯ СЕРЕДИНЫ ВСЕХ ПРЯМЫХ РАЗМЕРОВ ПЛОСКОСТЕЙ МАЛОГО ТАЗА, ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. проводной осью малого таза</li> <li>б. углом наклона</li> <li>в. индексом Соловьева</li> <li>г. диагональной конъюгатой</li> </ul>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>11. ПРЯМОМУ РАЗМЕРУ ГОЛОВКИ ЗРЕЛОГО ПЛОДА СООТВЕТСТВУЕТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. расстояние от надпереносья до затылочного бугра, равное 12 см, и окружность 34 см;</li> <li>б. расстояние от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка, равное 9,5 см, и окружность 32 см;</li> <li>в. расстояние от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба, равное 10 см, и окружность 33 см;</li> <li>г. расстояние от подъязычной области до вершины темени, равное 9,5 см, и окружность 32 см;</li> </ul>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>12. СРЕДНЕМУ КОСОМУ РАЗМЕРУ ГОЛОВКИ ЗРЕЛОГО ПЛОДА СООТВЕТСТВУЕТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. расстояние от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба, равное 10 см, и окружность 33 см;</li> <li>б. расстояние от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка, равное 9,5 см, и окружность 32 см;</li> <li>в. расстояние от надпереносья до затылочного бугра, равное 12 см, и окружность 34 см;</li> <li>г. расстояние от подъязычной области до вершины темени, равное 9,5 см, и окружность 32 см;</li> </ul>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>13. БОЛЬШОМУ КОСОМУ РАЗМЕРУ ГОЛОВКИ ЗРЕЛОГО ПЛОДА СООТВЕТСТВУЕТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. расстояние от подбородка до затылочного бугра, равное 13-13,5 см, и окружность 38-42 см</li> <li>б. расстояние от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка, равное 9,5 см, и окружность 32 см;</li> <li>в. расстояние от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба, равное 10 см, и окружность 33 см;</li> <li>г. расстояние от надпереносья до затылочного бугра, равное 12 см, и окружность 34 см;</li> </ul>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>14. МАЛОМУ КОСОМУ РАЗМЕРУ ГОЛОВКИ ЗРЕЛОГО ПЛОДА СООТВЕТСТВУЕТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. расстояние от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка, равное 9,5 см, и окружность 32 см;</li> <li>б. расстояние от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба, равное 10 см, и окружность 33 см;</li> <li>в. расстояние от надпереносья до затылочного бугра, равное 12 см, и окружность 34 см;</li> <li>г. расстояние от подъязычной области до вершины темени, равное 9,5 см, и окружность 32 см;</li> </ul>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>15. ВЕРТИКАЛЬНОМУ РАЗМЕРУ ГОЛОВКИ ЗРЕЛОГО ПЛОДА СООТВЕТСТВУЕТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. расстояние от подъязычной области до вершины темени, равное 9,5 см, и окружность 32 см;</li> <li>б. расстояние от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка,</li> </ul>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10

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

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

<p>38. ВТОРЫМ ПРИЕМОМ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. позиция плода б. предлежащая часть в. членорасположение плода г. высота стояния дна матки</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>39. ТРЕТЬИМ ПРИЕМОМ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. предлежащая часть б. позиция плода в. вид плода г. высота стояния дна матки</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>40. ЧЕТВЕРТЫМ ПРИЕМОМ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. отношение предлежащей части ко входу в таз б. предлежащая часть в. членорасположение плода г. позиция плода</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>41. ОСОБЕННОСТЬЮ РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. последовательное раскрытие внутреннего, а затем наружного зева б. раскрытие наружного, а затем внутреннего зева в. одномоментное раскрытие внутреннего и наружного зева г. раскрытие шейки матки, затем ее укорочение и сглаживание</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>42. СИНКЛИТИЧЕСКОЕ ВСТАВЛЕНИЕ ГОЛОВКИ ОЗНАЧАЕТ РАСПОЛОЖЕНИЕ:</p> <p>а. стреловидного шва на одинаковом расстоянии от лона до мыса б. малого родничка на одинаковом расстоянии от лона до мыса в. большого родничка по оси таза г. стреловидного шва в прямом размере таза</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>43. ПРИ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ШЕЙКА МАТКИ В НОРМЕ:</p> <p>а. укорочена, размягчена б. сохранена в. сглажена г. раскрыта до 3 см</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>44. ОСОБЕННОСТЬЮ РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. одномоментное раскрытие внутреннего и наружного зева б. последовательное раскрытие внутреннего, а затем наружного зева в. раскрытие наружного, а затем внутреннего зева г. раскрытие шейки матки, затем ее укорочение и сглаживание</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>45. РОДОВЫЕ СХВАТКИ ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫХ СХВАТОК:</p> <p>а. развитием структурных изменений шейки матки б. безболезненностью в. отсутствием увеличения амплитуды г. нерегулярностью и редкими интервалами</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>46. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ТРЕТЬЕГО ПЕРИОДА РОДОВ:</p> <p>а. 30 мин б. 5-10 мин в. 10-15 мин г. до 2 часов</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>47. К КАКОМУ ПРИЗНАКУ ОТДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА ОТНОСЯТ ОТСУТСТВИЕ ВТЯЖЕНИЯ ПУПОВИНЫ ВО ВЛАГАЛИЩЕ ПРИ ГЛУБОКОМ ВДОХЕ РОЖЕНИЦЫ?</p> <p>а. признак Довженко б. признак Альфельда в. признак Кюстнера-Чукалова г. признак Шредера</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>48. К КАКОМУ ПРИЗНАКУ ОТДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА ОТНОСЯТ ОТСУТСТВИЕ РЕБРОМ КИСТИ НАД ЛОНОМ?</p> <p>а. признак Кюстнера-Чукалова</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>б. признак Альфельда</li> <li>в. признак Шредера</li> <li>г. признак Довженко</li> </ul>	
<p>49. ОКРАШИВАНИЕ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД МЕКОНИЕМ ПРИ ГОЛОВНЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. о гипоксии плода</li> <li>б. о гемолитической болезни плода</li> <li>в. о внутриутробном инфицировании плода</li> <li>г. о хориоамнионите</li> </ul>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>50. ЗРЕЛАЯ ШЕЙКА МАТКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. биологическую готовность к родам</li> <li>б. начало первого периода родов</li> <li>в. начало второго периода родов</li> <li>г. конец первого периода родов</li> </ul>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>51. ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА В РОДАХ ПРИМЕНЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. аускультация</li> <li>б. наружное акушерское исследование</li> <li>в. влагалищное исследование</li> <li>г. пельвиометрия</li> </ul>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>52. ПРИЗНАКОМ РАЗВИТИЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. сглаживание и раскрытие шейки матки</li> <li>б. боли в поясничной области</li> <li>в. отхождение околоплодных вод</li> <li>г. отхождение слизистой пробки</li> </ul>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>53. ПЕРВЫЙ ПЕРИОД ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ВСЕГДА:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. полным раскрытием шейки матки</li> <li>б. возникновением потуг</li> <li>в. расположением головки плода на тазовом дне</li> <li>г. излитием околоплодных вод</li> </ul>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>54. ОТКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПЯТЬ САНТИМЕТРОВ СООТВЕТСТВУЕТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. первому периоду родов активной фазе</li> <li>б. первому периоду родов латентной фазе</li> <li>в. первому периоду родов фазе замедления</li> <li>г. началу второго периода родов</li> </ul>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>55. ЭФФЕКТИВНОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОЦЕНИВАЮТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. по частоте и продолжительности схваток</li> <li>б. по длительности родов</li> <li>в. по состоянию плода</li> <li>г. по времени излития околоплодных вод</li> </ul>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>56. ПОКАЗАТЕЛЕМ НАЧАЛА ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. полное раскрытие шейки матки</li> <li>б. опускание предлежащей части в малый таз</li> <li>в. потуги</li> <li>г. внутренний поворот головки</li> </ul>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>57. ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ СЕРДЦЕБИЕНИЕ ПЛОДА КОНТРОЛИРУЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. после каждой потуги</li> <li>б. через каждые 15 минут</li> <li>в. через каждые 10 минут</li> <li>г. через каждые 5 минут</li> </ul>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>58. ПОТУГИ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДАХ НАЧИНАЮТСЯ, КОГДА:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. головка плода установилась на тазовом дне</li> <li>б. головка плода вставилась большим сегментом во входе в малый таз</li> <li>в. произошло полное раскрытие шейки матки</li> <li>г. головка малым сегментом во входе в малый таз</li> </ul>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>59. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ТРЕТЬЕГО ПЕРИОДА РОДОВ ЗАВИСИТ ОТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. наличия признаков отделения послеродовых частей плода</li> <li>б. длительности родов</li> <li>в. состояния новорожденного</li> <li>г. длительности безводного промежутка</li> </ul>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10
<p>60. ДЕСЯТЬ МИНУТ НАЗАД ПРОИЗОШЛИ РОДЫ ДОНОШЕННЫМ</p>	УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4,

<p>МАЛЬЧИКОМ В УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ; ПРИЗНАК КЮСТНЕРА-ЧУКАЛОВА ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ; КАКОВА ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ?</p> <p>а. активная - самостоятельное рождение последа  б. ввести метилэргометрин  в. произвести ручное выделение последа  г. выделить послед наружными приемами</p>	<p>ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>61. ИЗМЕНЕНИЕ КОНТУРОВ И СМЕЩЕНИЕ ДНА МАТКИ; ОПУСКАНИЕ ОТРЕЗКА ПУПОВИНЫ; ОТСУТСТВИЕ ВТЯГИВАНИЯ ПУПОВИНЫ ПРИ ГЛУБОКОМ ВДОХЕ РОЖЕНИЦЫ В ТРЕТЬЕМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ:</p> <p>а. полного отделения плаценты  б. отсутствия отделения плаценты  в. преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты  г. гипотонии матки</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>62. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА СООТВЕТСТВУЕТ:</p> <p>а. 6 – 8 неделям после родов  б. периоду нахождения в акушерском стационаре  в. периоду грудного кормления новорожденного  г. периоду послеродовой аменореи</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>63. ЛОХИИ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ:</p> <p>а. послеродовые выделения из матки  б. раневой секрет послеродовой матки  в. отделение децидуальной оболочки  г. проявление послеродового эндометрита</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>64. ПЕРВОЕ ПРИКЛАДЫВАНИЕ К ГРУДИ МАТЕРИ ЗДОРОВЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОВОДИТСЯ ОБЫЧНО:</p> <p>а. сразу после рождения  б. через 6 ч после рождения  в. через 8 ч после рождения  г. через 12 ч после рождения</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>65. ДЛЯ ЗРЕЛОЙ ШЕЙКИ МАТКИ ХАРАКТЕРНО:</p> <p>а. мягкая консистенция  б. отклонение шейки к крестцу  в. отсутствие проходимости цервикального канала  г. длина 2-2,5 см</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>66. ПРИЕМ КРЕДЕ-ЛАЗАРЕВИЧА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ:</p> <p>а. выделения отделившегося последа  б. выделения неотделившегося последа  в. отделения последа наружным приемом  г. ручного выделения последа</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>67. ОПТИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РОДОВ У ПЕРВОРОДЯЩИХ:</p> <p>а. 10-12 ч  б. 4-6 ч  в. 6-8 ч  г. 16-18 ч</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>68. ОПТИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ РОДОВ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ:</p> <p>а. 6-8 ч  б. 4-6 ч  в. 10-12 ч  г. 16-18 ч</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>69. ТЕМП РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ В АКТИВНУЮ ФАЗУ У ПЕРВОРОДЯЩИХ:</p> <p>а. 1,5-2 см/ч  б. 0,5-1 см/ч  в. 1-1,5 см/ч  г. 2-2,5 см/ч</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>70. ТЕМП РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ В АКТИВНУЮ ФАЗУ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ:</p> <p>а. 2-2,5 см/ч  б. 0,5-1 см/ч  в. 1-1,5 см/ч  г. 1,5-2 см/ч</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8, ПК 10</p>
<p>71. ТЕМП РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ В ЛАТЕНТНУЮ ФАЗУ У</p>	<p>УК 1, УК 3, ОПК 1, ОПК 4,</p>

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

<p>1. ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ – ЭТО ПАТОЛОГИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ПЛАЦЕНТАРАСПОЛАГАЕТСЯ</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>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>2. 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>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>3. ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ ЗНАЧИТЕЛЬНО ЧАЩЕРАЗВИВАЕТСЯ У БЕРЕМЕННЫХ:</p> <p>а. с артериальной гипертензией б. с миомой матки в. с кистой яичника г. с артериальной гипотонией</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>4. 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 д. головка и ручка плода</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>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 д. головка и ручка плода</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>6. САМЫМ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ НИЗКОЙ ПЛАЦЕНТАЦИИ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. ультразвуковое сканирование б. наружное акушерское исследование в. внутреннее акушерское исследование</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

г. амниоскопия	
7. ФАКТОРОМ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИМ "МИГРАЦИЮ" ПЛАЦЕНТЫ, ЯВЛЯЕТСЯ а. растяжение (дистракция) циркулярных гладкомышечных волокон матки б. сокращение (контракция) гладкомышечных волокон в. перемещение ворсин хориона по базальной мембране матки г. повышенная ферментативная активность ворсин хориона	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
8. ФАКТОРОМ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИМ "МИГРАЦИЮ" ПЛАЦЕНТЫ, ЯВЛЯЕТСЯ а. перемещение (ретракция) продольных слоев миометрия в процессе беременности б. сокращение (контракция) гладкомышечных волокон в. перемещение ворсин хориона по базальной мембране матки г. повышенная ферментативная активность ворсин хориона	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
9. ФАКТОРОМ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИМ "МИГРАЦИЮ" ПЛАЦЕНТЫ, ЯВЛЯЕТСЯ а. атрофия нижней части плаценты и более активное развитие верхней части плаценты б. сокращение (контракция) гладкомышечных волокон в. перемещение ворсин хориона по базальной мембране матки г. повышенная ферментативная активность ворсин хориона перемещение (ретракции) продольных слоев миометрия в процессе беременности	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
10. ДО КАКОГО СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ ПРОДОЛЖАЕТСЯ МИГРАЦИЯ ПЛАЦЕНТЫ а. до 34 недель б. до 14 недель в. до 24 недель г. до 40 недель	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
11. КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ОБУСЛОВЛЕНО а. дистракцией гладкомышечных волокон с отслойкой плаценты б. склерозированием ворсин низко расположенной плаценты в. дистрофическими изменениями ворсин хориона г. повышенным отложением фибриноидного вещества на поверхности плаценты	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
12. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ И НИЗКОЙ ПЛАЦЕНТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ а. медицинские аборт в анамнезе б. преэклампсия в. хроническая артериальная гипертензия г. сахарный диабет	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
13. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ И НИЗКОЙ ПЛАЦЕНТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ а. воспалительные заболевания матки в анамнезе б. преэклампсия в. хроническая артериальная гипертензия г. сахарный диабет	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
14. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ И НИЗКОЙ ПЛАЦЕНТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ а. пороки развития матки б. преэклампсия в. хроническая артериальная гипертензия г. сахарный диабет	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
15. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНИТЬ а. ультразвуковое исследование б. радиоизотопную скинтиграфию в. тепловидение г. кардиотокографию	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
16. ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ а. предлежание плаценты б. гипотония матки в. плотное прикрепление плаценты г. дефект последа	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
17. ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ а. разрыв варикозно расширенных вен влагалища и наружных половых органов б. гипотония матки в. плотное прикрепление плаценты г. дефект последа	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
18. ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ а. рак гениталий б. гипотония матки	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>

в. плотное прикрепление плаценты г. дефект последа	10.
19. ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ а. ПОНРП б. гипотония матки в. плотное прикрепление плаценты г. дефект последа	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
20. ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ а. разрыв матки по рубцу б. гипотония матки в. плотное прикрепление плаценты г. дефект последа	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
21. ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ – ЭТО а. отслойка плаценты во время беременности, в первом и втором периодах родов б. отслойка плаценты в третьего периода родов в. отслойка плаценты только во время беременности г. отслойка плаценты только в родах	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
22. ДЛЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРНО а. всегда наружное б. болевой синдром в. гипертонус матки г. гипоксия плода	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
23. ДЛЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРНО а. внезапное, в покое, чаще ночью б. болевой синдром в. гипертонус матки г. гипоксия плода	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
24. ДЛЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРНО а. безболезненное б. внутреннее или комбинированное в. гипертонус матки г. гипоксия плода	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
25. ДЛЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРНО а. рецидивирующий характер б. внутреннее или комбинированное в. гипертонус матки г. гипоксия плод	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
26. ПРИ НАРУЖНОМ АКУШЕРСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО а. высокое расположение предлежащей части плода б. гипертонус матки в. асимметрия формы матки г. гипоксия плода	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
27. ПРИ НАРУЖНОМ АКУШЕРСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО а. поперечное и косое положение плода б. гипертонус матки в. асимметрия матки г. гипоксия плода	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
28. НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ РОДРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ИМЕЕТ а. выраженность кровотечения б. предлежание плода (головное, тазовое) в. состояние шейки матки (сглажена, укорочена, полностью открыта) г. состояние плода (живой, мертвый)	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
29. ВЕДУЩЕЙ ПРИЧИНОЙ ПОНРП ЯВЛЯЕТСЯ а. преэклампсия б. короткая пуповина в. многоплодная беременность г. перенашивание	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
30. ПРИ НЕПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ, ЗНАЧИТЕЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ РОДОВЫХ ПУТЕЙ, И ОТКРЫТИИ МАТОЧНОГО ЗЕВА НА 5-6 СМ РОДРАЗРЕШЕНИЕ ПОКАЗАНО 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	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.

