

Seria Biblioteka Położnej
Techniki położnicze i prowadzenie porodu
redaktorzy naukowi: Grażyna Iwanowicz-Palus, Agnieszka Bień
PYTANIA TESTOWE

1.1. Zasady prowadzenia porodu zgodnie z zaleceniami WHO

Grażyna Iwanowicz-Palus, Agnieszka Marcewicz

PYTANIA TESTOWE

1. Proszę wskazać prawdziwą treść zalecenia WHO w odniesieniu do opieki okołoporodowej:
 - a) W przypadku kobiet, u których akcja porodowa rozpoczęła się samistnie tempo rozwierania się szyjki macicy 1 cm na godzinę podczas fazy aktywnej pierwszego okresu porodu jest odpowiednim narzędziem do diagnozowania zagrożeń porodowych, w związku z tym, zaleca się używania go w tym celu.
 - b) W przypadku kobiet, u których akcja porodowa rozpoczęła się samistnie tempo rozwierania się szyjki macicy 1 cm na godzinę podczas fazy aktywnej pierwszego okresu porodu nie jest odpowiednim narzędziem do diagnozowania zagrożeń porodowych, w związku z tym, nie zaleca się używania go w tym celu.
 - c) W przypadku kobiet, u których akcja porodowa rozpoczęła się samistnie tempo rozwierania się szyjki macicy 1 cm na godzinę podczas fazy aktywnej pierwszego okresu porodu nie jest odpowiednim narzędziem do diagnozowania zagrożeń porodowych, pomimo tego można go używać w tym celu.
 - d) W przypadku kobiet, u których akcja porodowa rozpoczęła się samistnie tempo rozwierania się szyjki macicy 1 cm na godzinę podczas fazy aktywnej pierwszego okresu porodu jest możliwym do narzędziem do diagnozowania zagrożeń porodowych, w związku z tym, zaleca się używania go w tym celu w wyjątkowych sytuacjach.
2. Proszę wskazać prawdziwą treść zalecenia WHO:
 - a) Wczesna amniotomia nie jest zalecana jako metoda przeciwdziałania przedłużającemu się porodowi.
 - b) Wczesne podanie oksytocyny nie jest zalecane jako metoda przeciwdziałania przedłużającemu się porodowi.

- c) Wczesna amniotomia oraz wczesne podanie oksytocyny nie jest zalecane jako metoda przeciwdziałania przedłużającemu się porodowi.
 - d) Wczesna amniotomia oraz wczesne podanie oksytocyny nie jest zalecane jako metoda przeciwdziałania przedłużającemu się porodowi.
 - e) Wczesna amniotomia oraz wczesne podanie oksytocyny jest zalecane jako metoda przeciwdziałania przedłużającemu się porodowi.
3. Proszę wskazać prawdziwą treść zalecenia WHO w odniesieniu do opieki okołoporodowej:
- a) Dłuższy masaż macicy nie jest zalecaną interwencją mającą na celu zapobiec krwotokowi poporodowemu (PPH) w przypadku kobiet, u których zastosowano profilaktycznie oksytocynę.
 - b) Dłuższy masaż macicy jest zalecaną interwencją mającą na celu zapobiec krwotokowi poporodowemu (PPH) w przypadku kobiet, u których zastosowano profilaktycznie oksytocynę.
 - c) Dłuższy masaż macicy nie jest zalecaną interwencją mającą na celu zapobiec krwotokowi poporodowemu (PPH) w przypadku kobiet, niezależnie od stosowania profilaktycznie oksytocyny.
 - d) Dłuższy masaż macicy jest zalecaną interwencją mającą na celu zapobiec krwotokowi poporodowemu (PPH) w przypadku kobiet, u których nie zastosowano profilaktycznie oksytocyny.

1.2. Zasady sprawowania opieki okołoporodowej zgodnie z wytycznymi ICM, FIGO, ACOG, PTGiP

Magdalena Korżyńska-Piętas, Grażyna Iwanowicz-Palus

PYTANIA TESTOWE

1. Wskaż zdanie nieprawidłowe:
- a) opieka położnych promuje, chroni i wspiera zdrowie i prawa kobiet w zakresie reprodukcji i seksualności,
 - b) opiekę położnych cechuje szacunek do różnorodności etnicznej i kulturowej. podstawę opieki stanowią etyczne zasady sprawiedliwości, równości i szacunku dla godności ludzkiej,
 - c) opieka położnicza nie jest procesem ciągłym.
 - d) opieka położnicza ma charakter holistyczny.
2. Zgodnie z założeniami FIGO ciężarne i rodzące mają prawo do:
- a) odpowiedniej opieki podczas porodu – w zakresie odżywiania, łagodzenia bólu i obserwacji płodu,

- b) obecności przynajmniej jednej osoby towarzyszącej podczas porodu,
 - c) diagnostyki i leczenia wszelkich chorób fizycznych lub psychicznych oraz niepełnosprawności bezpośrednio związanych z ciążą lub porodem,
 - d) wszystkie odpowiedzi prawidłowe.
3. Wskaż zdanie nieprawdziwe:
- a) FIGO jest organizacją zawodową, która zrzesza ponad 130 stowarzyszeń położniczych i ginekologicznych z całego świata,
 - b) członkowie Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników w rekomendacjach wskazują aktualny sposób postępowania, który nie może być modyfikowany,
 - c) zgodnie z filozofią opieki okołoporodowej ICM ciąża i okres rozrodczy są zazwyczaj normalnymi procesami fizjologicznymi,
 - d) EBM (evidence – based medicine) stanowi integralną część profesjonalnej opieki położniczej.

