ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России   
«Научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии» (НИИАП)   
Симуляционно-аттестационный центр

Цикл тематического усовершенствования:   
**«Невынашивание беременности»**

**(на базе обучающего симуляционного центра)**Тестовый контроль

**1. Невынашивание беременности это:**

а) самопроизвольное прерывание беременности до 36 недель;

б) самопроизвольное прерывание беременности с момента

зачатия и до 36 недель включительно;

в) самопроизвольное прерывание беременности с момента зачатия и до 37 недель, считая с первого дня последней менструации;

г) самопроизвольное прерывание беременности с момента зачатия и до 37 недель с момента зачатия;

д) прерывание беременности по медицинским показаниям со стороны матери и плода.

**2. Классификация невынашивания основана на:**

а) критериях срока;

б) клинической форме прерывания беременности;

в) перинатальном прогнозе;

г) на всем выше перечисленном.

**3. Невынашивание беременности включает понятия:**

a) преждевременные роды;

б) самопроизвольный аборт;

в) искусственный аборт.

г) верны ответы а, б;

д) верны ответы б, в;

е) верны ответы а, в;

ж)верны ответы а, б, в.

**4. К факторам риска невынашивания относят:**

а) медицинские факторы;

б) социальные – бытовые факторы;

в) факторы окружающей среды, в том числе и производственной;

г) все выше перечисленное.

**5. Наиболее частой причиной прерывания беременности на ранних сроках является:**

а) хромосомные аномалии плода;

б) инфекции матери;

в) внутриутробное инфицирование;

г) гормональные нарушения;

д) иммунные нарушения.

**6. Наиболее частой причиной прерывания беременности является:**

а) гипотиреоз;

б) гормональная недостаточность яичников и плаценты;

в) истмико-цервикальная недостаточность;

г) генитальный инфантилизм;

д) иммунологический конфликт.

**7. Среди гормональных нарушений, приводящих к невынашиванию беременности наиболее часто встречаются:**

а) гиперандрогении;

б) НЛФ;

в) гипофункция яичников;

г) гиперпролактинемия;

д) нарушение функции щитовидной железы;

е) сахарный диабет.

**8. Механизм прерывания беременности при неполноценности 2 фазы менструального цикла связан:**

а) с недостатком эстрогенов;

б) с недостатком синтеза прогестерона в желтом теле;

в) с недостаточной секреторной трансформацией эндометрия;

г) верны ответы а) и б).

**9. Недостаточность лютеиновой фазы при невынашивании беременности может быть обусловлена:**

а) неполноценным стероидогенезом;

б) хроническим эндометритом;

в) внутриматочными синехиями;

г) генитальным эндометриозом;

д) повреждением рецепторного аппарата при частых выскабливаниях полости матки;

е) дефицитом массы тела;

ж) всем выше перечисленным;

**10. Вирусные заболевания во время беременности могут приводить:**

а) к анэмбрионии;

б) неразвивающейся беременности;

в) самопроизвольным выкидышам;

г) антенатальной гибели;

д) к порокам развития плода;

е) внутриутробной инфекции, проявляющейся в постнатальном периоде.

ж) верно все выше перечисленное.

**11. При остром гепатите у беременной независимо от характера вируса главной задачей акушера является:**

а) обеспечение немедленного прерывания беременности;

б) подготовка и досрочное родоразрешение;

в) проведение комплексных мероприятий, направленных на сохранение беременности;

**12. При спорадическом прерывании беременности смешанная вирусно-бактериальная инфекция является ведущей причиной потерь преимущественно:**

а) в первом триместре;

б) во втором триместре;

в) в первом и во втором триместрах;

г) в третьем триместре;

д) во втором и третьем триместрах.

**13. Патогенетические механизмы развития плацентарной недостаточности при аутосенсебилизации к ХГЧ выражаются:**

а) в преимущественном повреждении синцитиотрофобласта ворсин;

б) в снижении свойств цитотрофобласта;

в) в нарушении гестационной перестройки спиральных артерий;

г) все ответы верны.