31. У БЕРЕМЕННОЙ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ В СРОКЕ 32 НЕДЕЛИ БЕРЕМЕННОСТИ ПОЯВИЛИСЬ ПРИЗНАКИ ПОНРП. ПРОИЗВЕДЕНА	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5,
<p>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>	ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
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>а. кесарево сечение  б. ранняя амниотомия и родовозбуждение  в. ранняя амниотомия и внутривенное капельное введение спазмолитиков  г. экстракция плода за тазовый конец</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
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>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>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
34. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ПОНРП ХАРАКТЕРНО <p>а. боли в животе  б. наружное кровотечение  в. рецидивирующий характер кровотечения  г. кровотечение внезапное, в покое, чаще ночью</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
35. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ПОНРП ХАРАКТЕРНО <p>а) асимметрия матки  б) наружное кровотечение  в) рецидивирующий характер кровотечения  г) кровотечение внезапное, в покое, чаще ночью</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
36. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ПОНРП ХАРАКТЕРНО <p>а. гипоксия плода  б. наружное кровотечение  в. рецидивирующий характер кровотечения  г. кровотечение внезапное, в покое, чаще ночью</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
37. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ПОНРП ХАРАКТЕРНО <p>а. внутреннее кровотечение  б. кровотечение алой кровью  в. рецидивирующий характер кровотечения  г. кровотечение внезапное, в покое, чаще ночью</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
38. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ПОНРП ХАРАКТЕРНО <p>а. гипертонус матки  б. кровотечение алой кровью  в. рецидивирующий характер кровотечения  г. кровотечение внезапное, в покое, чаще ночью</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
39. СОСТОЯНИЕ ПЛОДА ПРИ ПОНРП ЗАВИСИТ ОТ <p>а. площади отслоения плаценты  б. наличия соматической патологии  в. наличия акушерских осложнений  г. от предлежания плода</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
40. ПРИ НАРУЖНОМ АКУШЕРСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ДЛЯ ПОНРП ПЛАЦЕНТЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО <p>а. гипертонус матки  б. поперечное и косое положение плода  в. нормальная форма матки в нормотонусе  г. высокое стояние предлежащей части плода</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
41. МАТКА КУВЕЛЕРА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ <p>а. ПОНРП  б. предлежании плаценты  в. разрыве матки  г. гипотонии матки</p>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.

<p>42. АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОНРП</p> <p>а. экстренное родоразрешение</p> <p>б. зависит от состояния женщины</p> <p>в. пролонгирование беременности</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>г. зависит от наличия соматической патологии</p>	
<p>43. ЕСЛИ ПОНРП РАЗВИЛАСЬ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ</p> <p>а. кесарево сечение</p> <p>б. родовозбуждение</p> <p>в. раннюю амниотомию</p> <p>г. пролонгировать беременность</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>44. ЕСЛИ ПОНРП ПРОИЗОШЛА В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ, СЛЕДУЕТ</p> <p>а. произвести кесарево сечение</p> <p>б. наложить акушерские щипцы</p> <p>в. консервативное ведение родов</p> <p>г. провести родоусиление</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>45. ЕСЛИ ПОНРП ПРОИЗОШЛА ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ, СЛЕДУЕТ</p> <p>а. наложить акушерские щипцы</p> <p>б. произвести кесарево сечение</p> <p>в. консервативное ведение родов</p> <p>г. провести родоусиление</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>46. ОТ ЧЕГО ЗАВИСИТ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА</p> <p>а. от фазы третьего периода родов</p> <p>б. от состояния женщины</p> <p>в. от длительности последового периода</p> <p>г. от объема кровопотери</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>47. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ РУЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а. повышенная кровопотеря</p> <p>б. роды в тазовомпредлежании</p> <p>в. роды при многоплодной беременности</p> <p>г. физиологическая кровопотеря</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>48. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ РУЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а. сомнения в целостности последа</p> <p>б. роды в тазовом предлежании</p> <p>в. роды при многоплодной беременности</p> <p>г. физиологическая кровопотеря</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>49. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ РУЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ</p> <p>а. сомнение в целостности стенки матки</p> <p>б. роды в тазовомпредлежании</p> <p>в. роды при многоплодной беременности</p> <p>г. физиологическая кровопотеря</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>50. ПОКАЗАНИЕМ К РУЧНОМУ ОТДЕЛЕНИЮ ПЛАЦЕНТЫ, КАК ПРАВИЛО, ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. отсутствие признаков отделения плаценты в течение 30 мин</p> <p>б. отсутствие признаков отделения плаценты в течение 20 минут</p> <p>в. отсутствие признаков отделения плаценты в течение 10 минут</p> <p>г. отсутствие признаков отделения плаценты не зависимо от времени продолжительности последового периода</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>51. ПОКАЗАНИЕМ К РУЧНОМУ ОТДЕЛЕНИЮ ПЛАЦЕНТЫ, КАК ПРАВИЛО, ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. кровопотеря превышающая допустимую на фоне отсутствия признаков отделения плаценты</p> <p>б. отсутствие признаков отделения плаценты в течение 20 минут</p> <p>в. отсутствие признаков отделения плаценты в течение 10 минут</p> <p>г. отсутствие признаков отделения плаценты не зависимо от времени продолжительности последового периода</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

<p>52. 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, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>53. 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, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>54. 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, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>55. 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, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>56. ЗАДЕРЖКА ОТДЕЛИВШЕЙСЯ ПЛАЦЕНТЫ В 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>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>57. 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>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>58. 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>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>59. ДЛЯ ПОЛНОГО ИСТИННОГО ПРИРАЩЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРНО</p> <p>а. отсутствие каких-либо кровянистых выделений из половых путей в послеродовом периоде  б. сильное кровотечение из половых путей через 5-10 мин после рождения плода  в. небольшие кровянистые выделения из половых путей сразу после рождения плода  г. несворачиваемость крови, вытекающей из половых путей</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>60. ДЛЯ ИСТИННОГО ПРИРАЩЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРНО ВРАСТАНИЕ ВОРСИН ХОРИОНА</p> <p>а. в миометрий  б. в базальный слой слизистой оболочки  в. в компактный слой слизистой оболочки  г. в спонгиозный слой слизистой оболочки</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>61. ПРИ ИСТИННОМ ПРИРАЩЕНИИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ, КАК ПРАВИЛО, ПОКАЗАНО</p> <p>а. надвлагалищная ампутация матки  б. ручное отделение плаценты  в. выскабливание послеродовой матки  г. введение окситоцина</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

<p>62. ПРИ ЧАСТИЧНОМ ПЛОТНОМ ПРИКРЕПЛЕНИИ ПЛАЦЕНТЫ НА ФОНЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ КРОВОПОТЕРИ ПОКАЗАНО</p> <p>а. ручное отделение плаценты  б. одномоментное внутривенное введение метилэргометрина  в. капельное внутривенное введение окситоцина  г. операция надвлагалищная ампутация матки</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>63. К ОСНОВНЫМ ПРИЧИНАМ КРОВОТЕЧЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ</p> <p>а. частичного плотное прикрепление плаценты  б. задержки в матке дольки плаценты  в. гипотонии матки  г. в. разрыва родовых путей</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>64. ШОКОВЫЙ ИНДЕКС - ЭТО</p> <p>а. частное от деления частоты пульса на показатель систолического АД  б. частное от деления частоты пульса на показатель диастолического АД  в. частное от деления суммы показателей систолического и диастолического АД на частоту пульса  г. частное от деления частоты дыхания на частоту пульса</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>65. ДЛЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ, В ОСНОВЕ КОТОРОГО ЛЕЖАТ РАЗРЫВЫ РОДОВЫХ ПУТЕЙ, ХАРАКТЕРНО</p> <p>а. характер кровотечения непрерывный  б. тонус матки снижен  в. сгустки рыхлые, легко растворимые  г. кровь не свертывается</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>66. РАННЕЕ ПОСЛЕРОДОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ - КРОВОТЕЧЕНИЕ, ВОЗНИКШЕЕ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ПЛОДА</p> <p>а. в течение 24 часов  б. в течение первых 2 часов  в. в течение первых 6 часов  г. на протяжении 42 дней после рождения плода</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>67. ПОСЛЕРОДОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ВО ВРЕМЯ РОДОВ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ -</p> <p>а. кровопотеря &gt;500 мл  б. кровопотеря &gt;300 мл  в. кровопотеря &gt;1000 мл  г. кровопотеря &gt; 1500 мл</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>68. ПОСЛЕРОДОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ -</p> <p>а. кровопотеря &gt;1000 мл  б. кровопотеря &gt;300 мл  в. кровопотеря &gt;500 мл  г. кровопотеря &gt; 1500 мл</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>69. ПРЕПАРАТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕРОДОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ:</p> <p>а. окситоцин, карбетоцин, метилэргометрин  б. окситоцин, карбетоцин, мизопростол  в. окситоцин, метилэргометрин, мизопростол  г. карбетоцин, метилэргометрин, мизопростол</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>70. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. окситоцин  б. карбетоцин  в. метилэргометрин  г. мизопростол</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>71. ПОЗДНЕЕ ПОСЛЕРОДОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ – КРОВОТЕЧЕНИЕ, ВОЗНИКШЕЕ</p> <p>а. через 24 часа после рождения плода  б. через 2 часа после рождения плода  в. через 6 часов после рождения плода  г. через 6 недель после родов</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

72. К СПОСОБАМ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ МАТКИ НЕОТДЕЛИВШЕГОСЯ ПОСЛЕДА ОТНОСЯТ: а. ручное отделение и выделение последа б. метод Абуладзе в. потягивание за пуповину г. метод Креде-Лазаревича	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
73. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ТРЕТЬЕГО ПЕРИОДА РОДОВ ЗАВИСИТ ОТ:	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК -</i>

а. наличия признаков отделения последа б. степени кровопотери в. длительности родов г. длительности безводного промежутка	<i>4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
74. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ КРОВОПОТЕРЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ТРЕБУЕТ ПРЕЖДЕ ВСЕГО: а. произвести ручное обследование полости матки б. прижать аорту в. клеммировать параметрии г. осмотреть родовые пути	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
75. РОЖЕНИЦА НАХОДИТСЯ В 3-М ПЕРИОДЕ РОДОВ, 8 МИНУТ НАЗАД РОДИЛСЯ ПЛОД МАССОЙ 3500 Г. ВНЕЗАПНО УСИЛИЛИСЬ КРОВЯНИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ, КРОВОПОТЕРЯ ДОСТИГЛА 200 МЛ. ЧТО ДЕЛАТЬ? а. определить признаки отделения последа б. ввести сокращающие матку средства в. произвести ручное отделение и выделение последа г. приступить к выделению последа наружными приемами	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
76. ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ В 3-М ПЕРИОДЕ РОДОВ И ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ НЕОБХОДИМО: а. произвести ручное отделение и выделение последа б. применить метод Креде-Лазаревича в. прием Абуладзе г. положить лед на низ живот	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
77. ПОД АКУШЕРСКОЙ ПРОМЕЖНОСТЬЮ ПОДРАЗУМЕВАЮТ УЧАСТОК ТКАНЕЙ а. между задней спайкой и анусом б. между анусом и копчиком в. от нижнего края лона до ануса г. от нижнего края лона до копчика	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
78. ПРИЧИНОЙ МЕХАНИЧЕСКОГО РАЗРЫВА МАТКИ В РОДАХ ЯВЛЯЕТСЯ: а. клинически узкий таз б. рубец на матке в. наличие в анамнезе множества аборт г. наличие в анамнезе воспалительных изменений в миометрии	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
79. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НАЧИНАЮЩЕГОСЯ РАЗРЫВА МАТКИ В РОДАХ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО: а. кровянистые выделения из родовых путей б. боли в области нижнего сегмента матки в. тахикардия плода г. слабость родовой деятельности	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
80. ПРИЧИНОЙ ГИСТОПАТОЛОГИЧЕСКОГО РАЗРЫВА МАТКИ В РОДАХ МОЖЕТ БЫТЬ: а. наличие в анамнезе воспалительных изменений в миометрии б. крупный плод в. клинически узкий таз г. неправильное вставление головки	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
81. ПРИ РАЗРЫВЕ ПРОМЕЖНОСТИ II СТЕПЕНИ ПРОИСХОДИТ а. повреждения кожи промежности, стенок влагалища, мышц промежности б. повреждения кожи промежности, стенок влагалища в. повреждения кожи промежности, стенок влагалища, мышц промежности и наружного сфинктера прямой кишки г. повреждения стенок влагалища	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
82. ПРИ РАЗРЫВЕ ПРОМЕЖНОСТИ I СТЕПЕНИ ПРОИСХОДИТ а. повреждения кожи промежности, стенок влагалища	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5,</i>

<p>б. повреждения кожи промежности, стенок влагалища, мышц промежности</p> <p>в. повреждения кожи промежности, стенок влагалища, мышц промежности</p> <p>и</p> <p>наружного сфинктера прямой кишки</p> <p>г. повреждения стенок влагалища</p>	<p>ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>83. ПРИ РАЗРЫВЕ ПРОМЕЖНОСТИ III СТЕПЕНИ ПРОИСХОДИТ</p> <p>а. повреждения кожи промежности, стенок влагалища, мышц промежности и наружного сфинктера прямой кишки</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>

<p>б. повреждения кожи промежности, стенок влагалища, мышц промежности</p> <p>в. повреждения кожи промежности, стенок влагалища</p> <p>г. повреждения стенок влагалища</p>	<p>10.</p>
<p>84. РАЗРЫВ ШЕЙКИ МАТКИ III СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО ОН</p> <p>а. доходит до свода влагалища и сливается с разрывом верхнего отдела влагалища</p> <p>б. менее 2 см</p> <p>в. более 2 см, но не доходит до свода влагалища</p> <p>г. более 3 см</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>85. РАЗРЫВ ШЕЙКИ МАТКИ I СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО ОН</p> <p>а. менее 2 см</p> <p>б. более 2 см, но не доходит до свода влагалища</p> <p>в. доходит до свода влагалища и сливается с разрывом верхнего отдела влагалища</p> <p>г. более 3 см</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>86. РАЗРЫВ ШЕЙКИ МАТКИ II СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО ОН</p> <p>а. более 2 см, но не доходит до свода влагалища</p> <p>б. менее 2 см</p> <p>в. доходит до свода влагалища и сливается с разрывом верхнего отдела влагалища</p> <p>г. более 3 см</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>87. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ УГРОЖАЮЩЕМ РАЗРЫВЕ МАТКИ (НА ПОЧВЕ ИЗМЕНЕНИЙ В СТЕНКЕ МАТКИ) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ</p> <p>а. болезненности нижнего сегмента матки</p> <p>б. сильной родовой деятельности</p> <p>в. затруднения мочеиспускания</p> <p>г. отека шейки матки</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>88. ПРИЧИНЫ РАЗРЫВА МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ:</p> <p>а. несостоятельность послеоперационного рубца на матке после операции кесарева сечения</p> <p>б. клинически узкий таз</p> <p>в. анатомически узкий таз</p> <p>г. крупный плод</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>89. К РАЗРЫВУ МАТКИ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ:</p> <p>а. рубец на матке</p> <p>б. предлежание плаценты</p> <p>в. маловодие</p> <p>г. преэклампсия</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>90. Причина возникновения разрывов влагалища в родах:</p> <p>а. стремительное течение родов</p> <p>б. вторые роды</p> <p>в. преждевременные роды</p> <p>г. эпизиотомия</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>91. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕЛИМИНАРНЫЙ ПЕРИОД ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <p>а. нерегулярными болями внизу живота, в области крестца и пояснице различной интенсивности</p> <p>б. регулярными болезненными схватками</p> <p>в. регулярными схватками различной интенсивности</p> <p>г. нерегулярными безболезненными схватками</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>92. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕЛИМИНАРНЫЙ ПЕРИОД РАЗВИВАЕТСЯ:</p> <p>а. при недостаточной зрелой шейке матки</p> <p>б. при недоношенной беременности</p> <p>в. при головке плода, прижатой ко входу в малый таз</p> <p>г. при отсутствии психоэмоциональных нарушений у беременной</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>93. ДЛЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕЛИМИНАРНОГО ПЕРИОДА ХАРАКТЕРНО:</p> <p>а. продолжительность более 6-8 часов</p> <p>б. регулярные схватки</p> <p>в. отхождение околоплодных вод</p> <p>г. зрелая шейка матки</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>