1.3. Opieka okołoporodowa oparta na dowodach naukowych

Mariola Mróz, Grażyna Iwanowicz-Palus

PYTANIA TESTOWE

1. Medycyna oparta na faktach to:
- a) wykorzystanie w postępowaniu klinicznym dowodów naukowych pochodzących z wiarygodnych źródeł dotyczących bezpieczeństwa i skuteczności terapii,
 - b) postępowanie w codziennej praktyce klinicznej zgodnie z własnym doświadczeniem,
 - c) połączenie wiedzy teoretycznej zdobytej w toku kształcenia akademickiego z doświadczeniem zawodowym,
 - d) dostarczenie praktycznych rozwiązań przez osoby zajmujące się opieką okołoporodową w codziennej praktyce zawodowej.
2. Zalecane postępowanie podczas porodu obejmuje:
- a) wykonanie enemu i golenia krocza,
 - b) wykonanie rutynowo cięcia cesarskiego u kobiet cierpiących na tokofobię,
 - c) profilaktykę antybiotykową u rodzących z nacięciem krocza,
 - d) edukację i zachęcanie kobiet z grupy niskiego ryzyka do przyjmowania pozycji pionowej podczas porodu.

3. W przypadku porodu drogą cięcia cesarskiego profilaktyczna antybiotykoterapia obejmuje:
- a) podanie antybiotyku kobietom ze wskazaniami medycznymi na 30–60 minut przed cięciem cesarskim,
 - b) rutynowe podanie antybiotyku matce na minimum 60 minut przed cięciem cesarskim,
 - c) rutynowe podanie antybiotyku matce na 30–60 minut przed cięciem cesarskim,
 - d) podanie antybiotyku kobietom ze wskazaniami medycznymi na minimum 60 minut przed cięciem cesarskim.

1.4. Opieka okołoporodowa w ujęciu transkulturowym

Grażyna Iwanowicz-Palus, Magdalena Korzyńska-Piętas

PYTANIA TESTOWE

1. Poród pacjentki będącej Świadkiem Jehowy należy zaplanować w ośrodku:
- a) 1 stopnia referencyjności,
 - b) 2 stopnia referencyjności,
 - c) 3 stopnia referencyjności,
 - d) nie ma znaczenia poziom opieki perinatalnej.
2. Pacjentce wyznającej Judaizm:
- a) nie wolno podawać leków w otoczce żelowej.
 - b) nie wolno przetaczać krwi.
 - c) nie wolno zapewnić kontaktu „skóra do skóry”.
 - d) nie wolno informować o płci dziecka.
3. W kulturze romskiej:
- a) położna po porodzie obdarowuje młodą mamę ryżem, aby zapewnić jej oraz dziecku szczęście,
 - b) kobiety poddaje się szczególnym ograniczeniom i izoluje w okresach: dojrzewania, miesiączki, ciąży i porodu,
 - c) nieistotne jest używanie sprzętu jednorazowego użytku, segregacja „brudne-czyste”,
 - d) posiłki powinny być podawane pacjentce lewą ręką.

1.5. Założenia standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej

Grażyna Iwanowicz-Palus

PYTANIA TESTOWE

1. Zgodnie z założeniami standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej – opieka okołoporodowa obejmuje:
 - a) opiekę sprawowaną nad kobietą w okresie ciąży i porodu,
 - b) opiekę sprawowaną nad kobietą w okresie porodu i połogu,
 - c) opiekę sprawowaną nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu,
 - d) opiekę sprawowaną nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu oraz opiekę nad noworodkiem.
2. Poprawa jakości opieki okołoporodowej w Polsce, powinna być realizowana poprzez:
 - a) ograniczenie nadmiernej medykalizacji porodu fizjologicznego i przestrzeganie praw pacjenta,
 - b) stosowanie zasad trójstopniowej opieki perinatalnej,
 - c) zwiększanie satysfakcji pacjentek z opieki oraz optymalizację kosztów opieki i adekwatną do potrzeb dystrybucję środków finansowych,
 - d) wszystkie z powyższych.
3. W Polsce, zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem, opiekę nad kobietami ciężarnymi o prawidłowym przebiegu ciąży oraz podczas porodu i połogu fizjologicznego mogą samodzielnie sprawować:
 - a) tylko i wyłącznie lekarze,
 - b) tylko i wyłącznie położne,
 - c) lekarze, jak i położne,
 - d) położne tylko we współpracy z lekarzami.

1.6 Psychoprofilaktyka położnicza – przygotowanie do porodu

Urszula Sioma-Markowska

PYTANIA TESTOWE

1. Psychoprofilaktyczne przygotowanie do porodu powinno zawierać elementy:
 - a) dydaktyka, fizjoprofilaktyka, psychoterapia,

- b) psychoterapia, relaks, edukacja,
 - c) edukacja, wsparcie, szkoła rodzenia,
 - d) fizjoprofilaktyka, plan porodu, edukacja.
2. Trening autogenny Schulza jest metodą wykorzystywaną w nauce:
- a) oddychania,
 - b) relaksacji,
 - c) parcia,
 - d) koncentracji.
3. Kinezyterapia w ciąży obejmuje:
- a) ćwiczenia oddechowe i relaksujące,
 - b) ćwiczenia ogólnorozwojowe i relaksujące,
 - c) ćwiczenia relaksujące, oddechowe i naukę parcia,
 - d) ćwiczenia ogólnousprawniające, oddechowe i relaksujące.
4. Przygotowanie do porodu w wymiarze behawioralnym to:
- a) dydaktyka,
 - b) fizjoprofilaktyka,
 - c) wsparcie społeczne,
 - d) psychoterapia.