**14. Наиболее частая форма тромбофилии, приводящая к невынашиванию беременности:**

а) недостаток XII фактора;

б) дефицит протеина С;

в) дефицит кофактора II гепарина;

г) АФС;

д) дефицит антитромбина;

е) нарушения в системе фибринолиза.

**15. Какой объем гормональных исследований необходимо выполнить при наличии у пациентки гирсутизма, нерегулярных менструаций и двух несостоявшихся выкидышей в анамнезе:**

а) уровень кортизола в плазме крови;

б) уровень ДЭА-С и 17-оксипрогестерона в плазме крови;

в) уровень тестостерона и пролактина в плазме крови;

г) уровень кортизола, ДЭА-С, 17-ОП, тестостерона и пролактина в плазме крови.

**16. Наиболее информативным и обязательным диагностическим тестом оценки течения беременности в первом триместре при привычном невынашивании является:**

а) измерение базальной температуры;

б) подсчет КПИ;

в) определение уровня ХГ в плазме крови или в моче;

г) определение уровня экскреции 17КС;

д) определение ПЛ в плазме крови;

е) трансабдоминальное УЗИ.

**17. При яичниковой и смешанной гиперандрогении терапия дексаметазоном в период беременности должна проводиться:**

а) до 16 и 35—36 недель соответственно;

б) до 18 и 32—33 недель соответственно;

в) до 24 и 32 недель соответственно;

г) до 26 и 35 недель соответственно.

**18. При обнаружении в шейке матки хламидий, микоплазмы, уреаплазмы или стрептококка группы во время беременности специфическое лечение следует начинать:**

а) с момента диагностики;

б) только после 13 – 14 недель;

в) только после 16 недель, когда сформируется плацента;

г) только перед родоразрешением;

д) после родоразрешения.

**19. Для своевременной диагностики функциональной ИЦН достаточно:**

а) данных анамнеза;

б) результатов УЗ мониторинга;

в) осмотра шейки матки в зеркалах;

г) данных внутреннего исследования;

д) верны ответы б) и в);

е) верны ответы б) и г).

**20. Противопоказанием к хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности не считается:**

а) кровотечение;

б) аномалия развития плода;

в) повышенная возбудимость матки;

г) пролабирование плодного пузыря;

д) IV степень чистоты влагалища.

**21. Прогностически оптимальными сроками выполнения хирургической коррекции ИЦН являются:**

а) 6 – 9 недель;

б) 10 – 12 недель;

в) 13 – 17 недель;

г) 18 – 21 неделя.

**22. Консервативные методы лечения ИЦН можно использовать:**

а) при отказе больной от хирургического лечения;

б) при поздней диагностике ИЦН;

в) при подозрении на ИЦН с профилактической целью;

г) при функциональной ИЦН, если имеется только небольшое размягчение и укорочение шейки матки, но цервикальный канал закрыт;

д) все ответы верны;

е) нет верного ответа.

**23. Перед назначением медикаментозного лечения в I триместре необходимо:**

а) провести комплексное клинико-лабораторное обследование;

б) выполнить гормональный профиль;

в) срочно исследовать уровень экскреции 17КС;

г) выполнить цитологическое исследование содержимого влагалища с подсчетом КПИ;

д) срочно выполнить УЗИ плодного яйца и эмбриона.

**24. Патогенетически не обосновано и не может быть использовано для лечения угрозы прерывания беременности назначение:**

1. дексаметазона;

2. сернокислой магнезии;

3. партусистена;

4. седуксена;

5. овидона.

**25. Профилактика РДС имеет смысл при сроках гестации:**

а) 23 - 25 недель;

б) 26 - 30 недель;

в) 28 - 35 недель;

г) 32 - 36 недель;

д) 30 - 36 недель.