<p>94. ДЛЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕЛИМИНАРНОГО ПЕРИОДА ХАРАКТЕРНО:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. утомление женщины</li> <li>б. продолжительность 6-8 часов</li> <li>в. отхождение околоплодных вод</li> <li>г. зрелая шейка матки</li> </ul>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>95. ДЛЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕЛИМИНАРНОГО ПЕРИОДА ХАРАКТЕРНО:</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5,</i></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>а. нарушение режима сна и бодрствования</li> <li>б. продолжительность 6-8 часов</li> <li>в. отхождение околоплодных вод</li> <li>г. зрелая шейка матки</li> </ul>	<p><i>ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>96. ПЕРВИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЭТО:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. это аномалия возникает с самого начала родов и продолжается в течение всех родов, при которой все показатели сократительной деятельности матки недостаточны и процессы сглаживания, раскрытия шейки матки и продвижения плода по родовому каналу протекают в замедленном темпе</li> <li>б. это аномалия возникает после периода нормальной родовой деятельности, при которой все показатели сократительной деятельности матки недостаточны и процессы раскрытия шейки матки и продвижения плода по родовому каналу протекают в замедленном темпе</li> <li>в. аномалия характеризующаяся чрезвычайно сильными и частыми схватками и потугами на фоне повышенного тонуса матки</li> <li>г. аномалия характеризующаяся нескоординированными сокращениями между отделами матки, нарушение принципа «тройного нисходящего градиента» и рассогласованностью в работе продольных и поперечных гладкомышечных элементов</li> </ul>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>97. ВТОРИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЭТО:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. это аномалия возникает после периода нормальной родовой деятельности, при которой все показатели сократительной деятельности матки недостаточны и процессы раскрытия шейки матки и продвижения плода по родовому каналу протекают в замедленном темпе</li> <li>б. это аномалия возникает с самого начала родов и продолжается в течение всех родов, при которой все показатели сократительной деятельности матки недостаточны и процессы сглаживания, раскрытия шейки матки и продвижения плода по родовому каналу протекают в замедленном темпе,</li> <li>в. аномалия характеризующаяся чрезвычайно сильными и частыми схватками и потугами на фоне повышенного тонуса матки</li> <li>г. аномалия, характеризующаяся нескоординированными сокращениями между отделами матки, нарушение принципа «тройного нисходящего градиента» и рассогласованностью в работе продольных и поперечных гладкомышечных элементов</li> </ul>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>98. ЧРЕЗМЕРНО СИЛЬНАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЭТО:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. аномалия характеризующаяся чрезвычайно сильными и частыми схватками и потугами на фоне повышенного тонуса матки</li> <li>б. это аномалия возникает с самого начала родов и продолжается в течение всех родов, при которой все показатели сократительной деятельности матки недостаточны и процессы сглаживания, раскрытия шейки матки и продвижения плода по родовому каналу протекают в замедленном темпе,</li> <li>в. это аномалия возникает после периода нормальной родовой деятельности, при которой все показатели сократительной деятельности матки недостаточны и процессы раскрытия шейки матки и продвижения плода по родовому каналу протекают в замедленном темпе</li> <li>г. аномалия, характеризующаяся нескоординированными сокращениями между отделами матки, нарушение принципа «тройного нисходящего градиента» и рассогласованностью в работе продольных и поперечных гладкомышечных элементов</li> </ul>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

<p>99. ДИСКООДИНИРОВАННАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЭТО:</p> <p>а. аномалия, характеризующаяся нескоординированными сокращениями между отделами матки, нарушение принципа «тройного нисходящего градиента» и рассогласованностью в работе продольных и поперечных гладкомышечных элементов</p> <p>б. это аномалия возникает с самого начала родов и продолжается в течение всех родов, при которой все показатели сократительной деятельности матки недостаточны и процессы сглаживания, раскрытия шейки матки и продвижения плода по родовому каналу протекают в замедленном темпе,</p> <p>в. это аномалия возникает после периода нормальной родовой деятельности, при которой все показатели сократительной деятельности матки недостаточны и процессы раскрытия шейки матки и продвижения плода по родовому каналу протекают в замедленном темпе</p> <p>г. аномалия характеризующаяся чрезвычайно сильными и частыми</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
---	--

<p>схватками и потугами на фоне повышенного тонуса матки</p>	
<p>100. ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРНО:</p> <p>а. недостаточная динамика раскрытия шейки матки</p> <p>б. наличие регулярных схваток</p> <p>в. наличие болезненных схваток</p> <p>г. запоздалое излитие околоплодных вод</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>101. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕЛИМИНАРНОГО ПЕРИОДА ИСПОЛЬЗУЮТ:</p> <p>а. бета-адреносимпатетики</p> <p>б. окситоцин</p> <p>в. антибиотики</p> <p>г. амниотомию</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>102. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕЛИМИНАРНОГО ПЕРИОДА ИСПОЛЬЗУЮТ:</p> <p>а. мифепристон</p> <p>б. окситоцин</p> <p>в. антибиотики</p> <p>г. амниотомию</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>103. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕЛИМИНАРНОГО ПЕРИОДА ИСПОЛЬЗУЮТ:</p> <p>а. ПГ Е2 - динопростон б. окситоцин</p> <p>в. антибиотики</p> <p>г. амниотомию</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>104. ПЕРВИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <p>а. частотой схваток менее 2 за 10 минут</p> <p>б. интенсивностью схваток 30-50 мм.рт.ст.</p> <p>в. базальным тонусом 8-12 мм.рт.ст.</p> <p>г. длительностью схваток от 15-20 до 80-90 сек</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>105. ПЕРВИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <p>а. интенсивностью схваток менее 30 мм.рт.ст.</p> <p>б. частотой схваток 4-5 за 10 минут</p> <p>в. базальным тонусом 8-12 мм.рт.ст.</p> <p>г. длительностью схваток от 15-20 до 80-90 сек</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>106. ПЕРВИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <p>а. базальным тонусом менее 8 мм.рт.ст.</p> <p>б. интенсивностью схваток 30-50 мм.рт.ст.</p> <p>в. частотой схваток 4-5 за 10 минут</p> <p>г. длительностью схваток от 15-20 до 80-90 сек</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>107. ПЕРВИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <p>а. длительностью схваток не более 15-20 сек</p> <p>б. интенсивностью схваток 30-50 мм.рт.ст.</p> <p>в. частотой схваток 4-5 за 10 минут</p> <p>г. базальным тонусом 8-12мм.рт.ст.</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>108. ПРИ ПЕРВИЧНОЙ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРНО:</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5,</i></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>а. вялый функционально неполноценный плодный пузырь</li> <li>б. интенсивность схваток 30-50 мм.рт.ст.</li> <li>в. частота схваток 4-5 за 10 минут</li> <li>г. базальный тонус 8-12мм.рт.ст.</li> </ul>	ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>109. ПЕРВИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ПАРТОГРАММЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. удлинением латентной и активной фазы</li> <li>б. укорочением латентной фазы и активной фазы</li> <li>в. нормальной латентной фазой и удлинением активной фазы</li> <li>г. нормальной латентной и активной фазы</li> </ul>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>110. ВТОРИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ПАРТОГРАММЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. нормальной латентной фазой и удлинением активной фазы</li> <li>г. удлинением латентной и активной фазы</li> </ul>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>111. ЧРЕЗМЕРНО СИЛЬНАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НА ПАРТОГРАММЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. укорочением латентной фазы и активной фазы</li> <li>б. нормальной латентной фазой и удлинением активной фазы</li> <li>в. нормальной латентной и активной фазы</li> <li>г. удлинением латентной и активной фазы</li> </ul>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>112. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПЕРВИЧНОЙ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. токолитики</li> <li>б. утеротоники</li> <li>в. антибиотики</li> <li>г. магниезальную терапию</li> </ul>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>113. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПЕРВИЧНОЙ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. токолитики</li> <li>б. амниотомию</li> <li>в. антибиотики</li> <li>г. магниезальную терапию</li> </ul>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>114. СИЛЬНЫЕ И ДЛИТЕЛЬНЫЕ С КОРОТКИМИ ИНТЕРВАЛАМИ СХВАТКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. чрезмерной сильной родовой деятельности</li> <li>б. патологического прелиминарного периода</li> <li>в. слабости родовой деятельности</li> <li>г. дискоординированной родовой деятельности</li> </ul>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>115. ТАКТИКА РОДОСТИМУЛЯЦИИ ОКСИТОЦИНОМ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ВКЛЮЧАЕТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. в/в дозированное введение окситоцина, начиная с минимальной скорости, с постепенным увеличением скорости каждые 15-20 минут</li> <li>б. проведение стимуляции при целом плодном пузыре</li> <li>в. длительность стимуляции в течение 6-8 часов</li> <li>г. антибиотикопрофилактику</li> </ul>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>116. НАЛИЧИЕ АРИТМИЧНЫХ, БОЛЕЗНЕННЫХ, РАЗЛИЧНОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ СХВАТОК ПРИ ОТСУТСТВИИ ДИНАМИКИ РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ НА ФОНЕ АКТИВНОЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. дискоординированной родовой деятельности</li> <li>б. чрезмерно сильной родовой деятельности</li> <li>в. гиперстимуляции окситоцином</li> <li>г. патологического прелиминарного периода</li> </ul>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>117. С ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ДИСКООРДИНИРОВАННОЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. токолитики</li> <li>б. утеротоники</li> <li>в. утеротропины</li> <li>г. амниотомию</li> </ul>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>118. С ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ДИСКООРДИНИРОВАННОЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. эпидуральную анестезию</li> <li>б. утеротоники</li> <li>в. утеротропины</li> <li>г. амниотомию</li> </ul>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>119. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЕТАНИИ МАТКИ ИСПОЛЬЗУЮТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. наркоз и кесарево сечение</li> <li>б. спазмолитики в сочетании с амниотомией</li> <li>в. токолитики в сочетании с амниотомией</li> <li>г. утеротоники в сочетании с эпидуральной анестезией</li> </ul>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.

120. ВТОРИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ НА ФОНЕ: а. развития клинически узкого таза б. преждевременного излития околоплодных вод в. генитального инфантилизма г. плацентарной недостаточности	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
121. АНОМАЛИИ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ ЧАСТО ПРИВОДЯТ К РАЗВИТИЮ: а. акушерских кровотечений б. тяжелой преэклампсии в. низкой плацентации г. неустойчивому положению плода	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
122. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СТРЕМИТЕЛЬНЫХ РОДОВ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ СОСТАВЛЯЕТ:	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5,</i>

а. до 2 часов б. до 3 часов в. до 4 часов г. до 6 часов	<i>ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
123. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СТРЕМИТЕЛЬНЫХ РОДОВ У ПЕРВОРОДЯЩИХ СОСТАВЛЯЕТ: а. до 4 часов б. до 2 часов в. до 3 часов г. до 6 часов	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
124. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БЫСТРЫХ РОДОВ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ СОСТАВЛЯЕТ: а. 2-4 часа б. до 2 часов в. 4-6 часов г. 6-8 часов	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
125. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БЫСТРЫХ РОДОВ У ПЕРВОРОДЯЩИХ СОСТАВЛЯЕТ: а. 4-6 часов б. до 2 часов в. 2-4 часа г. 6-8 часов	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
126. ПРЕЭКЛАМПСИЯ - ЭТО СОСТОЯНИЕ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ а. во время беременности б. при высоком содержании пролактина в. при опухоли яичников г. при воспалении придатков матки	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
127. ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ УМЕРЕННОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ ЯВЛЯЮТСЯ а. артериальная гипертензия: САД $\geq 140$ мм.рт.ст. или ДАД $\geq 90$ мм.рт.ст., возникшая при сроке беременности $> 20$ недель в сочетании с протеинурией $\geq 0,3$ г/л белка в 24 час пробе мочи б. артериальная гипертензия: САД $\geq 140$ мм.рт.ст. или ДАД $\geq 90$ мм.рт.ст., возникшая при сроке беременности $> 20$ недель в сочетании с протеинурии $\geq 5,0$ г/л белка в 24 час пробе мочи в. артериальная гипертензия: САД $\geq 160$ мм.рт.ст. или ДАД $\geq 110$ мм.рт.ст., возникшая при сроке беременности $> 20$ недель в сочетании с протеинурией $\geq 5,0$ г/л белка в 24 час пробе мочи г. артериальная гипертензия: САД $\geq 160$ мм.рт.ст. или ДАД $\geq 110$ мм.рт.ст., возникшая при сроке беременности $> 20$ недель в сочетании с протеинурией $\geq 0,3$ г/л белка в 24 час пробе мочи	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
128. ДЛЯ УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ХАРАКТЕРНО: а. САД 140-159 мм.рт.ст. и/или ДАД 90-109 мм.рт.ст.; б. САД $< 140$ мм.рт.ст. и ДАД $< 90$ мм.рт.ст.; в. САД 160 мм.рт.ст. и/или ДАД 110 мм.рт.ст.; г. САД 140-159 мм.рт.ст и/или ДАД 110 мм.рт.ст..	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>

<p>129. ПЕРВОРОДЯЩАЯ ЖЕНЩИНА, 30 ЛЕТ, ПОСТУПИЛА В ОТДЕЛЕНИЕ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ. АД - 180/110 ММ РТ. СТ., В МОЧЕ БЕЛОК 6 Г/Л, ОТЕКИ ГОЛЕНЕЙ. СРОК БЕРЕМЕННОСТИ - 37 НЕДЕЛЬ, ПРЕДЛЕЖАНИЕ ГОЛОВНОЕ, СЕРДЦЕБИЕНИЕ ПЛОДА ЯСНОЕ, ДО 140 В МИНУТУ. ВАШ ДИАГНОЗ:</p> <p>а. тяжелая преэклампсия б. умеренная преэклампсия в. гестационная артериальная гипертензия г. эклампсия</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>130. К ФАКТОРОМ ВЫСОКОГО РИСКА ПРЕЭКЛАМПСИИ НЕ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>а. многоплодная беременность. б. сахарный диабет; в. аутоиммунные заболевания; г. хроническая гипертония;</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>131. К ФАКТОРАМ УМЕРЕННОГО РИСКА ПРЕЭКЛАМПСИИ НЕ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>а. преэклампсия при предыдущей беременности; б. многоплодная беременность; в. возраст 40 лет и старше; г. наличие преэклампсии в семейном анамнезе.</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

<p>132. К КОНЦЕПЦИИ «ОПАСНОГО ОТЦА» НЕ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>а. Возраст 30 лет б. Рожденный от беременности с преэклампсией в. Новый партнер/донорская сперма/короткий интервал зачатия г. Наличие ожирения</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>133. ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПРОТЕИНУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. количественное определение белка в суточной порции; б. использование тест-полоски; в. количественное определение белка в двух пробах, взятых с интервалом в 6 часов; г. кольцевая проба Геллера.</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>134. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ УМЕРЕННОЙ СТЕПЕНИ ПРОТЕИНУРИИ:</p> <p>а. уровень белка 0,3-5 г/сут. или &gt;0,3 г/л в двух разовых порциях мочи; б. уровень белка <math>\geq 5</math> г/сут. или 3 г/л в двух разовых порциях мочи; в. уровень белка &lt;0,3 г/сут., а также &lt;0,3 г/л в двух разовых порциях мочи; г. уровень белка <math>\geq 5</math> г/сут. или значение «3+» по тест-полоске.</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>135. ВЫБЕРИТЕ ПРЕПАРАТ ДЛЯ БЫСТРОГО СНИЖЕНИЯ АД ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ:</p> <p>а. нифедипин; б. магния сульфат; в. урапидил; г. спиронолактон.</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>136. БЕРЕМЕННЫМ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ РЕКОМЕНДОВАНО:</p> <p>а. Аспирин 75-162 мг в день с 12 недели до родов; б. Аспирин 500 мг в день с 12 недели до родов; в. Аспирин 1 г мг в день с 12 недели до родов; г. Аспирин 0,5-1 г мг в день с 12 недели до родов.</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>137. ПАЦИЕНТКА К., 30 ЛЕТ, СРОК БЕРЕМЕННОСТИ 37 НЕДЕЛЬ, ПОСТУПИЛА В ПРИЕМНЫЙ ПОКОЙ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА С ЖАЛОБАМИ НА ГОЛОВНЫЕ БОЛИ. АД - 180/110 ММ РТ. СТ., ОАМ: БЕЛОК 6 Г/Л, ОТЕКИ ГОЛЕНЕЙ. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:</p> <p>а. тяжелая преэклампсия; б. умеренная преэклампсия; в. гестационная АГ; г. отеки беременных.</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>138. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ВЫРАЖЕННОЙ СТЕПЕНИ ПРОТЕИНУРИИ:</p> <p>а. уровень белка <math>\geq 5</math> г/сут. или 3 г/л в двух разовых порциях мочи; б. уровень белка 0,3-5 г/сут. или &gt;0,3 г/л в двух разовых порциях мочи; в. уровень белка &lt;0,3 г/сут., а также &lt;0,3 г/л в двух разовых порциях мочи; г. уровень белка 0,3-5 г/сут. или значение «1+» по тест-полоске.</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

139. БЕРЕМЕННЫМ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ РЕКОМЕНДОВАНО: 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.	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
140. ДЛЯ ТЯЖЕЛОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ХАРАКТЕРНО: 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..	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
141. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ АД (БЕЗОПАСНЫЙ ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА) ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ: 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..	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
142. РАННЯЯ ПОСЛЕРОДОВАЯ ЭКЛАМПСИЯ ВОЗНИКАЕТ: 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.	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
143. КЛЮЧЕВЫМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА ПРЕЭКЛАМПСИИ НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ ПРИЗНАНО: а. эндотелиальная дисфункция; б. избыточное потребление жидкости;	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>

в. нейроциркуляторные расстройства; г. гормональные сдвиги.	
144. Поздняя послеродовая эклампсия возникает: 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	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
145. СУЛЬФАТ МАГНИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СУДОРОГ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ ВВОДИТСЯ: 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).	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
146. ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ: а. дилтиазем; б. клонидин; в. верапамил; г. метопролол;	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
147. ОСНОВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ПЛАНОВОЙ ТЕРАПИИ АГ У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ: а. метилдопа, нифедипин; б. клонидин, фуросемид; в. метилдопа, урапидил; г. нифедипин, урапидил	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
148. 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, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
149. ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ НЕ РЕКОМЕНДОВАНЫ: а. атенолол; б. метопролол; в. метилдопа; г. нифедипин.	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>