1.7. Bezpieczne macierzyństwo – oczekiwania kobiety i jej rodziny w zakresie opieki okołoporodowej

Dominika Stobnicka, Grażyna Iwanowicz-Palus

PYTANIA TESTOWE

1. Plan porodu to dokument medyczny:
- a) stworzony i napisany przez Światową Organizację Zdrowia,
 - b) stworzony indywidualnie przez ciężarną wraz z położną lub lekarzem prowadzącym ciążę,
 - c) stworzony i napisany przez FIGO (Międzynarodową Federację Ginekologów i Położników),
 - d) stworzony i napisany przez Fundację Rodzić po Ludzku.
2. Do niefarmakologicznych metod łagodzących ból porodowy należą:
- a) muzykoterapia, aromaterapia, analgezja wziewna,
 - b) analgezja regionalna, masaż, TENS,

- c) TENS, muzykoterapia, homeopatia,
 - d) masaż, analgezja wziewna, TENS.
3. Muzykoterapia w II okresie porodu, obejmuje stosowanie muzyki:
- a) rytmicznej, aktywizującej,
 - b) relaksującej,
 - c) uspokajającej,
 - d) naturalnej – dźwięki przyrody.
4. Olejki aromatyczne, których nie powinno używać się w czasie ciąży to:
- a) lawenda, melisa, szalwia, tymianek,
 - b) melisa, cytryna, lawenda, róża,
 - c) mirra, bazylia, jaśmin, oregano,
 - d) eukaliptus, brzoza, mandarynka, jaśmin.

2.1. Budowa kanału rodnego

Bożena Kulesza-Brończyk

PYTANIA TESTOWE

1. Sprzężna prawdziwa, to:
 - a) najkrótsza odległość między wewnętrzną powierzchnią spojenia łonowego a środkiem promontorium,
 - b) odległość między górnym brzegiem spojenia łonowego a wyrostkiem kolczystym V kręgu lędźwiowego,
 - c) odległość między dolnym brzegiem spojenia łonowego a promontorium,
 - d) odległość między górnym brzegiem spojenia łonowego a promontorium.
2. Wymiar prosty i poprzeczny próżni miednicy odpowiednio wynoszą:
 - a) 11 i 13 cm,
 - b) 11 i 10,5 cm,
 - c) 12 i 12 cm,
 - d) 13 i 13,5 cm.
3. Na podstawie sprzężnej zewnętrznej można z dużym prawdopodobieństwem określić sprzężną prawdziwą, jeżeli sprzężna zewnętrzna wynosi mniej niż 19 cm, to sprzężna prawdziwa jest:
 - a) prawidłowa,
 - b) prawidłowa lub nieco skrócona,
 - c) wydłużona,
 - d) skrócona.
4. Czworobok Michaelisa utworzony jest przez:
 - a) linie łączące wyrostek kolczysty V kręgu lędźwiowego, górny wierzchołek bruzdy międzypośladowej oraz zagłębienia odpowiadające górnym tylnym kolcom biodrowym,
 - b) linie łączące wyrostek kolczysty III kręgu szyjnego, górny wierzchołek bruzdy międzypośladowej oraz łuki żeber symetrycznie,
 - c) linie tworzące obrys ciemiączka dużego u noworodka,
 - d) linie tworzące obrys ciemiączka małego u noworodka.

5. Jeżeli różnica między wymiarem międzykolcowym i międzygrzebieniowym wynosi 3 cm, to miednica ma prawdopodobnie budowę:
- a) zwężoną w wymiarze prostym wchodu,
 - b) zwężoną w wymiarze poprzecznym cieśni,
 - c) prawidłową,
 - d) ogólnie ścieśnioną.

2.2. Typy miednic

Bożena Kulesza-Brończyk

PYTANIA TESTOWE

1. Typ miednicy (wg. Caldwellella i Moloya) charakteryzujący się: okrągłym kształtem wchodu, wymiarem poprzecznym wchodu nieco większym od prostego, kością krzyżową wygiętą ku tyłowi, obszernym zagłębieniem krzyżowo – biodrowym, szerokim łukiem podłonowym, miednica w całości obszerna, to typ miednicy:
 - a) ginekoidalny,
 - b) antropoidalny,
 - c) androidalny,
 - d) platypeloidalny.
2. Typ miednicy (wg. Caldwellella i Moloya) charakteryzujący się: eliptycznym kształtem wchodu, z wydłużonym wymiarem prostym, kością krzyżową wąską, długą, nachyloną ku tyłowi, obszernym zagłębieniem krzyżowo – biodrowym, szerokim łukiem podłonowym, to typ miednicy:
 - a) androidalny,
 - b) antropoidalny,
 - c) ginekoidalny,
 - d) platypeloidalny.
3. Charakterystyczną cechą miednic męskich jest:
 - a. zmniejszenie wszystkich wymiarów o 1–2 cm,
 - b. występują u kobiet z ogólnym upośledzeniem rozwoju fizycznego,
 - c. trójkątny kształt wchodu,
 - d. znacznie zmniejszony jest wymiar cieśni i wychodu.

2.3. Płód jako podmiot porodu

Bożena Kulesza-Brończyk

PYTANIA TESTOWE

1. Stosunek poszczególnych części płodu do macicy to:
 - a) położenie płodu,
 - b) ustawienie płodu,
 - c) ułożenie płodu,
 - d) wstawianie się płodu.
2. W położnictwie istnieje wiele terminów określających położenie płodu w macicy. Ustawienie to:
 - a) stosunek długiej osi płodu do długiej osi macicy i kanału rodnego,
 - b) stosunek części płodu względem siebie,
 - c) stosunek poszczególnych części płodu do macicy,
 - d) stosunek części przodującej do linii międzykolcowej.
3. Ułożenie to:
 - a) jest określeniem stosunku długiej osi płodu do długiej osi macicy,
 - b) stosunek poszczególnych części płodu do poszczególnych części macicy,
 - c) stosunek poszczególnych części ciała płodu względem siebie,
 - d) to ustawienie grzbietu płodu względem macicy.

2.4. Porodowe siły wydalające

Skurcze porodowe – rodzaje skurczów

Justyna Krysa, Grażyna Iwanowicz-Palus

PYTANIA TESTOWE

1. Więzadło główne to element:
 - a) aparatu więzadłowego,
 - b) aparatu zawieszającego,
 - c) aparatu podporowego,
 - d) dna macicy.

2. Dno miednicy stanowią:
 - a) mięśnie przepony miednicy i przepony moczowo-płciowej,
 - b) mięśnie przepony miednicy,
 - c) mięśnie przepony moczowo-płciowej,
 - d) więzadło główne i tkanka zawierająca włókna kolagenowe.
3. Skurcze Braxtona Hicksa – są to skurcze:
 - a) okresu obniżania się dna macicy,
 - b) ciążowe,
 - c) przepowiadające,
 - d) okresu wydalania.
4. Na ocenę czynności skurczowej macicy składa się:
 - a) siła skurczu, czas trwania skurczu, przerwy międzyskurczowe,
 - b) siła skurczu, przerwy międzyskurczowe, częstość skurczów,
 - c) siła skurczu, czas trwania skurczu, przerwy międzyskurczowe, częstość skurczów,
 - d) czas trwania skurczu, przerwy międzyskurczowe, częstość skurczów.

Preindukcja, indukcja i stymulacja czynności porodowej

Grażyna Iwanowicz-Palus, Justyna Krysa

PYTANIA TESTOWE

1. W przypadku cholestazy wewnątrzwątrobowej ciążowej przy stężeniu kwasów żółciowych wynoszącym 63 mmol/l zaleca się zakończenie ciąży poprzez indukcję porodu:
 - a) po 33. tygodniu ciąży,
 - b) po 34. tygodniu ciąży,
 - c) po 35. tygodniu ciąży,
 - d) po 36. tygodniu ciąży.
2. Ze względu na zwiększone ryzyko powikłań płodowych, w przypadku cukrzycy przedciążowej, indukcja porodu powinna być rozważona:
 - a) po 36. tygodniu ciąży,
 - b) po 37 tygodniu ciąży,
 - c) po 38. tygodniu ciąży,
 - d) po 39. tygodniu ciąży.
3. Dawka oksytocyny we wlewie może być zwiększana nie częściej niż:
 - a) co 15–40 minut do dawki maksymalnej 25 mIU/ minutę,

- b) co 10 minut do dawki maksymalnej 30 mIU/ minutę,
- c) co 5–25 minut do dawki maksymalnej 25 mIU/ minutę,
- d) co godzinę do dawki maksymalnej 25 mIU/ minutę.

3.1. Badanie podmiotowe ciężarnej lub rodzącej

Grażyna Iwanowicz-Palus, Bożena Kulesza-Brończyk

PYTANIA TESTOWE

1. Wskaż przewidywany termin porodu (zgodnie z regułą Naegelego) u pacjentki, która podaje, że pierwszy dzień ostatniej miesiączki wystąpił 10.04.2022r. W wywiadzie regularne cykle miesięczkowe co 28 dni.
 - a) 17.01.2023,
 - b) 03.01.2023,
 - c) 17.02.2023,
 - d) 27.12.2022.
2. Współcześnie stosowane testy ciążowe opierają się na wykryciu w moczu:
 - a) choriongonadotropiny,
 - b) somatotropiny,
 - c) alfa-fetoproteiny,
 - d) glikoproteiny.
3. Ruchy płodu to przypuszczalny objaw ciąży. Kobiety zaczynają odczuwać ruchy płodu:
 - a) pomiędzy 8–10 hbd,
 - b) pomiędzy 8–14 hbd,
 - c) pomiędzy 16–20 hbd,
 - d) pomiędzy 22–26 hbd.

3.2. Badanie przedmiotowe rodzącej

Agnieszka Bień, Marta Zarajczyk, Grażyna Iwanowicz-Palus

PYTANIA TESTOWE

1. Dno macicy pod koniec 24 hbd znajduje się:
 - a) w połowie odległości między pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym,
 - b) 2 – 3 palce poniżej pępka,
 - c) 2 – 3 palce powyżej pępka,
 - d) na wysokości pępka.
2. Pierwszy chwyt Leopolda służy do określenia:
 - a) wieku ciążowego i ustawienia płodu,
 - b) położenia i ustawienia płodu,
 - c) położenia płodu i wieku ciążowego,
 - d) położenia i ułożenia płodu.
3. Efekt balotowania główki (przy położeniu główkowym) można uzyskać stosując chwyt Leopolda:
 - a) drugi,
 - b) trzeci,
 - c) czwarty,
 - d) piąty.
4. Punktem prowadzącym w kanale rodnym nazywa się:
 - a) najniżej położoną część płodu w kanale rodnym,
 - b) najniżej położoną część kostną płodu kostną części przodującej w kanale rodnym,
 - c) punkt na główce płodu który zwraca się ku przodowi w kanale rodnym,
 - d) punkt kanału rodnego który wyznacza kierunek osi miednicy mniejszej.
5. Główka płodu jest ustalona we wchodzie jeśli:
 - a) punkt prowadzący zetknął się z kresą graniczną wchodu miednicy,
 - b) płaszczyzna miarodajna główki płodu osiągnęła linię międzykolecową,
 - c) punkt prowadzący jest na wysokości linii międzykolecowej lub dochodzi do tej linii,
 - d) w badaniu wewnętrznym określimy rozwarcie szyjki macicy jako całkowite.