<p>150. РАННЯЯ ПЭ ВОЗНИКАЕТ:</p> <p>а. до 34 недель беременности;</p> <p>б. до 28 недель беременности;</p> <p>в. до 22 недель беременности;</p> <p>г. до 32 недель беременности.</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>151. ЧЕМ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ВТОРОГО МОМЕНТА ТИПИЧНОГО ПРИПАДКА СУДОРОГ ПРИ ЭКЛАМПСИИ:</p> <p>а. тонические судороги;</p> <p>б. клонические судороги;</p> <p>в. фибриллярные подергивания мышц лица;</p> <p>г. изо рта выделяется пена, окрашенная кровью, лицо постепенно розовеет, зрачки постепенно сужаются.</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>152. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ПЛАНОВОЙ ТЕРАПИИ АГ У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. метилдопа;</p> <p>б. метопролол;</p> <p>в. клонидин;</p> <p>г. урапидил.</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>153. ПОЗДНЯЯ ПРЕЭКЛАМПСИЯ ВОЗНИКАЕТ:</p> <p>а. после 34 недель беременности;</p> <p>б. после 22 недель беременности;</p> <p>в. после 36 недель беременности;</p> <p>г. после 28 недель беременности.</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>154. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ТРЕТЬЕГО МОМЕНТА ТИПИЧНОГО ПРИПАДКА СУДОРОГ ПРИ ЭКЛАМПСИИ:</p> <p>а. клонические судороги;</p> <p>б. тонические судороги;</p> <p>в. фибриллярные подергивания мышц лица;</p> <p>г. изо рта выделяется пена, окрашенная кровью, лицо постепенно розовеет,</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>

<p>зрачки постепенно сужаются.</p>	
<p>155. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ЧЕТВЕРТОГО МОМЕНТА СУДОРОГ ПРИ ЭКЛАМПСИИ:</p> <p>а. глубокий вдох, восстановление дыхания, сознания, амнезия;</p> <p>б. клонические судороги;</p> <p>в. тонические судороги;</p> <p>г. мелкие фибриллярные подергивания мышц лица.</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>156. ПОЗДНЯЯ ПОСЛЕРОДОВАЯ ЭКЛАМПСИЯ ВОЗНИКАЕТ:</p> <p>а. в течение 28 суток после родов.</p> <p>б. в течение 48 часов после родов;</p> <p>в. в течение 24 часов после родов;</p> <p>г. в течение 7 суток после родов;</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>157. НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ – ЭТО:</p> <p>а. прерывание беременности в сроки от зачатия до 37 недель</p> <p>б. все случаи антенатальной и интранатальной гибели плода</p> <p>в. наблюдается во II триместре беременности</p> <p>г. прерывание беременности после 22 недель гестации</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>158. СОГЛАСНО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВОЗ ВЫКИДЫШЕМ НАЗЫВАЕТСЯ САМОПРОИЗВОЛЬНОЕ ИЗГНАНИЕ ПЛОДА МАССОЙ:</p> <p>а. до 500 г</p> <p>б. до 100 г</p> <p>в. от 500 до 1000 г</p> <p>г. от 500 до 2500 г</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>159. САМОПРОИЗВОЛЬНЫМ ВЫКИДЫШЕМ НАЗЫВАЕТСЯ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В СРОКЕ:</p> <p>а. от зачатия до 22 недель</p> <p>б. от зачатия до 12 недель</p> <p>в. от зачатия до 28 недель</p> <p>г. от зачатия до 37 недель</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>160. РАННИМ САМОПРОИЗВОЛЬНЫМ ВЫКИДЫШЕМ НАЗЫВАЕТСЯ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В СРОКЕ:</p> <p>а. до 12 недель</p> <p>б. до 6 недель</p> <p>в. до 8 недель</p> <p>г. до 10 недель</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>

<p>161. ПОЗДНИМ САМОПРОИЗВОЛЬНЫМ ВЫКИДЫШЕМ НАЗЫВАЕТСЯ ПЕРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В СРОКЕ:</p> <p>а. с 13 до 22 недель  б. с 13 до 16 недель  в. с 13 до 28 недель  г. с 22 до 28 недель</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>162. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРИЧИНАМИ СПОРАДИЧЕСКИХ РАННИХ ВЫКИДЫШЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>а. хромосомные аномалии  б. гормональные нарушения  в. иммунологические нарушения  г. медицинские аборт в анамнезе</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>163. ПРИВЫЧНЫЙ ВЫКИДЫШ – ЭТО:</p> <p>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</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>164. ФАКТОР, КОТОРЫЙ ОШИБОЧНО АССОЦИИРУЮТ С РАННЕЙ ПОТЕРЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ:</p> <p>а. авиаперелеты  б. лихорадка  в. употребление алкоголя  г. поздний возраст матери</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>165. ФАКТОР, СВЯЗАННЫЙ С РАННЕЙ ПОТЕРЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ:</p> <p>а. курение более 10 сигарет в день  б. использование оральных контрацептивов до беременности</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>

<p>в. сексуальная активность  г. стресс</p>	<p>10.</p>
<p>166. У БЕРЕМЕННОЙ ТЯНУЩИЕ БОЛИ ВНИЗУ ЖИВОТА И В ПОЯСНИЦЕ; ТОНУС МАТКИ ПОВЫШЕН; ШЕЙКА МАТКИ НЕ УКРОЧЕНА; ВНУТРЕННИЙ ЗЕВ ЗАКРЫТ; ВЕЛИЧИНА МАТКИ СООТВЕТСТВУЕТ СРОКУ БЕРЕМЕННОСТИ; ЭТО ХАРАКТЕРИЗУЕТ:</p> <p>а. угрожающий выкидыш  б. начавшийся выкидыш  в. выкидыш в ходу  г. неполный выкидыш</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>167. У БЕРЕМЕННОЙ БОЛИ ВНИЗУ ЖИВОТА И В ПОЯСНИЦЕ УМЕРЕННОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ; УМЕРЕННЫЕ КРОВЯНИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ; ШЕЙКА МАТКИ СОХРАНЕНА, ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ КАНАЛ ПРИОТКРЫТ; ВЕЛИЧИНА МАТКИ СООТВЕТСТВУЕТ СРОКУ БЕРЕМЕННОСТИ; ЭТО ХАРАКТЕРИЗУЕТ:</p> <p>а. начавшийся выкидыш  б. угрожающий выкидыш  в. выкидыш в ходу  г. неполный выкидыш</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>168. У БЕРЕМЕННОЙ СХВАТКООБРАЗНЫЕ БОЛИ ВНИЗУ ЖИВОТА; ОБИЛЬНЫЕ КРОВЯНИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ; ВНУТРЕННИЙ И НАРУЖНЫЙ ЗЕВ ОТКРЫТЫ; ПЛОДНОЕ ЯЙЦО НАХОДИТСЯ В ЦЕРВИКАЛЬНОМ КАНАЛЕ; МАТКА МЯГКОВАТОЙ КОНСИСТЕНЦИИ, ВЕЛИЧИНА ЕЕ МЕНЬШЕ, ЧЕМ ДОЛЖНА БЫТЬ ПРИ ПРЕДПОЛАГАЕМОМ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ; ЭТО ХАРАКТЕРИЗУЕТ:</p> <p>а. выкидыш в ходу  б. угрожающий выкидыш  в. начавшийся выкидыш  г. неполный выкидыш</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>

169. У БЕРЕМЕННОЙ БОЛИ ВНИЗУ ЖИВОТА; ОБИЛЬНЫЕ КРОВЯНИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ; ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ КАНАЛ СВОБОДНО ПРОПУСКАЕТ ПАЛЕЦ; МАТКА МЯГКОВАТОЙ КОНСИСТЕНЦИИ, ВЕЛИЧИНА ЕЕ МЕНЬШЕ, ЧЕМ ДОЛЖНА БЫТЬ ПРИ ПРЕДПОЛАГАЕМОМ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ; ПО ДАННЫМ УЗИ В ПОЛОСТИ МАТКИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ОСТАТКИ ПЛОДНОГО ЯЙЦА; ЭТО ХАРАКТЕРИЗУЕТ: а. неполный выкидыш б. угрожающий выкидыш в. начавшийся выкидыш г. выкидыш в ходу	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
170. У БЕРЕМЕННОЙ ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ТРИДЦАТЬ ВОСЕМЬ С ПОЛОВИНОЙ ГРАДУСОВ ЦЕЛЬСИЯ, ОЗНОБ, НЕДОМОГАНИЕ; БОЛИ ВНИЗУ ЖИВОТА; КРОВЯНИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ; ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ОСМОТРЕ – ТАХИКАРДИЯ, ТАХИПНОЭ, НАПРЯЖЕНИЕ МЫШЦ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ; ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ – ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ КАНАЛ СВОБОДНО ПРОПУСКАЕТ ПАЛЕЦ; МАТКА БОЛЕЗНЕННАЯ, МЯГКОВАТОЙ КОНСИСТЕНЦИИ, ВЕЛИЧИНА ЕЕ МЕНЬШЕ, ЧЕМ ДОЛЖНА БЫТЬ ПРИ ПРЕДПОЛАГАЕМОМ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ; ЭТО ХАРАКТЕРИЗУЕТ: а. септический выкидыш б. начавшийся выкидыш в. выкидыш в ходу г. выкидыш в ходу	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
171. К ПРИЗНАКАМ УГРОЖАЮЩЕГО ВЫКИДЫША ОТНОСЯТ: а. тянущие боли внизу живота б. обильные кровянистые выделения из половых путей в. приоткрытый цервикальный канал г. величина матки меньше предполагаемого срока беременности	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
172. К ПРИЗНАКАМ НАЧАВШЕГОСЯ ВЫКИДЫША ОТНОСЯТ: а. приоткрытый цервикальный канал б. плодное яйцо находится в цервикальном канале в. величина матки меньше предполагаемого срока беременности г. схваткообразные боли внизу живота	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
173. К ПРИЗНАКАМ НАЧАВШЕГОСЯ ВЫКИДЫША ОТНОСЯТ:	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК -</i>

а. умеренные кровянистые выделения б. плодное яйцо находится в цервикальном канале в. величина матки меньше предполагаемого срока беременности г. схваткообразные боли внизу живота	<i>4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
174. К ПРИЗНАКАМ ВЫКИДЫША В ХОДУ ОТНОСЯТ: а. плодное яйцо находится в цервикальном канале б. тянущие боли внизу живота в. величина матки соответствует сроку беременности г. скудные кровянистые выделения из половых путей	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
175. К ПРИЗНАКАМ НЕПОЛНОГО ВЫКИДЫША ОТНОСЯТ: а. остатки плодного яйца в полости матки по данным УЗИ. б. величина матки соответствует сроку беременности в. обильные кровянистые выделения из половых путей г. сильные схваткообразные боли внизу живота	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
176. 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, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
177. 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, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>

<p>178. ТКАНЬ, ПОЛУЧЕННАЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВЫКИДЫША, ДОЛЖНА БЫТЬ НАПРАВЛЕНА НА ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:</p> <p>а. в обязательном порядке  б. по усмотрению лечащего врача  в. по желанию пациентки  г. только при привычном выкидыше</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>179. ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ СЛЕДУЮЩУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ МОЖНО ПЛАНИРОВАТЬ:</p> <p>а. через 3 месяца  б. через 1 месяц  в. через 6 месяцев  г. через 12 месяцев</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>180. С ЦЕЛЬЮ КУПИРОВАНИЯ СИМПТОМОВ УГРОЖАЮЩЕГО И НАЧАВШЕГОСЯ ВЫКИДЫША ЭФФЕКТИВНО:</p> <p>а. назначение препаратов прогестерона  б. соблюдение постельного режима  в. назначение препаратов магния  г. назначение нестероидных противовоспалительных средств</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>181. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРИЧИНАМИ ПОЗДНЕГО САМОПРОИЗВОЛЬНОГО ВЫКИДЫША ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>а. истмико-цервикальная недостаточность  б. низкая плацентация  в. гиперандрогения  г. плацентарная недостаточность</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>182. ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ НАЗЫВАЮТ РОДЫ, НАСТУПИВШИЕ В СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ</p> <p>а. 22 недель – 36недель 6 дней включительно  б. 37 недель  в. 28 недель – 37 недель  г. 24 недель – 28 недель</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>183. ОЧЕНЬ РАННИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ – ЭТО РОДЫ В</p> <p>а. 22 недели - 27 недель 6 дней включительно;  б. 28 недель - 30 недель 6 дней включительно;  в. 31 неделя - 33 недели 6 дней включительно;  г. 34 недели - 36 недель 6 дней включительно.</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>184. РАННИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ - ЭТО РОДЫ В</p> <p>а. 28 недель - 30 недель 6 дней включительно;  б. 22 недели - 27 недель 6 дней включительно;</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

<p>в. 31 неделя - 33 недели 6 дней включительно;  г. 34 недели - 36 недель 6 дней включительно.</p>	<p><i>10.</i></p>
<p>185. ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ ПО КЛАССИФИКАЦИИ В СООТВЕТСТВИИ СО СРОКОМ БЕРЕМЕННОСТИ, ПРИ КОТОРЫХ ИМЕЕТ МЕСТО НЕДОНОШЕННОСТЬ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ - ЭТО РОДЫ В</p> <p>а. 31 неделя - 33 недели 6 дней включительно;  б. 22 недели - 27 недель 6 дней включительно;  в. 28 недель - 30 недель 6 дней включительно;  г. 34 недели - 36 недель 6 дней включительно.</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>186. ПОЗДНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ - ЭТО РОДЫ В</p> <p>а. 34 недели - 36 недель 6 дней включительно  б. 22 недели - 27 недель 6 дней включительно;  в. 28 недель - 30 недель 6 дней включительно;  г. 31 неделя - 33 недели 6 дней включительно;</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>187. ДОРОДОВОЕ ИЗЛИТИЕ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ - ЭТО ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЙ РАЗРЫВ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК С ИЗЛИТИЕМ/ПОДТЕКАНИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД:</p> <p>а. в сроке 22 недели - 36 недель 6 дней;  б. в сроке 28 недель - 36 недель 6 дней;  в. в сроке 22 недели - до наступления родов;  г. в сроке 36 недель 6 дней - до наступления родов.</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

<p>188. К АНАМНЕСТИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>а. 1 и более ПР в анамнезе;  б. 1 и более ранний выкидыш в анамнезе  в. отсутствие родов в анамнезе;  г. хроническая никотиновая зависимость.</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>189. К АНАМНЕСТИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>а. 1 и более поздних выкидышей в анамнезе;  б. 1 и более ранний самопроизвольный выкидыш в анамнезе;  в. отсутствие родов в анамнезе;  г. хроническая никотиновая зависимость.</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>190. К АНАМНЕСТИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>а. высокий паритет - более 4 родов в анамнезе.  б. 1 и более ранний самопроизвольный выкидыш;  в. хроническая никотиновая зависимость;  г. отсутствие родов в анамнезе;</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>191. К АНАМНЕСТИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>а. 2 и более выскабливаний полости матки.  б. Хроническая никотиновая зависимость;  в. 1 и более ранний выкидышей в анамнезе;  г. отсутствие родов в анамнезе.</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>192. К АНАМНЕСТИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>а. конизация/ампутация шейки матки.  б. Хроническая никотиновая зависимость;  в. 1 и более ранний выкидышей в анамнезе;  г. отсутствие родов в анамнезе;</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>193. МЕТОДОМ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА ПР ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>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><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>194. ФАКТОРОМ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ ДЛИНА ШЕЙКИ МАТКИ</p> <p>а. 25 мм и менее  б. 30 мм и менее  в. 20 мм и менее  г. 15 мм и менее</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>195. АНТЕНАТАЛЬНАЯ КОРТИКОСТЕРОИДНАЯ ТЕРАПИЯ</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК -</i></p>

<p>ВЫСОКОЭФФЕКТИВНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РДС, ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ И НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В СРОКЕ:</p> <p>а. 24 - 34 недели;  б. 24 - 36 недель;  в. 28 - 34 недели  г. 34 - 36 недель.</p>	<p><i>4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>196. РЕКОМЕНДУЕМЫЕ СХЕМЫ АНТЕНАТАЛЬНОЙ КОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ:</p> <p>а. 2 дозы бетаметазона в/м по 12 мг с интервалом 24 часов;  б. 4 дозы дексаметазона в/м по 8 мг с интервалом 6 часов;  в. 3 дозы дексаметазона в/м по 6 мг через 4 часа;  г. 2 дозы дексаметазона в/м по 12 мг с интервалом в 12 часов</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>197. РЕКОМЕНДУЕМЫЕ СХЕМЫ АНТЕНАТАЛЬНОЙ КОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ:</p> <p>а. 2 дозы бетаметазона в/м по 8 мг с интервалом 12 часов;  б. 4 дозы дексаметазона в/м по 6 мг с интервалом 12 часов;  в. 3 дозы дексаметазона в/м по 6 мг через 4 часа;  г. 2 дозы дексаметазона в/м по 12 мг с интервалом в 12 часов</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

<p>198. РЕКОМЕНДУЕМЫЕ СХЕМЫ АНТЕНАТАЛЬНОЙ КОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ:</p> <p>а. 3 дозы дексаметазона в/м по 8 мг через 8 часов;  б. 2 дозы бетаметазона в/м по 8 мг с интервалом 12 часов;  в. 4 дозы дексаметазона в/м по 8 мг с интервалом 6 часов;  г. 2 дозы дексаметазона в/м по 12 мг с интервалом в 12 часов</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>199. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ТОКОЛИЗА:</p> <p>а. Атосибан  б. Магния сульфат  в. Ношпа  г. Папаверина гидрохлорид</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>200. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ТОКОЛИЗА:</p> <p>а. Нифедипин  б. Магния сульфат  в. Ношпа  г. Папаверина гидрохлорид</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>201. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ТОКОЛИЗА:</p> <p>а. Гексопреналина сульфат  б. Ношпа  в. Магния сульфат  г. Папаверина гидрохлорид</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>202. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ТОКОЛИЗА:</p> <p>а. индометацин  б. Ношпа  в. Магния сульфат  г. Папаверина гидрохлорид</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>203. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ТОКОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ:</p> <p>а. Атосибан  б. Нифедипин  в. Индометацин  г. Гексопреналина сульфат</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>204. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ТОКОЛИЗА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЁ, КРОМЕ:</p> <p>а. предлежание плаценты;  б. хориоамнионит;  в. преждевременная отслойка плаценты;  г. тяжелая экстрагенитальная патология матери.</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>205. АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ХОРИОАМНИОНИТЕ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ</p> <p>а. показано быстрое родоразрешение  б. пролонгировать беременность  в. пролонгировать беременность с проведением  г. антибиотикотерапии  д. показано кесарево сечение</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>206. ИЗ ПРЕДСТАВЛЕННЫХ НИЖЕ ТОКОЛИТИКОВ НАИМЕНЬШИМИ</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК -</i></p>