4.1. Badanie i ocena czynności serca płodu

Grażyna Iwanowicz-Palus, Agnieszka Bień, Grażyna Stadnicka

PYTANIA TESTOWE

1. Czynność serca płodu należy osłuchiwać przynajmniej przez:
 - a) 15 sekund,
 - b) 1 minutę,
 - c) 3 minuty,
 - d) 5 minut.
2. Normokardia u płodu wynosi:
 - a) 140 ud./min.,
 - b) 120–160 ud./min.,
 - c) 110–160 ud./min.,
 - d) 110–170 ud./min.
3. O bradykardii u płodu mówi się, gdy:
 - a) czynność serca płodu wynosi poniżej 100 ud./min przez co najmniej 3 minuty,
 - b) czynność serca płodu wynosi poniżej 100 ud./min przez co najmniej 15 minut,
 - c) czynność serca płodu wynosi poniżej 110 ud./min przez co najmniej 10 minut,
 - d) czynność serca płodu wynosi poniżej 110 ud./min przez co najmniej 30 minut.
4. O tachykardii u płodu mówi się, gdy:
 - a) czynność serca płodu wynosi powyżej 150 ud./min przez co najmniej 3 minuty,
 - b) czynność serca płodu wynosi powyżej 160 ud./min przez co najmniej 10 minut,
 - c) czynność serca płodu wynosi powyżej 150 ud./min przez co najmniej 10 minut,

- d) czynność serca płodu wynosi powyżej 160 ud./min przez co najmniej 30 minut.

4.2. Wstępna interpretacja zapisu KTG

Grażyna Stadnicka, Agnieszka Bień, Grażyna Iwanowicz-Palus

PYTANIA TESTOWE

1. Akceleracje pojawiające się podczas ruchów płodu, dotykania płodu w trakcie badania przez pochwę, dotykania powłok brzusznych świadczą:
 - a) o nadreaktywności płodu,
 - b) o pomyślnym rokowaniu dla płodu,
 - c) o nie pomyślnym rokowaniu dla płodu,
 - d) nie mają znaczenia diagnostycznego.
2. Deceleracje będące lustrzanym odbiciem skurczu to:
 - a) deceleracje skaczące,
 - b) deceleracje zmienne,
 - c) deceleracje późne,
 - d) deceleracje wczesne.
3. Duża amplituda, długi czas trwania (powyżej 60 sekund), późny powrót to cechy:
 - a) deceleracji późnych odruchowych,
 - b) deceleracji późnych – ciężkich,
 - c) oscylacji skaczącej,
 - d) objawu Gaussa.
4. Jeżeli oscylacji milczącej towarzyszą deceleracje późne, świadczy to o:
 - a) skurczach macicy,
 - b) niedotlenieniu płodu,
 - c) śnie płodu,
 - d) podrażnieniu nerwu błędnego.
5. Deceleracje są to:
 - a) zmiany częstości czynności serca płodu o 15 uderzeń na minutę i trwające przynajmniej 15 sekund (związane są ze skurczami macicy),
 - b) zmiany częstości czynności serca płodu o 15 uderzeń na minutę i trwające przynajmniej 15 sekund (nie związane są ze skurczami macicy),

- c) zmiany częstości czynności serca płodu o 30 uderzeń na minutę i trwające przynajmniej 30 sekund (związane są ze skurczami macicy),
- d) zmiany częstości czynności serca płodu o 30 uderzeń na minutę i trwające przynajmniej 30 sekund (nie związane są ze skurczami macicy).

4.3. Wybrane metody śródporodowego monitorowania stanu płodu

Agnieszka Bień, Grażyna Stadnicka, Grażyna Iwanowicz-Palus

PYTANIA TESTOWE

1. Ostre niedotlenienie płodu można zdiagnozować przy pomocy testu Manninga na podstawie następujących parametrów:
 - a) ruchów oddechowych, napięcia mięśniowego, czynności serca płodu,
 - b) ruchów oddechowych, ruchów ciała, napięcia mięśniowego oraz czynności serca płodu,
 - c) ruchów oddechowych, napięcia mięśniowego, czynności serca płodu, ilości wód płodowych,
 - d) ruchów oddechowych, napięcia mięśniowego, czynności serca płodu, ruchów przepony.
2. Do metod biochemicznych w okresie okołoporodowym oceniających stanu płodu oraz rozpoznanie zaburzeń wymiany matczyno-płodowej ograniczających transport tlenu zalicza się:
 - a) oznaczanie markerów ciążowych,
 - b) kordocentezę, pulsoksymetrię,
 - c) badanie krwi włośniczkowej płodu ze skalpu płodu, badanie krwi z naczyń pępowinowych,
 - d) wszystkie wyżej wymienione.
3. Saturacja krwi tętniczej płodu $SpO_2 < 30\%$ świadczy o:
 - a) równowadze kwasowo-zasadowej u płodu,
 - b) prawidłowym utlenowaniu płodu,
 - c) niedotlenieniu płodu,
 - d) prawidłowej ocenie biofizycznej płodu.
4. Podczas porodu o przebiegu fizjologicznym zapis KTG wykonuje się:
 - a) zgodnie z zaleceniami WHO nie należy wykonywać zapisu KTG,
 - b) zawsze przy przyjęciu rodzącej na salę porodową,

- c) przynajmniej 2 zapisy 30 minutowe w I okresie porodu,
 - d) brak wytycznych w tym zakresie.
5. Jeśli pH krwi ze skąpu płodu wynosi 6.98 świadczy to o:
- a) kwasicy oddechowej,
 - b) niedotlenieniu płodu,
 - c) ciężkiej kwasicy,
 - d) zaawansowanej kwasicy.
6. Pulsoksymetria płodowa jest to nieinwazyjna metoda nadzoru, która umożliwia ocenę:
- a) dobrostanu płodu,
 - b) saturacji krwi tętniczej płodu,
 - c) wysycenia tlenem krwi żyłnej płodu,
 - d) gazometryczną krwi płodu.
7. W przypadku wątpliwego zapisu NST należy zapis wydłużyć do:
- a) 40 minut,
 - b) 60 minut,
 - c) 2 godzin,
 - d) 3 godzin.
8. Jeśli w ciągu 2 godzinnego zapisu KTG utrzymuje się zawężona oscylacja, to zapis KTG należy zweryfikować:
- a) subiektywną oceną ruchów płodu,
 - b) pulsoksymetrią,
 - c) testem Manninga,
 - d) USG – biometria płodu.

**5.1. Mechanizm porodu w położeniu płodu podłużnym
główkowym potylicowym przednim**

Grażyna Iwanowicz-Palus, Mariola Kicia, Agnieszka Bień

PYTANIA TESTOWE

1. W położeniu podłużnym główkowym ułożeniu potylicowym przednim punktem prowadzącym jest:
 - a) ciemiączko przednie,
 - b) ciemiączko tylne,
 - c) szew strzałkowy,
 - d) szew czołowy.
2. Chwyt Schwarzenbacha ma zastosowanie w:
 - a) badaniu wewnętrznym,
 - b) badaniu zewnętrznym,
 - c) rodzeniu barków płodu,
 - d) ochronie krocza.
3. Wyjście główki płodu z kanału rodnego – pokonanie zagięcia kanału rodnego, to:
 - a) ruch wyprostny odgięcie,
 - b) ruch wyprostny przygięcie,
 - c) przygięcie i obrót,
 - d) wyłącznie przygięcie.
4. Przygięcie główki płodu to zwrot, który kończy się:
 - a) we wchodzie,
 - b) w próżni,
 - c) na dnie miednicy,
 - d) na wychodzie.
5. Złożony ruch spiralny płodu to kolejno ruch:
 - a) postępowy, rotacyjny, odgięciowy,
 - b) postępowy, przygięciowy, odgięciowy,

- c) postępowy, przygięciowy, rotacyjny,
 - d) rotacyjny, postępowy, przygięciowy.
6. Przeprowadzając badanie IV chwytem Leopolda w położeniu płodu podłużnym główkowym potylicowym przednim, gdy główka jest ustalona we wchodzie, palce ręki badającego po stronie odpowiadającej grzbietowi płodu:
- a) nie dochodzą do linii środkowej ciała w porównaniu ze stroną przeciwną, gdzie znajduje się czoło,
 - b) dochodzą do linii środkowej ciała tak samo w porównaniu ze stroną przeciwną, gdzie znajduje się czoło,
 - c) nie dochodzą do linii środkowej ciała tak samo jak po stronie przeciwnej, gdzie znajduje się czoło,
 - d) dochodzą bliżej do linii środkowej ciała niż po stronie przeciwnej, gdzie znajduje się czoło.
7. Główka płodu ustalona jest w płaszczyźnie wchodu:
- a) gdy linia międzykolkowa jest niedostępna w badaniu wewnętrznym i punkt prowadzący znajduje się 1–2 cm poniżej,
 - b) gdy całe zagłębienie krzyżowo-biodrowe jest zajęte przez główkę,
 - c) gdy punkt prowadzący na główce płodu zetknął się z kresą graniczną,
 - d) gdy punkt prowadzący znajduje się na wysokości linii międzykolkowej.
8. Chwyt De Lee służy do wybadania główki znajdującej się:
- a) nad wchodem,
 - b) we wchodzie,
 - c) na dnie miednicy,
 - d) w próżni miednicy.

5.2. Mechanizm porodu w położeniu płodu podłużnym główkowym potylicowym tylnym

Grażyna Iwanowicz-Palus, Mariola Kicia, Agnieszka Bien

PYTANIA TESTOWE

1. W położeniu podłużnym główkowym potylicowym tylnym ustawieniu I przedgłowie na główce płodu powstaje w okolicy:
- a) ciemiączka tylnego i prawej kości ciemieniowej,
 - b) ciemiączka przedniego i lewej kości ciemieniowej,

- c) ciemiączka przedniego i prawej kości ciemieniowej,
 - d) ciemiączka tylnego i lewej kości ciemieniowej.
2. Zwrot główki znajdującej się w próżni w położeniu podłużnym główkowym potylicowym tylnym do potylicowego przedniego ustawienia główki wynosi:
- a) 45° ,
 - b) 90° ,
 - c) 135° ,
 - d) 180° .
3. Poród płodu w położeniu podłużnym główkowym potylicowym tylnym w porównaniu z mechanizmem prawidłowym trwa zazwyczaj:
- a) krócej,
 - b) dłużej,
 - c) tyle samo,
 - d) to zależy od ustawienia płodu.
4. Rodząca się na zewnątrz główka płodu w położeniu podłużnym główkowym mechanizmie porodowym potylicowym tylnym opiera się o dolny brzeg spojenia łonowego okolicą:
- a) czoła,
 - b) karku,
 - c) kości ciemieniowej lewej,
 - d) kości ciemieniowej prawej.
5. Mechanizm porodu w położeniu płodu podłużnym główkowym ułożeniu potylicowym tylnym to:
- a) przygięcie,
 - b) odgięcie,
 - c) przygięcie i minimalne odgięcie,
 - d) duże przygięcie i jeszcze większe odgięcie.