<p>ПОБОЧНЫМИ ЭФФЕКТАМИ ОБЛАДАЕТ:</p> <p>а. нифедипин;  б. атосибан;  в. гексапреналина сульфат;  г. индометацин.</p>	<p><i>4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>207. У КАКОГО ПРЕПАРАТА ОТСУТСТВУЕТ ДОКАЗАННЫЙ ТОКОЛИТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ, НО ИМЕЕТСЯ ДОКАЗАННЫЙ НЕЙРОПРОТЕКТОРНОЕ ДЕЙСТВИЕ:</p> <p>а. сульфат магния;  б. атосибан;  в. нифедипин;  г. индометацин.</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>208. ИНДОМЕТАЦИН В КАЧЕСТВЕ ТОКОЛИТИКА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДО:</p> <p>а. 32 недель;  б. 26 недель  в. 34 недель;  г. 37 недель;</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

<p>209. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АКТИВНЫХ ПЕРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ:</p> <p>а. схватки не менее 4-х за 20 минут;  б. Схватки не менее 2-х за 20 минут  в. схватки не менее 4-х за 30 минут;  г. размягчение и укорочение шейки матки до 1 см;</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>210. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АКТИВНЫХ ПЕРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ:</p> <p>а. сглаживание и раскрытие шейки матки;  б. схватки не менее 2-х за 20 минут;  в. схватки не менее 4-х за 30 минут;  г. размягчение и укорочение шейки матки до 1 см</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>211. ПАЦИЕНТКА НАХОДИТСЯ В СТАЦИОНАРЕ I ГРУППЫ (УРОВНЯ). СРОК БЕРЕМЕННОСТИ 35 НЕДЕЛЬ. СХВАТКИ С ЧАСТОТОЙ 4 ЗА 20 МИНУТ, ОТКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ 2 СМ. КАКИЕ НЕОБХОДИМО ПРЕДПРИНЯТЬ ДЕЙСТВИЯ?</p> <p>а. начать токолиз, транспортировка в стационар II группы.  б. начать токолиз, профилактику РДС, транспортировка в стационар III группы;  в. начать токолиз, профилактику РДС, транспортировка в стационар II группы;  г. вызов мобильной неонатологической реанимационной бригады, роды;</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>212. ПАЦИЕНТКА НАХОДИТСЯ В СТАЦИОНАРЕ I ГРУППЫ (УРОВНЯ). СРОК БЕРЕМЕННОСТИ 30 НЕДЕЛЬ. СХВАТКИ С ЧАСТОТОЙ 4 ЗА 20 МИНУТ, ОТКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ 2 СМ. КАКИЕ НЕОБХОДИМО ПРЕДПРИНЯТЬ ДЕЙСТВИЯ?</p> <p>а. начать токолиз, профилактику РДС, транспортировка в стационар III группы; б. начать токолиз, профилактику РДС, транспортировка в стационар II группы; в. вызов мобильной неонатологической реанимационной бригады, роды;  г. начать токолиз, транспортировка в стационар II группы</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>213. ПАЦИЕНТКА НАХОДИТСЯ В СТАЦИОНАРЕ I ГРУППЫ (УРОВНЯ). СРОК БЕРЕМЕННОСТИ 31 НЕДЕЛЯ. СХВАТКИ С ЧАСТОТОЙ 4 ЗА 20 МИНУТ, ОТКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ 5 СМ. КАКИЕ НЕОБХОДИМО ПРЕДПРИНЯТЬ ДЕЙСТВИЯ?</p> <p>а. вызов мобильной неонатологической реанимационной бригады, ведение роды  б. начать токолиз, транспортировка в стационар III группы;  в. начать токолиз, профилактику РДС, транспортировка в стационар III группы;  г. начать токолиз, профилактику РДС, транспортировка в стационар II группы;</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>214. ПАЦИЕНТКА НАХОДИТСЯ В СТАЦИОНАРЕ I ГРУППЫ (УРОВНЯ). СРОК БЕРЕМЕННОСТИ 35 НЕДЕЛЬ. СХВАТКИ С ЧАСТОТОЙ 4 ЗА 20 МИНУТ, ОТКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ 6 СМ. КАКИЕ НЕОБХОДИМО ПРЕДПРИНЯТЬ ДЕЙСТВИЯ?</p> <p>а. вызов неонатолога, ведение родов;  б. начать токолиз, транспортировка в стационар II группы;  в. начать токолиз, профилактику РДС, транспортировка в стационар II группы;  г. вызов мобильной неонатологической реанимационной бригады, ведение роды.</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>215. К РЕКОМЕНДУЕМОЙ ВТОРИЧНОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ПЕРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>а. назначение вагинального прогестерона в капсулах беременным с короткой шейкой матки менее 25 мм или с преждевременными родами в анамнезе;  б. ограничение повторных внутриматочных манипуляций (выскабливание полости матки);  в. рутинное применение поливитаминов до зачатия и на протяжении первых двух месяцев беременности;  г. постельный режим (Bedrest).</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>216. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РЕКОМЕНДОВАНА ПРИ</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК -</i></p>
<p>БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ, ОПРЕДЕЛЯЕМОЙ КАК НАЛИЧИЕ БАКТЕРИЙ В ПОСЕВЕ МОЧИ В КОЛИЧЕСТВЕ:</p> <p>а. более 105 КОЕ/мл.  б. более 102 КОЕ/мл;  в. более 103 КОЕ/мл;  г. более 104 КОЕ/мл;</p>	<p><i>4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>217. КАКОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ ВЕРНО?</p> <p>а. эпидуральная анальгезия предпочтительней использования наркотических анальгетиков;  б. анальгезия при ПР противопоказана;  в. анальгезия наркотическими анальгетиками предпочтительней эпидуральной; г. при преждевременных родах может быть использована только немедикаментозная анальгезия.</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

<p>218. ПРИ ДОРОВОДОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ВОЗМОЖНО ПРОВЕДЕНИЕ ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКИ</p> <p>а. в сроке до 34 недель;  б. в сроке до 28 недель;  в. в сроке до 37 недель;  г. не зависит от срока беременности.</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>219. ПРИ ДОРОВОДОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ДЛИТЕЛЬНАЯ ВЫЖИДАТЕЛЬНАЯ ТАКТИКА НЕ ПОКАЗАНА</p> <p>а. в сроке 34 недели и более  б. в сроке до 34 недель  в. в сроке после 28 недель  г. не зависит от срока беременности</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>220. ПРИНЦИПЫ ПРОВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ДОРОВОДОМ ИЗЛИТИИ ВОД (ДИВ):</p> <p>а. начинать с момента постановки диагноза ДИВ и проводить до рождения ребенка;  б. начинать с момента постановки диагноза преждевременных родов; в. начинать после рождения ребенка;  г. не проводить антибиотикопрофилактику при отсутствии клинических признаков инфекции.</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>221. ЧЛЕНОРАСПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА, ПРИ КОТОРОМ НОЖКИ СОГНУТЫ В ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВАХ, РАЗОГНУТЫ В КОЛЕННЫХ СУСТАВАХ, ВЫТЯНУТЫ ВДОЛЬ ТУЛОВИЩА, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:</p> <p>а. чисто ягодичного предлежания  б. смешанного ягодичного предлежания  в. неполного ножного предлежания  г. неполного ножного предлежания</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>222. ЧЛЕНОРАСПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА, ПРИ КОТОРОМ НОЖКИ СОГНУТЫ В ТАЗОБЕДРЕННЫХ И КОЛЕННЫХ СУСТАВАХ, РАЗОГНУТЫ В ГОЛЕНОСТОПНЫХ СУСТАВАХ, ВМЕСТЕ С ЯГОДИЦАМИ ПРЕДЛЕЖИТ ОДНА ИЛИ ОБЕ СТОПКИ ПЛОДА, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:</p> <p>д. смешанного ягодичного предлежания  е. неполного ножного предлежания  ж. полного ножного предлежания  з. чистоягодичного</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>223. ЧЛЕНОРАСПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА, ПРИ КОТОРОМ ОДНА НОЖКА РАЗОГНУТА В ТАЗОБЕДРЕННОМ СУСТАВЕ И ПРЕДЛЕЖИТ, ДРУГАЯ НОЖКА СОГНУТА В ТАЗОБЕДРЕННОМ СУСТАВЕ И ВЫТЯНУТА ВДОЛЬ ТУЛОВИЩА, ХАРАКТЕРНО:</p> <p>а. неполного ножного предлежания  б. смешанного ягодичного предлежания  в. полного ножного предлежания  г. чистоягодичного</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>224. ДЛЯ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПРИ НАРУЖНОМ АКУШЕРСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ХАРАКТЕРНО:</p> <p>а. баллотирующая часть в дне матки</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

<p>б. баллотирующая часть над входом в малый таз  в. отсутствие предлежащей части над входом в малый таз  г. сердцебиение плода выслушивается ниже пупка</p>	<p><i>10.</i></p>
<p>225. КОРРИГИРУЮЩУЮ ГИМНАСТИКУ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ПРОВОДЯТ ОБЫЧНО В СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ:</p> <p>а. 28-40 нед  б. 14-20 нед  в. 21-28 нед  г. 38-40 нед</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>226. ЧЕТВЕРТЫЙ МОМЕНТ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ЧИСТОЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ:</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5,</i></p>

<p>а. внутренний поворот плечиков и наружный поворот туловища б. внутренний поворот ягодиц</p> <p>в. боковое сгибание поясничной части позвоночника плода г. боковое сгибание шейно-грудной части позвоночника</p>	<p><i>ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>227. ДЛЯ НЕПОЛНОГО НОЖНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА ХАРАКТЕРНО ПРЕДЛЕЖАНИЕ:</p> <p>а. одной ножки</p> <p>б. обеих ножек</p> <p>в. ягодиц вместе с ножками</p> <p>г. коленок</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>228. В РОДАХ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ ГОЛОВКА ПЛОДА ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ:</p> <p>а. малым косым размером</p> <p>б. средним косым размером</p> <p>в. большим косым размером</p> <p>г. прямым размером</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>229. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ИНФОРМАТИВНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЕМЫ ЛЕОПОЛЬДА:</p> <p>а. первый, третий, четвертый</p> <p>б. первый, второй, третий</p> <p>в. второй, третий, четвертый</p> <p>г. первый, второй, четвертый</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>230. ВАРИАНТ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ:</p> <p>а. при влагалищном исследовании в родах</p> <p>б. во втором триместре</p> <p>в. в третьем триместре</p> <p>г. при доношенной беременности</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>231. ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВИД И ПОЗИЦИЮ ПЛОДА ПРИ СМЕШАННОМ ЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО РАСПОЛОЖЕНИЮ:</p> <p>а. крестца</p> <p>б. пяточной кости</p> <p>в. передней ягодицы</p> <p>г. половых органов</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>232. ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВИД И ПОЗИЦИЮ ПЛОДА ПРИ НЕПОЛНОМ НОЖНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО РАСПОЛОЖЕНИЮ:</p> <p>а. подколенной ямки</p> <p>б. пяточной кости</p> <p>в. крестца</p> <p>г. колена</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>233. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК РАЗГИБАНИЯ ГОЛОВКИ ПЛОДА ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ:</p> <p>а. наличие выраженной глубокой шейно-затылочной борозды при определении позиции плода</p> <p>б. расположение головки плода высоко над входом в малый таз</p> <p>в. соответствие величины головки предполагаемой массе тела плода г. отсутствие предлежащей части над входом в малый таз</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>234. ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВИД И ПОЗИЦИЮ ПЛОДА ПРИ ЧИСТОЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО РАСПОЛОЖЕНИЮ:</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>а. крестца</li> <li>б. передней ягодицы</li> <li>в. заднепроходного отверстия</li> <li>г. копчика</li> </ul>	10.
<p>235. ОБЪЕМИСТАЯ, МЯГКОВОЙ КОНСИСТЕНЦИИ ЧАСТЬ ПЛОДА; КРЕСТЕЦ; КОПЧИК; СЕДАЛИЩНЫЕ БУГРЫ; ЩЕЛЬ МЕЖДУ ЯГОДИЦАМИ; ЗАДНЕПРОХОДНОЕ ОТВЕРСТИЕ; ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ ПЛОДА; ПАХОВЫЙ СГИБ ЯВЛЯЮТСЯ ПОКАЗАТЕЛЯМИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. чистоягодичного предлежания</li> <li>б. смешанного ягодичного предлежания</li> <li>в. неполного ножного предлежания</li> <li>г. полного ножного предлежания</li> </ul>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>236. ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЧИСТОЕ ЯГОДИЧНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА ЛЕГКО СПУТАТЬ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. с лицевым предлежанием</li> <li>б. с передне-головным предлежанием</li> <li>в. с лобным предлежанием</li> <li>г. с задним видом затылочного предлежания</li> </ul>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>237. ПРОВОДНАЯ ТОЧКА В БИОМЕХАНИЗМЕ РОДОВ ПРИ ЧИСТОЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. передняя ягодица</li> <li>б. копчик</li> <li>в. крестец</li> <li>г. задняя ягодица</li> </ul>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>238. КАКОЕ ВОЗМОЖНО ОСЛОЖНЕНИЕ В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. раннее излитие околоплодных вод</li> <li>б. дискоординированная родовой деятельности</li> <li>в. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты</li> <li>г. разрыв шейки матки</li> </ul>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>239. КАКОЕ ВОЗМОЖНО ОСЛОЖНЕНИЕ В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. слабость родовой деятельности</li> <li>б. дискоординированная родовой деятельности</li> <li>в. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты</li> <li>г. разрыв шейки матки</li> </ul>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>240. КАКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ РАННЕГО ИЗЛИТИЯ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ В РОДАХ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. выпадение петель пуповины</li> <li>б. дискоординированная родовой деятельности</li> <li>в. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты</li> <li>г. разрыв шейки матки</li> </ul>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>241. КАКОЕ ВОЗМОЖНО ОСЛОЖНЕНИЕ ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. вторичная слабость родовой деятельности</li> <li>б. дискоординированная родовой деятельности</li> <li>в. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты</li> <li>г. разрыв шейки матки</li> </ul>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>242. КАКОЕ ВОЗМОЖНО ОСЛОЖНЕНИЕ ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. спазм внутреннего зева</li> <li>б. дискоординированная родовой деятельности</li> <li>в. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты</li> <li>г. разрыв шейки матки</li> </ul>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>243. КАКОЕ ВОЗМОЖНО ОСЛОЖНЕНИЕ ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. запрокидывание ручек и разгибание головки</li> <li>б. дискоординированная родовой деятельности</li> <li>в. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты</li> <li>г. разрыв шейки матки</li> </ul>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>244. ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ В 38 НЕДЕЛЬ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. направить на дородовую госпитализацию</li> </ul>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5,

<p>б. продолжать наблюдение в условиях женской консультации до срока родов в. назначить лечебную гимнастику для исправления тазового предлежания</p> <p>г. направить на УЗИ плода</p>	<p><i>ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>245. РУЧНОЕ ПОСОБИЕ ПО ЦОВЬЯНОВУ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ СЛЕДУЮЩЕМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА:</p> <p>а. чистоягодичном</p> <p>б. смешанном ягодичном</p> <p>в. полном ножном</p> <p>г. неполном ножном</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>246. К ОКАЗАНИЮ РУЧНОГО ПОСОБИЯ ПО ЦОВЬЯНОВУ ПРИ ЧИСТОЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПРИСТУПАЮТ С МОМЕНТА:</p> <p>а. прорезывания обеих ягодиц</p> <p>б. врезывания ягодиц</p> <p>в. рождения плода до пупка</p> <p>г. рождения плода до нижнего угла лопаток</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>247. ЦЕЛЬ РУЧНОГО ПОСОБИЯ ПО ЦОВЬЯНОВУ ПРИ ЧИСТОЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ:</p> <p>а. сохранение нормального членорасположения плода</p> <p>б. перевести чистое ягодичное предлежание в смешанное ягодичное или ножное</p> <p>в. предупредить развитие разрывов шейки матки</p> <p>г. предупредить развитие травматизма плода</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>248. КЛАССИЧЕСКОЕ РУЧНОЕ ПОСОБИЕ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ ВЫПОЛНЯЕТСЯ:</p> <p>а. если после рождения туловища до нижнего угла лопаток роды не завершаются в течение 2—3 мин</p> <p>б. при слабости потуг в. при крупном плоде</p> <p>г. при анатомически узком тазе</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>249. ПРИ НОЖНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА И ВЫЯВЛЕНИИ ЕГО ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ В 38 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ НАИБОЛЕЕ ПРАВИЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ МЕТОД РОДРАЗРЕШЕНИЯ:</p> <p>а. кесарево сечение в плановом порядке</p> <p>б. амниотомия и стимуляция родов внутривенным введением окситоцина</p> <p>в. роды через естественные родовые пути с последующей экстракцией плода за тазовый конец</p> <p>г. ведение родов по методу Цовьянова</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>250. ЦЕЛЬ КЛАССИЧЕСКОГО РУЧНОГО ПОСОБИЯ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ:</p> <p>а. помощь рождению ручек и головки плода</p> <p>б. предупреждение запрокидывания ручек и разгибания головки плода в. предупреждение выпадения петель пуповины</p> <p>г. предупреждение разрывов промежности</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>251. ВЕДЕНИЕ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ВКЛЮЧАЕТ:</p> <p>а. строгий постельный режим</p> <p>б. раннюю амниотомию</p> <p>в. профилактику спазма внутреннего зева</p> <p>г. антибиотикопрофилактику</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>252. ПРОВОДНОЙ ТОЧКОЙ В БИОМЕХАНИЗМЕ РОДОВ ПРИ ПЕРЕДНЕГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. большой родничок б. малый родничок</p> <p>в. середина расстояния между большим и малым родничками</p> <p>г. середина лобного шва</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>253. ТОЧКАМИ ФИКСАЦИИ В БИОМЕХАНИЗМЕ РОДОВ ПРИ ПЕРЕДНЕГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>а. затылочный бугор и надпереносье б. подзатылочная ямка</p> <p>в. область подъязычной кости</p> <p>г. подзатылочная ямка и граница волосистой части лба</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>254. В БИОМЕХАНИЗМЕ РОДОВ ПРИ ПЕРЕДНЕГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ГОЛОВКА ПЛОДА ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ ОКРУЖНОСТЬЮ,</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5,</i></p>