5.3. Poród – podział na okresy

Przyjęcie rodzącej do porodu zgodnie z przyjętymi zasadami postępowania

Agnieszka Bień, Marta Zarajczyk, Grażyna Iwanowicz-Palus

PYTANIA TESTOWE

1. Do zwiastunów porodu nie zalicza się:
 - a) obniżania dna macicy,
 - b) zbliżania się dnia terminu porodu,
 - c) skurczów przepowiadających,
 - d) dojrzewania szyjki macicy.
2. Do przeciwwskazań immersji wodnej nie należy:
 - a) stan po cięciu cesarskim,
 - b) obszerne nacięcie krocza w poprzednich porodach,
 - c) krwawienie z dróg rodnych,
 - d) obecność chorób zakaźnych (m.in. HIV, HBV, HCV).
3. Pęknięcie pęcherza płodowego o czasie występuje:
 - a) przed 38 tygodniem ciąży,
 - b) podczas okresu rozwierania kanału szyjki macicy,
 - c) przy pełnym rozwarciu kanału szyjki macicy,
 - d) w trakcie trwania okresu wydalania.

Ogólne zasady postępowania w poszczególnych okresach porodu

Agnieszka Bień, Grażyna Iwanowicz-Palus, Marta Zarajczyk

PYTANIA TESTOWE

1. Porodem aktywnym nazywamy poród w którym:
 - a) kobieta pozostaje aktywna fizycznie
 - b) kobieta podejmuje decyzje dotyczące przebiegu i postępowania w czasie porodu
 - c) położna jest cały czas obecna obok rodzącej, aktywnie wspierając ją w oddychaniu
 - d) prawidłowe odpowiedzi a) i b)

2. W czasie II okresu porodu:
 - a) szyjka macicy zgładza się całkowicie
 - b) szyjka macicy rozwiera się do pełnego rozwarcia
 - c) następuje poród noworodka
 - d) następuje poród popłodu
3. Brak postępu porodu w I okresie stwierdza się:
 - a) gdy rozwieranie szyjki macicy następuje wolniej niż dwa cm na godzinę, oceniane w odstępach czterogodzinnych
 - b) gdy rozwieranie szyjki macicy następuje wolniej niż pół cm na godzinę, oceniane w odstępach czterogodzinnych
 - c) w czasie gdy rodząca traci siły do dalszego przebiegu porodu
 - d) przy zamkniętym zewnętrznym ujściu szyjki macicy
4. Poziom wody w wannie podczas porodu w wodzie powinien:
 - a) w całości pokrywać brzuch rodzącej
 - b) być ustalany zgodnie z sugestią rodzącej
 - c) sięgać wysokością poziomu pępka rodzącej
 - d) sięgać wysokością poziomu spojenia łonowego rodzącej
5. Obowiązkiem osoby towarzyszącej podczas porodu nie jest:
 - a) pomiar czasu trwania skurczów oraz przerwy pomiędzy skurczami
 - b) asekuracja rodzącej podczas wstawania z łóżka i zmiany pozycji ciała
 - c) wyrażanie pisemnej zgody na czynności medyczne i zabiegi realizowane podczas porodu
 - d) kontrola oddychania torem przeponowym u rodzącej oraz pomoc w powrocie do właściwego tempa oddechów

5.4. Prowadzenie okresu łożyskowego

Agnieszka Bień, Grażyna Iwanowicz-Palus, Marta Zarajczyk

PYTANIA TESTOWE

1. Objaw Küstnera polega na:
 - a) ocenie wysuwania się pępowiny w czasie odklejania się łożyska,
 - b) jednoręcznym chwycie dna macicy i przesunięcia go w stronę osi kanału rodnego,
 - c) ocenie cofania się pępowiny przy ucisku dłonią nad spojeniem łonowym rodzącej w III okresie porodu,
 - d) tworzeniu się krwiaka przy centralnym odklejaniu łożyska.

2. Cechami charakterystycznymi odklejania się łożyska sposobem Schultzego są:
 - a) odklejanie brzeżne, tworzenie się krwaka położyskowego, rodzenie łożyska stroną płodową, dotyczy ok. 20% przypadków,
 - b) odklejanie centralne, krwawienie widoczne przez cały czas odklejania, rodzenie łożyska stroną matczyną, dotyczy ok. 20% przypadków
 - c) odklejanie brzeżne, krwawienie widoczne przez cały czas odklejania, rodzenie łożyska stroną płodową, dotyczy ok. 80% przypadków,
 - d) odklejanie centralne, tworzenie się krwaka położyskowego, rodzenie łożyska stroną płodową, dotyczy ok. 80% przypadków.
3. Do objawów oddzielania łożyska nie zalicza się:
 - a) wysuwania się sznura pępowinowego na ok. 10 cm,
 - b) zmniejszenia napięcia naczyń pępowiny,
 - c) wzmożonego parcia na pęcherz moczowy,
 - d) zmiany kształtu trzonu z kulistego na wąski, kanciasty (dyskowaty), twardy
4. Wysokość dna macicy zaraz po wydaleniu łożyska jest na poziomie:
 - a) mniej więcej w połowie odległości między pępkiem a spojeniem łonowym,
 - b) na wysokości pępka,
 - c) na wysokości spojenia łonowego,
 - d) ok. 2 palce powyżej pępka.
5. Podanie oksytocyny w okresie łożyskowym wskazane jest w przypadku:
 - a) pierworódek powyżej 40 roku życia,
 - b) wieloródek lub po porodach dużych płodów,
 - c) porodów z przedwczesnym odpływaniem wód płodowych,
 - d) braku oznak odklejania się łożyska po upływie 10 minut po porodzie noworodka.