<p>СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ:</p> <p>а. прямому размеру б. малому косому размеру в. среднему косому г. большому косому</p>	<p><i>ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>255. БРАХИЦЕФАЛИЧЕСКАЯ КОНФИГУРАЦИЯ ГОЛОВКИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ:</p> <p>а. переднеголовном предлежании б. затылочном предлежании, заднем виде в. лобном предлежании г. лицевом предлежании</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>256. ОСНОВНОЙ СПОСОБ РОДРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ПЕРЕДНЕГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА:</p> <p>а. через естественные родовые пути б. кесарево сечение в плановом порядке в. наложение акушерских щипцов г. классический поворот плода на ножку</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>257. РОДОВАЯ ОПУХОЛЬ ПРИ ПЕРЕДНЕГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА РАСПОЛОЖЕНА:</p> <p>а. в области большого родничка б. в области малого родничка в. на лбу г. на лице</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>258. ПРИ ЛИЦЕВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ, КОГДА ПОДБОРОДОК ОБРАЩЕН К КРЕСТЦОВОМУ МЫСУ, РОДЫ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ:</p> <p>а. невозможны б. возможны в. требуют индивидуального подхода г. зависят от массы плода</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>259. ВИД ЛИЦЕВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО:</p> <p>а. по подбородку б. по надпереносью в. по малому родничку г. по большому родничку</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>260. НАДПЕРЕНОСЬЕ И ЗАТЫЛОЧНЫЙ БУГОР ЯВЛЯЮТСЯ ТОЧКАМИ ФИКСАЦИИ:</p> <p>а. при переднеголовном предлежании б. при заднем виде затылочного предлежания в. при лобном предлежании г. при лицевом предлежании</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>261. ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ И ЗАТЫЛОЧНЫЙ БУГОР ЯВЛЯЮТСЯ ТОЧКАМИ ФИКСАЦИИ:</p> <p>а. при лобном предлежании б. при заднем виде затылочного предлежания в. при переднеголовном предлежании г. при лицевом предлежании</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>262. ГОЛОВКА ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ ОКРУЖНОСТЬЮ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ПРЯМОМУ РАЗМЕРУ:</p> <p>а. при переднеголовном предлежании б. при заднем виде затылочного предлежания в. при лобном предлежании г. при лицевом предлежании</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>263. ГОЛОВКА ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ ОКРУЖНОСТЬЮ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ВЕРТИКАЛЬНОМУ РАЗМЕРУ:</p> <p>а. при лицевом предлежании б. при заднем виде затылочного предлежания в. при переднеголовном предлежании г. при лобном предлежании</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

<p>264. БОЛЬШОЙ СЕГМЕНТ ГОЛОВКИ ПЛОДА ПРИ ЛИЦЕВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ СООТВЕТСТВУЕТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. вертикальному размеру</li> <li>б. прямому размеру</li> <li>в. среднему косому размеру</li> <li>г. большому косому размеру</li> </ul>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>265. ВЕРТИКАЛЬНОМУ РАЗМЕРУ ГОЛОВКИ ЗРЕЛОГО ПЛОДА СООТВЕТСТВУЕТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. расстояние от подъязычной области до верхушки темени, равное 9,5 см, и окружность 32 см</li> <li>б. расстояние от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба, равное 10 см, и окружность 33 см</li> <li>в. расстояние от надпереносья до затылочного бугра, равное 12 см, и окружность 34 см</li> <li>г. расстояние от подбородка до наиболее выступающей части головки на затылке, равное 13-13,5 см, и окружность 38-42 см</li> </ul>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>266. БОЛЬШОМУ КОСОМУ РАЗМЕРУ ГОЛОВКИ ЗРЕЛОГО ПЛОДА СООТВЕТСТВУЕТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. расстояние от подбородка до наиболее выступающей части головки на затылке, равное 13-13,5 см, и окружность 38-42 см</li> <li>б. расстояние от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба, равное 10 см, и окружность 33 см</li> <li>в. расстояние от надпереносья до затылочного бугра, равное 12 см, и окружность 34 см</li> <li>г. расстояние от подъязычной области до верхушки темени, равное 9,5 см, и окружность 32 см</li> </ul>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>267. ПРЯМОМУ РАЗМЕРУ ГОЛОВКИ ЗРЕЛОГО ПЛОДА СООТВЕТСТВУЕТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. расстояние от надпереносья до затылочного бугра, равное 12 см, и окружность 34 см</li> <li>б. расстояние от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба, равное 10 см, и окружность 33 см</li> <li>в. расстояние от подъязычной области до верхушки темени, равное 9,5 см, и окружность 32 см</li> <li>г. расстояние от подбородка до наиболее выступающей части головки на затылке, равное 13-13,5 см, и окружность 38-42 см</li> </ul>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>268. ОБЛАСТЬ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ТОЧКОЙ ФИКСАЦИИ ПРИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. при лицевом предлежании</li> <li>б. при заднем виде затылочного предлежания</li> <li>в. при переднеголовном предлежании</li> <li>г. при лобном предлежании</li> </ul>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>269. В БИОМЕХАНИЗМЕ РОДОВ ПРИ ЛИЦЕВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ПРОВОДНОЙ ТОЧКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. подбородок</li> <li>б. подъязычная область</li> <li>в. рот</li> <li>г. нос</li> </ul>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>270. ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ШЕЙКА МАТКИ СГЛАЖЕНА; ОТКРЫТИЕ ПОЛНОЕ, ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ НЕТ; ПРЕДЛЕЖИТ ГОЛОВКА ПЛОДА, ПРИЖАТА КО ВХОДУ В МАЛЫЙ ТАЗ; ПАЛЬПИРУЕТСЯ НОСИК, РОТИК И ПОДБОРОДОК, ОБРАЩЕННЫЙ К ЛОНУ; ЛИЦЕВАЯ ЛИНИЯ В ЛЕВОМ КОСОМ РАЗМЕРЕ; РОДОВАЯ ОПУХОЛЬ В ОБЛАСТИ ПОДБОРОДКА; О КАКОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ИДЕТ РЕЧЬ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. о лицевом предлежании</li> <li>б. о заднем виде затылочного предлежания</li> <li>в. о переднеголовном предлежании</li> <li>г. о лобном предлежании</li> </ul>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>271. ПОДЪЯЗЫЧНАЯ КОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ ТОЧКОЙ ФИКСАЦИИ В РОДАХ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. при лицевом предлежании</li> <li>б. при заднем виде затылочного предлежания</li> <li>в. при переднеголовном предлежании</li> <li>г. при лобном предлежании</li> </ul>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>272. В БИОМЕХАНИЗМЕ РОДОВ ПРИ ЛОБНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПРОВОДНОЙ ТОЧКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5,</i></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>а. середина лобного шва</li> <li>б. корень носа</li> <li>в. большой родничок г. малый родничок</li> </ul>	<i>ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
<p>273. В БИОМЕХАНИЗМЕ РОДОВ ПРИ ЛОБНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА ТОЧКАМИ ФИКСАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. затылочный бугор и верхняя челюсть</li> <li>б. подзатылочная ямка</li> <li>в. область подъязычной кости</li> <li>г. подзатылочная ямка и граница волосистой части лба</li> </ul>	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
<p>274. РОДЫ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ ПРИ ЛОБНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ЖИВОГО ДОНОШЕННОГО ПЛОДА:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. невозможны</li> <li>б. возможны</li> <li>в. требуют индивидуального подхода г. зависят от массы тела плода</li> </ul>	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
<p>275. ПРИ ЛОБНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ДОНОШЕННОГО ПЛОДА РОДРАЗРЕШЕНИЕ ПРОВОДЯТ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. путем кесарева сечения</li> <li>б. путем наложения вакуум-экстрактора на головку плода</li> <li>в. путем наложения полостных акушерских щипцов</li> <li>г. с применением рассечения шейки матки и промежности</li> </ul>	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
<p>276. ПРИ КАКОМ БИОМЕХАНИЗМЕ РОДОВ ГОЛОВКА ПРОХОДИТ ПОЛОСТЬ МАЛОГО ТАЗА СВОИМ БОЛЬШИМ КОСЫМ РАЗМЕРОМ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. при лобном предлежании</li> <li>б. при заднем виде затылочного предлежания</li> <li>в. при переднеголовном предлежании</li> <li>г. при лицевом предлежании</li> </ul>	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
<p>277. АНАТОМИЧЕСКИ УЗКИМ ПРИНЯТО СЧИТАТЬ ВСЯКИЙ ТАЗ, У КОТОРОГО, ПО СРАВНЕНИЮ С НОРМАЛЬНЫМ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. хотя бы один размер уменьшен на 1.5-2 см</li> <li>б. все размеры уменьшены на 0.5-1 см</li> <li>в. хотя бы один размер уменьшен на 0.5-1 см</li> <li>г. все размеры уменьшены на 1.5-2 см</li> </ul>	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
<p>278. СТЕПЕНЬ СУЖЕНИЯ ТАЗА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ, КАК ПРАВИЛО, ПО УМЕНЬШЕНИЮ РАЗМЕРА:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. истинной конъюгаты</li> <li>б. анатомической конъюгаты</li> <li>в. горизонтальной диагонали пояснично-крестцового ромба г. поперечному размеру плоскости входа в малый таз</li> </ul>	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
<p>279. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ФОРМОЙ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. поперечносуженный таз</li> <li>б. общеравномерносуженный таза</li> <li>в. простой плоский таз</li> <li>г. плоскорихитический таз</li> </ul>	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
<p>280. СТЕПЕНЬ СУЖЕНИЯ ТАЗА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО КОНЬЮГАТЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. истинной</li> <li>б. наружной</li> <li>в. анатомической</li> <li>г. диагональной</li> </ul>	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
<p>281. ДИАГНОСТИКА АНАТОМИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА ДОЛЖНА ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. при постановке женщины на учет по беременности б. в конце беременности</li> <li>в. в первом периоде родов</li> <li>г. при полном открытии шейки матки и отхождении околоплодных вод</li> </ul>	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>

<p>282. ПРИ I СТЕПЕНИ СУЖЕНИЯ ТАЗА:</p> <p>а. истинная конъюгата меньше 11 см и больше 9 см  б. истинная конъюгата меньше 7,5 см и больше 6,5 см  в. истинная конъюгата меньше 9 см и больше 7,5 см  г. истинная конъюгата меньше 6,5 см</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>283. ПРИ II СТЕПЕНИ СУЖЕНИЯ ТАЗА:</p> <p>а. истинная конъюгата меньше 9 см и больше 7,5 см  б. истинная конъюгата меньше 11 см и больше 9 см  в. истинная конъюгата меньше 7,5 см и больше 6,5 см  г. истинная конъюгата меньше 6,5 см</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>284. ПРИ III СТЕПЕНИ СУЖЕНИЯ ТАЗА:</p> <p>а. истинная конъюгата меньше 7,5 см и больше 6,5 см  б. истинная конъюгата меньше 11 см и больше 9 см  в. истинная конъюгата меньше 9 см и больше 7,5 см  г. истинная конъюгата меньше 6,5 см</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>285. ПРИ IV СТЕПЕНИ СУЖЕНИЯ ТАЗА:</p> <p>а. истинная конъюгата меньше 6,5 см  б. истинная конъюгата меньше 11 см и больше 9 см  в. истинная конъюгата меньше 7,5 см и больше 6,5 см  г. истинная конъюгата меньше 9 см и больше 7,5 см</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>286. СТЕПЕНЬ СУЖЕНИЯ ТАЗА ПРИ ИСТИННОЙ КОНЬЮГАТЕ 10 СМ:</p> <p>а. 1 степени  б. 2 степени  в. 3 степени  г. 4 степени</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>287. СТЕПЕНЬ СУЖЕНИЯ ТАЗА ПРИ ИСТИННОЙ КОНЬЮГАТЕ 8,5 СМ:</p> <p>а. 2 степени  б. 1 степени  в. 3 степени  г. 4 степени</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>288. СТЕПЕНЬ СУЖЕНИЯ ТАЗА ПРИ ИСТИННОЙ КОНЬЮГАТЕ 7 СМ:</p> <p>а. 3 степени  б. 1 степени  в. 2 степени  г. 4 степени</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>289. СТЕПЕНЬ СУЖЕНИЯ ТАЗА ПРИ ИСТИННОЙ КОНЬЮГАТЕ 6 СМ:</p> <p>а. 4 степени  б. 1 степени  в. 2 степени  г. 3 степени</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>290. СТЕПЕНЬ СУЖЕНИЯ ПРИ ПОПЕРЕЧНОСУЖЕННОМ ТАЗЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО:</p> <p>а. поперечному размеру плоскости входа в малый таз  б. анатомической конъюгаты  в. истинной конъюгаты  г. горизонтальной диагонали пояснично-крестцового ромба</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>291. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЕЛИЧИНЫ ИСТИННОЙ КОНЬЮГАТЫ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ:</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

<p>а. диагональная конъюгата  б. анатомическая конъюгата  в. вертикальная диагональ пояснично-крестцового ромба  г. поперечная диагональ пояснично-крестцового ромба</p>	
<p>292. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЕЛИЧИНЫ ИСТИННОЙ КОНЪЮГАТЫ ИМЕЕТ</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК -</i></p>
<p>ЗНАЧЕНИЕ:</p> <p>а. индекс Соловьева  б. анатомическая конъюгата  в. вертикальная диагональ пояснично-крестцового ромба  г. поперечная диагональ пояснично-крестцового ромба</p>	<p><i>10.</i></p>
<p>293. ИНДЕКС СОЛОВЬЕВА - ЭТО:</p> <p>а. окружность лучезапястного сустава  б. расстояние между большими вертелами бедренных костей  в. расстояние между передневерхними остями подвздошных костей  г. расстояние между задневерхними остями подвздошных костей</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>294. ЕСЛИ ИНДЕКС СОЛОВЬЕВА БОЛЕЕ 14 СМ:</p> <p>а. кости таза более массивные  б. кости таза менее массивные  в. имеется анатомически узкий таз  г. имеется клинически узкий таз</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>295. ЕСЛИ ИНДЕКС СОЛОВЬЕВА 14 СМ И МЕНЕЕ:</p> <p>а. кости таза менее массивные  б. кости таза более массивные  в. имеется анатомически узкий таз  г. имеется клинически узкий таз</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>296. ПОПЕРЕЧНОСУЖЕННЫЙ ТАЗ ЧАЩЕ ВСЕГО ФОРМИРУЕТСЯ:</p> <p>а. при акселерации  б. при инфантилизме  в. при рахите  г. при травме таза</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>297. ПЛОСКОРАХИТИЧЕСКИЙ ТАЗ ФОРМИРУЕТСЯ:</p> <p>а. при рахите  б. при инфантилизме  в. при травме таза  г. при акселерации</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>298. ПОПЕРЕЧНОСУЖЕННЫЙ ТАЗ ЧАЩЕ ВСЕГО ФОРМИРУЕТСЯ:</p> <p>а. при гиперандрогении  б. при инфантилизме  в. при рахите  г. при травме таза</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>299. ДЛЯ ПОПЕРЕЧНОСУЖЕННОГО ТАЗА ХАРАКТЕРНО:</p> <p>а. уменьшение поперечного размера входа в малый таз  б. увеличение поперечного размера выхода из малого таза  в. уменьшение прямого размера входа в малый таз</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

г. укорочение высоты крестца	
300. ДЛЯ ОБЩЕРАВНОМЕРНО СУЖЕННОГО ТАЗА ХАРАКТЕРНО:  а. уменьшение всех размеров таза на одинаковую величину б. увеличение поперечного размера выхода из малого таза в. уменьшение прямого размера входа в малый таз г. уменьшение всех прямых размеров	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
301. ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ПОПЕРЕЧНОСУЖЕННОМ ТАЗЕ:  а. стреловидный шов в косом размере плоскости входа в малый таз с асинклитическим вставлением головки плода б. низкое поперечное стояние головки плода в. механизм Редерера	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>

г. стреловидный шов расположен всегда в поперечном размере в плоскости входа в малый таз	
302. ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ПОПЕРЕЧНОСУЖЕННОМ ТАЗЕ СОСТОЯТ В СЛЕДУЮЩЕМ:  а. высокое прямое стояние головки плода б. низкое поперечное стояние головки плода в. механизм Редерера г. стреловидный шов расположен всегда в поперечном размере в плоскости входа в малый таз	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
303. ДЛЯ КАКОЙ ФОРМЫ СУЖЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ТРИ РАЗНОВИДНОСТИ:  С УВЕЛИЧЕНИЕМ РАЗМЕРА ИСТИННОЙ КОНЬЮГАТЫ С УМЕНЬШЕНИЕМ ПРЯМОГО РАЗМЕРА ПЛОСКОСТИ ШИРОКОЙ ЧАСТИ МАЛОГО ТАЗА С УМЕНЬШЕНИЕМ МЕЖКОСТНОГО РАЗМЕРА а. поперечносуженный таз б. общеравномерносуженный таз в. простой плоский таз г. плоскоррахитический таз	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
304. ДЛЯ КАКОЙ ФОРМЫ СУЖЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЧЕТЫРЕ РАЗНОВИДНОСТИ:  ГИПОПЛАСТИЧЕСКИЙ ИНФАНТИЛЬНЫЙ ПО МУЖСКОМУ ТИПУ КАРЛИКОВЫЙ а. общеравномерносуженный таз б. поперечносуженный таз в. простой плоский таз г. плоскоррахитический таз	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
305. ПРИ СЛЕДУЮЩИХ РАЗМЕРАХ: D.SP - 25 CM, D.CR - 28 CM, D.TR - 31 CM, C.EXT - 18 CM, ТАЗ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ:  а. к простому плоскому б. к плоскоррахитическому в. к поперечносуженному г. к общеравномерносуженному	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>

306. ПРИ СЛЕДУЮЩИХ РАЗМЕРАХ: D.SP - 27 CM, D.CR - 28 CM, D.TR - 31 CM, C.EXT - 17.5 CM, ТАЗ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ:  а. к плоскорихитическому б. к простому плоскому в. к поперечносуженному г. к общеравномерносуженному	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
307. ПРИ СЛЕДУЮЩИХ РАЗМЕРАХ: D.SP - 23 CM, D.CR - 26 CM, D.TR - 28 CM, C.EXT - 18 CM, ТАЗ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ:  а. к общеравномерносуженному б. к плоскорихитическому в. к простому плоскому г. к поперечносуженному	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
308. ПРИ СЛЕДУЮЩИХ РАЗМЕРАХ: D.SP - 23 CM, D.CR - 26 CM, D.TR - 28 CM, C.EXT - 20 CM, ТАЗ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ:  а. к поперечносуженному б. к плоскорихитическому в. к простому плоскому г. к общеравномерносуженному	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
309. УКАЗАННЫЕ ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ:	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК -</i>

ДЛИТЕЛЬНОЕ СТОЯНИЕ ГОЛОВКИ ПЛОДА СТРЕЛОВИДНЫМ ШВОМ В ПОПЕРЕЧНОМ РАЗМЕРЕ ВХОДА В МАЛЫЙ ТАЗ; НЕКОТОРОЕ РАЗГИБАНИЕ ГОЛОВКИ ПЛОДА ВО ВХОДЕ В МАЛЫЙ ТАЗ; АСИНКЛИТИЧЕСКОЕ ВСТАВЛЕНИЕ ГОЛОВКИ ПЛОДА «ШТУРМОВЫЕ РОДЫ» ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕЙ ФОРМЫ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА: а. плоскорихитический б. простой плоский в. общеравномерносуженный г. поперечносуженный	<i>4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
310. УКАЗАННЫЕ ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ: ДЛИТЕЛЬНОЕ СТОЯНИЕ ГОЛОВКИ ПЛОДА СТРЕЛОВИДНЫМ ШВОМ В ПОПЕРЕЧНОМ РАЗМЕРЕ ВХОДА В МАЛЫЙ ТАЗ; НЕКОТОРОЕ РАЗГИБАНИЕ ГОЛОВКИ ПЛОДА ВО ВХОДЕ В МАЛЫЙ ТАЗ; АСИНКЛИТИЧЕСКОЕ ВСТАВЛЕНИЕ ГОЛОВКИ ПЛОДА НИЗКОЕ ПОПЕРЕЧНОЕ СТОЯНИЕ СТРЕЛОВИДНОГО ШВА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕЙ ФОРМЫ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА: а. простой плоский б. плоскорихитический в. общеравномерносуженный г. поперечносуженный	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
311. ДЛЯ ПРОСТОГО ПЛОСКОГО ТАЗА ХАРАКТЕРНО:  а. укорочение всех прямых размеров б. укорочение только прямого размера плоскости входа в малый таз в. выраженная деформация таза г. укорочение поперечного размера плоскости входа в малый таз	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
312. ДЛЯ ПЛОСКОРАХИТИЧЕСКОГО ТАЗА ХАРАКТЕРНО:  а. укорочение только прямого размера плоскости входа в малый таз с выраженной деформацией таза и опорно-двигательной системы б. укорочение всех прямых размеров в. уменьшение всех размеров таза на одинаковую величину г. уменьшение поперечного размера плоскости входа в малый таз	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
313. УКАЗАННЫЕ ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ: ДОЛГОЕ СТОЯНИЕ ГОЛОВКИ ПЛОДА СТРЕЛОВИДНЫМ ШВОМ В КОСОМ РАЗМЕРЕ ВО ВХОДЕ В МАЛЫЙ ТАЗ; ВЫРАЖЕННОЕ СГИБАНИЕ ГОЛОВКИ ПЛОДА; СТРОГО СИНКЛИТИЧЕСКОЕ ВСТАВЛЕНИЕ ГОЛОВКИ ПЛОДА КЛИНОВИДНОЕ ВСТАВЛЕНИЕ ГОЛОВКИ (МЕХАНИЗМ РЕДЕРЕРА) ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕЙ ФОРМЫ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА:	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>

<ul style="list-style-type: none"> <li>а. общеравномерносуженного</li> <li>б. простого плоского</li> <li>в. поперечносуженного</li> <li>г. плоскорихитического</li> </ul>	
<p>314. КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ – ЭТО:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. несоответствие размеров плода и размеров таза матери</li> <li>б. одна из форм анатомически узкого таза</li> <li>в. отсутствие продвижения головки плода при слабости родовой деятельности</li> <li>г. таз в котором хотя бы один размер уменьшен на 1.5-2 см</li> </ul>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>315. ДИСТОЦИЯ ПЛЕЧИКОВ – ЭТО:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. несоответствие размеров плечевого пояса плода и размеров таза матери</li> <li>б. одна из форм анатомически узкого таза</li> <li>в. отсутствие продвижения головки плода при слабости родовой деятельности</li> <li>г. несоответствие размеров головки плода и размеров таза матери</li> </ul>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>316. ПРИ ПЕРЕДНЕМ АСИНКЛИТИЗМЕ СТРЕЛОВИДНЫЙ ШОВ РАСПОЛОЖЕН:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. ближе к мысу</li> <li>б. ближе к лону</li> </ul>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>в. на равном расстоянии от лона и мыса</li> <li>г. строго по оси таза</li> </ul>	
<p>317. ПРИ ЗАДНЕМ АСИНКЛИТИЗМЕ СТРЕЛОВИДНЫЙ ШОВ РАСПОЛОЖЕН:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. ближе к лону</li> <li>б. ближе к мысу</li> <li>в. на равном расстоянии от лона и мыса</li> <li>г. строго по оси таза</li> </ul>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>318. ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОМ ТАЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. операция кесарева сечения</li> <li>б. наложение акушерских щипцов</li> <li>в. самостоятельное родоразрешение</li> <li>г. вакуум экстракция плода</li> </ul>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>319. ПРИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОМ ПРИЗНАКЕ ВАСТЕНА:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. передняя поверхность головки находится выше плоскости симфиза</li> <li>б. передняя поверхность головки находится на одном уровне с симфизом</li> <li>в. передняя поверхность головки находится ниже плоскости симфиза</li> <li>г. передняя поверхность головки не определяется</li> </ul>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>320. ПРИ ОТРИЦАТЕЛЬНОМ ПРИЗНАКЕ ВАСТЕНА:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. передняя поверхность симфиза находится ниже плоскости симфиза</li> <li>б. передняя поверхность головки находится на одном уровне с симфизом</li> <li>в. передняя поверхность головки находится выше плоскости симфиза</li> <li>г. передняя поверхность головки не определяется</li> </ul>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>321. ПРИ СОМНИТЕЛЬНОМ ПРИЗНАКЕ ВАСТЕНА:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. передняя поверхность головки находится на одном уровне с симфизом</li> <li>б. передняя поверхность головки находится выше плоскости симфиза</li> <li>в. передняя поверхность симфиза находится ниже плоскости симфиза</li> <li>г. передняя поверхность головки не определяется</li> </ul>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>322. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. анатомическое сужение таза</li> <li>б. многоплодная беременность</li> <li>в. преэклампсия</li> </ul>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

г. тазовое предлежание плода	
323. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:  а. крупный плод б. многоплодная беременность в. преэклампсия г. тазовое предлежание плода	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
324. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:  а. неправильные вставления головки б. многоплодная беременность в. преэклампсия г. тазовое предлежание плода	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
325. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:  а. переносная беременность б. многоплодная беременность в. преэклампсия	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>

г. тазовое предлежание плода	
326. ПРИЗНАК ВАСТЕНА МОЖНО ОЦЕНИТЬ ПРИ УСЛОВИИ:  а. излития околоплодных вод б. целых околоплодных вод в. головки плода над входом в малый таз г. открытия шейки матки на 4 см	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
327. ПРИЗНАК ВАСТЕНА МОЖНО ОЦЕНИТЬ ПРИ УСЛОВИИ:  а. прижатой ко входу в малый таз головки плода б. целых околоплодных вод в. головки плода над входом в малый таз г. открытия шейки матки на 4 см	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
328. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ВАСТЕНА, КАК ПРАВИЛО, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:  а. о крайней степени несоответствия головки плода и таза матери б. об угрозе разрыва матки в. о наличии крупного плода г. о анатомически узком тазе	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
329. ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК ВАСТЕНА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:  а. ни о чем не свидетельствует б. о полном соответствии головки плода и таза матери в. о наличии некрупного плода г. о правильном вставлении головки плода	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
330. СИМПТОМОМ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:  а. затруднение или прекращение мочеиспускания б. появление потуг при головке стоящей в плоскости выхода малого таза в. симптом Вастена («вровень») сомнительный г. стояние головки в плоскостях таза 30 минут	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
331. СИМПТОМОМ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:  а. появление потуг при высокостоящей головке б. появление потуг при головке стоящей в плоскости выхода малого таза в. симптом Вастена («вровень») сомнительный г. стояние головки в плоскостях таза 30 минут	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
332. ДИАГНОЗ КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ ВЫСТАВЛЯЕТСЯ ОБЫЧНО:	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК -</i>

<ul style="list-style-type: none"> <li>а. в родах</li> <li>б. во время беременности</li> <li>в. при постановке женщины на учет по беременности</li> <li>г. перед родами</li> </ul>	<p>4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>333. ДИАГНОЗ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА МОЖЕТ БЫТЬ ВЫСТАВЛЕН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В СЛУЧАЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. сужения таза 3 и 4 степени</li> <li>б. крупных размеров плода</li> <li>в. переносимости беременности</li> <li>г. анатомически узкого таза</li> </ul>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>334. ДИАГНОЗ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА МОЖЕТ БЫТЬ ВЫСТАВЛЕН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В СЛУЧАЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. если в предыдущих родах был клинически узкий таз, и при настоящей беременности размеры плода такие же или превышают</li> <li>б. крупных размеров плода</li> <li>в. переносимости беременности</li> <li>г. анатомически узкого таза</li> </ul>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>335. ПРИ КАКОЙ СИТУАЦИИ ПРИ ЯВНОМ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОМ ТАЗЕ</p>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК -</p>

<p>ИМЕЕТСЯ ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК ВАСТЕНА:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. при клиновидном вставлении головки</li> <li>б. затылочном вставлении головки</li> <li>в. лобном предлежании</li> <li>г. лицевом предлежании</li> </ul>	<p>4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>336. ПРИ КАКОЙ СИТУАЦИИ ПРИ ЯВНОМ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОМ ТАЗЕ ИМЕЕТСЯ ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК ВАСТЕНА:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. при переднем асинклитизме</li> <li>б. затылочном вставлении головки</li> <li>в. лобном предлежании</li> <li>г. лицевом предлежании</li> </ul>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>337. УЛУЧШЕНИЕ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, КАК ПРАВИЛО НАБЛЮДАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. с 20-24 недель беременности</li> <li>б. с ранних сроков беременности</li> <li>в. с 12-13 недель беременности</li> <li>г. с 33-34 недель беременности</li> </ul>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>338. УХУДШЕНИЕ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, КАК ПРАВИЛО НАБЛЮДАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. с ранних сроков беременности</li> <li>б. с 12-13 недель беременности</li> <li>в. с 20-24 недель беременности</li> <li>г. с 33-34 недель беременности</li> </ul>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>339. В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ, КАК ПРАВИЛО, В 33-34 НЕДЕЛИ БЕРЕМЕННОСТИ УЛУЧШЕНИЕ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА НАБЛЮДАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. в случае отсутствия компенсации сахарного диабета</li> <li>б. всегда</li> <li>в. при хорошей компенсации сахарного диабета</li> <li>г. никогда</li> </ul>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</p>
<p>340. КАКОЙ СИМПТОМ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЕТОПАТИИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. макросомия плода</li> </ul>	<p>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК -</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>б. плотные кости черепа</li> <li>в. крупные размеры доношенного плода</li> <li>г. отсутствие сыровидной смазки</li> </ul>	10.
<p>341. КАКОЙ СИМПТОМ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЕТОПАТИИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. крупные или гигантские размеры плода в сочетании с макросомией</li> <li>б. плотные кости черепа</li> <li>в. крупные размеры доношенного плода</li> <li>г. отсутствие сыровидной смазки</li> </ul>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>342. КАКОЙ СИМПТОМ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЕТОПАТИИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. незрелость органов и систем</li> <li>б. плотные кости черепа</li> <li>в. крупные размеры доношенного плода</li> <li>г. отсутствие сыровидной смазки</li> </ul>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>343. ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ – ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. гипергликемией, впервые выявленной во время беременности, но не соответствующей критериям «манифестного» сахарного диабета</li> <li>б. гипергликемией во время беременности гипергликемией во время беременности, родах и послеродовом периоде</li> <li>в. гипергликемией до беременности и во время беременности</li> </ul>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>344. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЛЮКОЗЫ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ГСД ПРОВОДЯТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. в венозной плазме</li> <li>б. в капиллярной крови</li> <li>в. последовательно: сначала в венозной плазме, затем в капиллярной крови,</li> </ul>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>345. ПО ЧЕМУ СРАВНИВАЮТ ЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОЗЫ ВЕНОЗНОЙ ПЛАЗМЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГСД</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. <math>\geq 5,1</math> ммоль/л, но <math>&lt; 7,0</math> ммоль/л</li> <li>б. <math>\geq 5,1</math> ммоль/л, но <math>&lt; 7,8</math> ммоль/л</li> <li>в. <math>&gt; 5,1</math> ммоль/л, но <math>&lt; 7,0</math> ммоль/л</li> <li>г. <math>\geq 5,1</math> ммоль/л, но <math>\leq 7,8</math> ммоль/л</li> </ul>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>346. ГЛЮКОЗЫ ВЕНОЗНОЙ ПЛАЗМЫ НАТОЩАК <math>&lt; 5,1</math> ММОЛЬ/Л, В ХОДЕ ПГТТ ЧЕРЕЗ 1 ЧАС <math>&lt; 10,0</math> ММОЛЬ/Л, ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА <math>\geq 7,8</math> ММОЛЬ/Л И <math>&lt; 8,5</math> ММОЛЬ/Л – ЭТО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. вариант нормы при беременности</li> <li>б. ГСД</li> <li>в. «манифестный» СД</li> <li>г. вариант нормы для небеременных</li> </ul>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>347. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ГСД ДОСТАТОЧНО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. одного аномального значения измерения уровня глюкозы венозной плазмы</li> <li>б. двух аномальных значений измерения уровня глюкозы венозной плазмы</li> <li>в. одного аномального значения измерения уровня глюкозы капиллярной крови</li> <li>г. двух аномальных значений измерения уровня глюкозы капиллярной крови</li> </ul>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>348. ГТТ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДИТСЯ С НАГРУЗКОЙ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. 75г глюкозы</li> <li>б. 100г глюкозы</li> <li>в. 150г глюкозы</li> <li>г. 200г глюкозы</li> </ul>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>349. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГТТ В СЛУЧАЕ ПОЛУЧЕНИЯ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ НАТОЩАК <math>&gt; 5,1</math> ММОЛЬ/Л</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. нагрузка глюкозой не проводится</li> <li>б. нагрузка глюкозой проводится втрое меньшей концентрацией</li> <li>в. нагрузка глюкозой проводится по общепринятым правилам</li> <li>г. нагрузка глюкозой проводится вдвое меньшей концентрацией</li> </ul>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>350. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ГТТ С 75Г ГЛЮКОЗЫ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ ЧЕРЕЗ 1 ЧАС <math>&gt; 10</math> ММОЛЬ/Л</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. через 2 часа определение глюкозы не требуется</li> <li>б. через 2 часа проводится по общепринятой методике</li> <li>в. проводится дополнительное измерение глюкозы венозной плазмы через 3 час</li> <li>г. проводится четвертое дополнительное измерение глюкозы венозной плазмы через 4 часа</li> </ul>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
<p>351. КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ГСД ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ГТТ С 75Г ГЛЮКОЗЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. глюкоза венозной плазмы натощак <math>\geq 5,1</math> ммоль/л, через 1 час <math>\geq 10,0</math> ммоль/л, через 2 часа <math>\geq 8,5</math> ммоль/л</li> <li>б. глюкоза венозной плазмы натощак <math>&gt; 5,1</math> ммоль/л, через 1 час <math>&gt; 10,0</math> ммоль/л, через 2 часа <math>&gt; 8,5</math> ммоль/л</li> <li>в. глюкоза венозной плазмы натощак <math>\leq 5,1</math> ммоль/л, через 1 час <math>\leq 10,0</math> ммоль/л, через 2 часа <math>\leq 8,5</math> ммоль/л</li> </ul>	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.

г. глюкоза венозной плазмы натощак <5,1ммоль/л, через 1 час <10,0ммоль/л, через 2 часа <8,5ммоль/л	
352. ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДИТСЯ а. в две фазы б. в три фазы в. в четыре фазы г. в пять фаз	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
353. ПЕРВАЯ ФАЗА ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДИТСЯ 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, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
354. ПОРОГОВЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОЗЫ ВЕНОЗНОЙ ПЛАЗМЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МАНИФЕСТНОГО (ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО) СД ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ 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, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
355. ВТОРАЯ ФАЗА ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДИТСЯ (ГТТ) а. в 24-28 недель беременности б. в 20-23 недели беременности в. в 27-33 недели беременности	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
356. ГТТ ПРОВОДИТСЯ У БЕРЕМЕННЫХ а. в случае отсутствия нарушения углеводного обмена б. с гестационным сахарным диабетом в. с сахарным диабетом 1 типа г. с сахарным диабетом 2 типа	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
357. ПЕРОРАЛЬНЫЕ САХАРОСНИЖАЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ а. запрещены б. разрешены в. возможны г. возможны при оформлении информированного согласия	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
358. ПРОВЕСТИ 2 ФАЗЫ (ЭТАПА) ДИАГНОСТИКИ СДГ/СД И ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ СДГ/СД ДОЛЖЕН а. акушер-гинеколог, врач общей практики, терапевт, семейный врач б. эндокринолог в. эндокринолог, имеющий специализацию по изменениям метаболизма во время беременности г. гастроэнтеролог	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
359. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ДОЛЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН а. увеличивается б. уменьшается в. остается неизменной г. равна доле приобретенных пороков	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
360. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ КАК ИЗМЕНЯЕТСЯ ОЦК а. увеличивается на 30-50% б. уменьшается на 30-50% от исходного в. остается неизменной г. в ранние сроки увеличивается, затем снижается	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
361. В КАКОМ СРОКЕ ПРОИСХОДИТ ИЗМЕНЕНИЯ ОЦК а. в 26-28 недель б. в 12-14 недель в. в 20-22 недели г. в 32-34 недели	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
362. ЗА СЧЕТ КАКОГО КОМПОНЕНТА ПРОИСХОДИТ ИЗМЕНЕНИЕ ОЦК а. за счет плазменного компонента б. за счет клеточного компонента в. за счет плазменного и клеточного компонентов г. за счет увеличения количества тромбоцитов	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.
363. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ, ВКЛЮЧАЮЩЕЕ ДАННЫЕ АНАМНЕЗА, ОБЪЕКТИВНОГО И ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ а. ревматизма необходимо провести б. оценку жалоб и анамнеза	УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.

<p>в. провести ЭКГ, ЭХОКС</p> <p>г. дополнительные специфические лабораторные тесты</p>	
<p>364. ОПТИМАЛЬНЫЙ ПЕРИОД НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ МИТРАЛЬНОЙ КОМИССУРОТОМИИ</p> <p>а. первые 2 года после операции</p> <p>б. первые 4 года после операции</p> <p>в. первые 6 лет после операции</p> <p>г. не имеет значения</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>365. В ПЛАНОВОМ ПОРЯДКЕ МИТРАЛЬНУЮ КОМИССУРОТОМИЮ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ В СЛЕДУЮЩИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ</p> <p>а. 18 – 26 недель</p> <p>б. до 18 недель</p> <p>в. после 26 недель</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>366. ВТОРАЯ ПЛАНОВАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР ПРОВОДИТСЯ</p> <p>а. в 28-29 недель</p> <p>б. в 15-16 недель</p> <p>в. в 21-22 недели</p> <p>г. в 32-33 недели</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>367. КРИТИЧЕСКИЕ СРОКИ ОБОСТРЕНИЯ РЕВМАТИЗМА</p> <p>а. до 14 недель</p> <p>б. до 8 недель</p> <p>в. 26-28 недель</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

<p>г. 38-40 недель</p>	
<p>368. КРИТИЧЕСКИЕ СРОКИ ОБОСТРЕНИЯ РЕВМАТИЗМА</p> <p>а. 18-20 недель</p> <p>б. до 8 недель</p> <p>в. 26-28 недель</p> <p>г. 38-40 недель</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>369. КРИТИЧЕСКИЕ СРОКИ ОБОСТРЕНИЯ РЕВМАТИЗМА</p> <p>а. первые две недели послеродового периода</p> <p>б. до 8 недель</p> <p>в. 26-28 недель</p> <p>г. 38-40 недель</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>370. НАСТУПЛЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПОРОКОМ СЕРДЦА РАЗРЕШАЕТСЯ ПРИ:</p> <p>а. При 1 и 2 степени риска по классификации Ваниной</p> <p>б. При 3 степени риска по классификации Ваниной</p> <p>в. При 4 степени риска по классификации Ваниной</p> <p>г. Если последняя атака ревматизма была в ближайшие 2 года</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>371. ЕСЛИ ЖЕНЩИНА С ИСКУССТВЕННЫМ КЛАПАНОМ СЕРДЦА ПРИНИМАЕТ ВАРФАРИН В ДОЗЕ МЕНЕЕ 5 МГ И ЕСЛИ ЖЕНЩИНА ДАЕТ СОГЛАСИЕ НА ПРИЕМ ВАРФАРИНА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ НЕОБХОДИМО</p> <p>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.</p> <p>б. всю беременность и послеродовый период вести на варфарине, перевода на препараты гепарина не требуется</p> <p>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</p> <p>г. полностью перевести во время беременности и послеродовый период на препараты гепарина</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>372. ЕСЛИ ЖЕНЩИНА С ИСКУССТВЕННЫМ КЛАПАНОМ СЕРДЦА ПРИНИМАЕТ ВАРФАРИН В ДОЗЕ МЕНЕЕ 5 МГ И ЕСЛИ ЖЕНЩИНА НЕ ДАЕТ СОГЛАСИЕ НА ПРИЕМ ВАРФАРИНА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ НЕОБХОДИМО</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>в. всю беременность и послеродовый период вести на варфарине, перевода на препараты гепарина не требуется</p> <p>г. полностью перевести во время беременности и послеродовый период на препараты гепарина</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

<p>373. ЕСЛИ ЖЕНЩИНА С ИСКУССТВЕННЫМ КЛАПАНОМ СЕРДЦА ПРИНИМАЕТ ВАРФАРИН В ДОЗЕ БОЛЕЕ 5 МГ НЕОБХОДИМО</p> <p>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</p> <p>б. во время беременности до 35 недель и послеродовый период назначить прием варфарина, перед родами с 35 недель перевести на препараты гепарина</p> <p>в. всю беременность и послеродовый период вести на варфарине, перевода на препараты гепарина не требуется</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>г. полностью перевести во время беременности и послеродовый период на препараты гепарина</p>	
<p>374. РЕЗУС – ИММУНИЗАЦИЯ – ЭТО</p> <p>а. процесс образование антител в организме матери в ответ на попадание Д-антигена эритроцита плода</p> <p>б. процесс образования иммунных комплексов антитело-антиген в кровотоке плода с последующим гемолизом эритроцитов</p> <p>в. процесс образования естественных групповых – агглютининов</p> <p>г. процесс образования естественных групповых - агглютининов</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>375. РЕЗУС – ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ КРОВИ – ЭТО</p> <p>а. Отсутствие Д-антигена эритроцита</p> <p>б. Наличие Д-антигена эритроцита</p> <p>в. Наличие С-антигена эритроцита</p> <p>г. Наличие Е-антигена эритроцита</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>376. ЕСЛИ ОТЕЦ ИМЕЕТ ГОМОЗИГОТНЫЙ (DD) ГЕНОТИП РЕЗУС ФАКТОРА, ТО ПЛОД БУДЕТ</p> <p>а. всегда иметь резус-положительный тип крови</p> <p>б. в 50 % случаев иметь резус - положительный тип крови</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

<p>в. в 25% случаев иметь резус - положительным тип крови</p> <p>г. всегда иметь резус - отрицательный тип крови</p>	
<p>377. ЕСЛИ ОТЕЦ ИМЕЕТ ГЕТЕРОЗИГОТНЫЙ (Dd) ГЕНОТИП РЕЗУС-ФАКТОРА, ТО ПЛОД БУДЕТ</p> <p>а. В 50% случаев иметь резус – положительный тип крови</p> <p>б. Всегда иметь резус – положительный тип крови</p> <p>в. Всегда иметь резус – отрицательный тип крови</p> <p>г. В 25% случаев иметь резус – положительный тип крови</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>378. В КАКОМ СЛУЧАЕ СНИЖАЕТСЯ РИСК ИММУНИЗАЦИИ ПО РЕЗУС-ФАКТОРУ У РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ЖЕНЩИНЫ</p> <p>а. В случае несовместимости крови по АВО – системе с отцом ребенка</p> <p>б. В случае одногруппной по АВО – системе крови с отцом ребенка</p> <p>в. В случае наличия у отца О ( ) - группы крови</p> <p>г. В случае наличия у отца ребенка С-антигена эритроцита</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>379. ПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА</p> <p>а. Относятся к классу иммуноглобулинов М</p> <p>б. Имеют низкую молекулярную массу</p> <p>в. Появляются при повторном попадании антигена в кровотока г. Проникают через плаценту к плоду</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>380. ПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА</p> <p>а. Появляются при первичном иммунном ответе</p> <p>б. Относятся к классу иммуноглобулинов G</p> <p>в. Имеют низкую молекулярную массу</p> <p>г. Проникают через плаценту к плоду</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>381. ПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА</p> <p>а. Не проникают через плацентарный барьер</p> <p>б. Относятся к классу иммуноглобулинов G</p> <p>в. Имеют низкую молекулярную массу</p> <p>г. Проникают через плаценту к плоду</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>382. ПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА</p> <p>а. Непосредственно не приводят к развитию гемолитической болезни плода</p> <p>б. Относятся к классу иммуноглобулинов G</p> <p>в. Имеют низкую молекулярную массу</p> <p>г. Проникают через плаценту к плоду</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>383. НЕПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА</p> <p>а. Относятся к классу иммуноглобулинов G</p> <p>б. Имеют крупную молекулярную массу</p> <p>в. Не проникают через плаценту к плоду</p> <p>г. Появляются при первичном иммунном ответе</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

384. НЕПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА а. Имеют низкую молекулярную массу б. Относятся к классу иммуноглобулинов М в. Появляются при первичном иммунном ответе г. Не проникают через плаценту к плоду	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
385. НЕПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА 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	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
386. НЕПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА а. Проникают через плаценту к плоду б. Имеют крупную молекулярную массу в. Относятся к классу иммуноглобулинов М г. Появляются при первичном иммунном ответе	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
387. НЕПОЛНЫЕ ИММУННЫЕ АНТИТЕЛА 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	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
388. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КРИТЕРИЙ РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛОЙ И ОТЕЧНОЙ ФОРМЫ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА а. Обнаружение одновременно IgG1 и IgG3 б. Обнаружение Ig М в. Обнаружение естественных групповых – агглютининов г. Обнаружение естественных групповых - агглютининов	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
389. В КАКОМ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ ПЛАНОВАЯ АНТЕНАТАЛЬНАЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКА РЕЗУС-ИММУНИЗАЦИИ а. В 28 недель беременности	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>

б. Перед родами в. В первом триместре беременности г. В 20 недель беременности	
390. 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	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
391. 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	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
392. 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	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
393. В КАКОЙ ДОЗЕ ПРОВОДИТСЯ ПЛАНОВАЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ АНТЕНАТАЛЬНАЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКА АНТИД-IG а. 300 мкг, 1500 МЕ б. 150 мкг, 750 МЕ в. 125 мкг, 625 МЕ г. 20 мкг, 100 МЕ	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>

394. 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	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
395. 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	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
396. 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	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
397. 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	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
398. 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	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
399. ЕСЛИ РОДЫ ЗАКОНЧИЛИСЬ ОПЕРАЦИЕЙ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В КАКОЙ ДОЗЕ ВВОДИТСЯ АНТИ – D - ИММУНОГЛОБУЛИН В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ а. 600 мкг, 3000 МЕ	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>

б. 300 мкг, 1500 МЕ в. 150 мкг, 750 МЕ г. 125 мкг, 625 МЕ	
400. ЕСЛИ В РОДАХ БЫЛА ПОНРП 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	<i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
401. В ЦЕЛЯХ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕ ЛЮБОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В СРОКЕ ДО 13 НЕДЕЛЬ ВВОДИТСЯ АНТИD-IG В ДОЗЕ 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, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
402. В ЦЕЛЯХ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕ ЛЮБОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В СРОКЕ ПОСЛЕ 13 НЕДЕЛЬ ВВОДИТСЯ АНТИD-IG В ДОЗЕ 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, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>
403. В ЦЕЛЯХ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕ ЛЮБОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ КОГДА ВВОДИТСЯ АНТИD-IG 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, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i>

<p>404. В КАКИХ СЛУЧАЯХ НУЖНО ПРОВЕСТИ ЭКСТРЕННУЮ АНТЕНАТАЛЬНУЮ ИММУНОПРОФИЛАКТИКУ</p> <p>а. После любых инвазивных процедур (амниоцентеза, биопсии хориона, кордоцентеза, редукции одного из эмбрионов при многоплодии)</p> <p>б. В первом триместре беременности</p> <p>в. Во втором триместре беременности</p> <p>г. Не нужно проводить</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>405. В КАКИХ СЛУЧАЯХ НУЖНО ПРОВЕСТИ ЭКСТРЕННУЮ АНТЕНАТАЛЬНУЮ ИММУНОПРОФИЛАКТИКУ</p> <p>а. При отслойке плаценты в любом сроке беременности</p> <p>б. В первом триместре беременности</p> <p>в. Во втором триместре беременности</p> <p>г. Не нужно проводить</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>406. В КАКИХ СЛУЧАЯХ НУЖНО ПРОВЕСТИ ЭКСТРЕННУЮ АНТЕНАТАЛЬНУЮ ИММУНОПРОФИЛАКТИКУ</p> <p>а. При проведении серкляжа</p> <p>б. В первом триместре беременности</p> <p>в. Во втором триместре беременности</p> <p>г. Не нужно проводить</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>407. ПРОВОДЯТ ЛИ ПЛАНОВУЮ АНТЕНАТАЛЬНУЮ ПРОФИЛАКТИКУ ПОСЛЕ ЭКСТРЕННОЙ АНТЕНАТАЛЬНОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ</p> <p>а. Обязательно проводят</p> <p>б. Не проводят</p> <p>в. Проводят только если экстренная профилактика проведена в первом триместре беременности</p> <p>г. Зависит от дозы препарата, введенного в ходе экстренной иммунопрофилактики</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>408. КАКОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В СЛУЧАЕ РЕЗУС-ИММУНИЗАЦИИ</p> <p>а. УЗИ средней мозговой артерии плода</p> <p>б. УЗИ</p> <p>в. Кордоцентез</p> <p>г. амниоцентез</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>409. КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ В ХОДЕ УЗИ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ ПЛОДА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С РЕЗУС-ИММУНИЗАЦИЕЙ</p> <p>а. Максимальную систолическую скорость кровотока в средней мозговой артерии плода</p> <p>б. Систолидиастолическое отношение</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

<p>в. Индекс резистентности</p> <p>г. Пульсационный индекс</p>	
<p>410. КАКАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С РЕЗУС-ИММУНИЗАЦИЕЙ В СЛУЧАЕ СООТВЕТСТВИЯ МАКСИМАЛЬНОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ СКОРОСТИ КРОВОТОКА В СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ (МСК СМА) ПЛОДА 1-1,29 МОМ</p> <p>а. УЗИ 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. УЗИ с определением МСК СМА 1 раз в 4 недели</p> <p>в. Ставится вопрос о досрочном родоразрешении</p> <p>г. Пролонгируется беременность до срока родов</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
<p>411. КАКАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С РЕЗУС-ИММУНИЗАЦИЕЙ В СЛУЧАЕ СООТВЕТСТВИЯ МАКСИМАЛЬНОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ СКОРОСТИ КРОВОТОКА В СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ (МСК СМА) ПЛОДА 1,29-1,5 МОМ</p> <p>а. УЗИ с определением МСК СМА 1 раз в неделю, с 36 недель 1 раз в 3 дня, с 36 недель дополнительно КТГ. Родоразрешение в сроке 38 недель беременности</p> <p>б. УЗИ с определением МСК СМА 1 раз в 4 недели</p> <p>в. Ставится вопрос о досрочном родоразрешении</p> <p>г. Пролонгируется беременность до срока родов</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>

<p>412. КАКАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С РЕЗУС-ИММУНИЗАЦИЕЙ В СЛУЧАЕ СООТВЕТСТВИЯ МАКСИМАЛЬНОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ СКОРОСТИ КРОВОТОКА В СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ (МСК СМА) ПЛОДА БОЛЕЕ 1,5 МОМ</p> <p>а. Ставится вопрос о досрочном родоразрешении или переливании плоду ЭМОЛТ в зависимости от срока беременности</p> <p>б. УЗДГ с определением МСК СМА 1 раз в 4 недели</p> <p>в. УЗДГ с определением МСК СМА 1 раз в 2 недели</p> <p>г. Пролонгируется беременность до срока родов</p>	<p><i>УК - 1, УК - 3, ОПК - 1, ОПК - 4, ОПК - 5, ОПК - 7, ПК - 5, ПК - 6, ПК - 7, ПК - 8, ПК - 10.</i></p>
--	--

### Ответы на тесты:

Во всех тестах ответ – «а».

### 5. Критерии оценивания результатов теста:

Отлично - 91-100% правильных ответов;

Хорошо - 81-90% правильных ответов;

Удовлетворительно - 71-80% правильных ответов;

Неудовлетворительно - 70% и менее правильных ответов.

Полный комплект оценочных средств для 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>