5.5. Urazy kanału rodniego podczas porodu

Grażyna Iwanowicz-Palus, Agnieszka Bien

PYTANIA TESTOWE

1. Który sposób nacięcia krocza stwarza największe ryzyko uszkodzenia zwieracza odbytu:
 - a) nacięcie środkowo-boczne,
 - b) nacięcie w linii środkowej,

- c) nacięcie boczne krocza,
 - d) nacięcie Schuchardta
2. Wskaż zdanie prawdziwe
- a) podczas szycia błony śluzowej pochwy – szew należy przeprowadzić przez błonę śluzową i tkankę podśluzówkową,
 - b) podczas szycia błony śluzowej pochwy – szew należy przeprowadzić przez błonę śluzową
 - c) podczas szycia błony śluzowej pochwy – szew należy przeprowadzić przez tkankę podśluzówkową
 - d) podczas szycia błony śluzowej pochwy – szew należy przeprowadzić przez całą grubość nacięcia, aż do dna rany.
3. W czasie zaopatrywania rany pochwy i krocza
- a) imadło powinno być ustawione pionowo podczas szycia rany pochwy, a poziomo podczas szycia rany krocza,
 - b) imadło powinno być ustawione poziomo podczas szycia rany pochwy, a pionowo podczas szycia rany krocza,
 - c) imadło nie musi być ustawione poziomo podczas szycia rany pochwy, ale jednak pionowo podczas szycia rany krocza,
 - d) imadło być ustawione poziomo podczas szycia rany pochwy, i także poziomo podczas szycia rany krocza.

5.6. Dokumentowanie przebiegu porodu – karta obserwacji porodu (partogram)

Agnieszka Bień

PYTANIA TESTOWE

1. Para w partogramie oznacza:
- a) liczbę przeżytych porodów, poronień i lata małżeństwa
 - b) liczbę przeżytych ciąż, porodów i poronień;
 - c) liczbę przeżytych porodów, poronień i lata małżeństwa; jeżeli kobieta rodząca jest niezamężna, nie wpisuje się żadnych danych;
 - a) liczbę przeżytych ciąż, porodów drogami natury i cięć cesarskich.
2. Standardowo stan ogólny kobiety rodzącej w I okresie porodu monitoruje się:
- a) co godzinę;
 - b) co dwie godziny;

- c) co trzy godziny;
 - d) co cztery godziny.
3. Pieczętka położnej sprawującej opiekę nad kobietą rodzącą powinna zawierać:
- a) imię i nazwisko, tytuł zawodowy, zdobyte specjalizacje (jeśli posiada),
 - b) imię i nazwisko, miejsce pracy, numer prawa wykonywania zawodu,
 - c) imię i nazwisko, tytuł zawodowy, zdobyte specjalizacje (jeśli posiada), numer prawa wykonywania zawodu,
 - d) położna sama decyduje jakie informacje będą znajdować się na pieczętce.
4. Standardowo ocenę tętna płodu w I okresie porodu monitoruje się i zapisuje na partogramie:
- a) co godzinę;
 - b) co 45 minut;
 - c) co 15 minut;
 - d) co 5 minut.
5. Data terminu porodu powinna być zapisana na podstawie:
- a) obliczeń wg reguły Naegelego, a w przypadku rozbieżności w terminie porodu obliczonego na podstawie USG nie bierze się go pod uwagę;
 - b) obliczeń wg reguły Naegelego, a w przypadku rozbieżności w terminie porodu obliczonego na podstawie USG wpisuje się obydwa terminy;
 - c) obliczeń zgodnych z datą pierwszych ruchów płodu;
 - d) obliczeń biorących pod uwagę datę zapłodnienia.

Agnieszka Skurzak, Grażyna Iwanowicz-Palus

PYTANIA TESTOWE

1. Do zakraplania worka spojówkowego u noworodka po porodzie fizjologicznym należy użyć:
 - a) nadmanganianu potasu
 - b) 1% azotanu srebra
 - c) 0,9% NaCl
 - d) wody destylowanej
2. Pomiar długości noworodka należy rozpocząć od:
 - a) guzów czołowych
 - b) ciemiączka przedniego
 - c) ciemiączka tylnego
 - d) łuków brwiowych
3. Który z objawów nie podlega ocenie w Skali Apgar:
 - a) zabarwienie powłok skórnych
 - b) ciśnienie tętnicze krwi
 - c) akcja serca
 - d) napięcie mięśniowe
4. Na opaskach stwierdzających tożsamość noworodka znajdują się informacje
 - a) płeć noworodka
 - b) imię i nazwisko ojca i matki
 - c) płeć noworodka, data i godzina porodu, imię i nazwisko matki
 - d) imię i nazwisko matki, płeć noworodka, nazwę szpitala
5. Prowadząc resuscytację oddechowo – krążeniową u noworodka w ciągu jednej sekwencji należy zachować stosunek
 - a) 3 uciśnień klatki piersiowej do 1 wdechu
 - b) 5 uciśnień klatki piersiowej do 1 wdechu
 - c) 15 uciśnień klatki piersiowej do 2 wdechów
 - d) 30 uciśnień klatki piersiowej do 2 wdechów

7.1. Poród przy nieprawidłowościach w ułożeniu główki płodu

Dorota Matuszyk Grażyna Iwanowicz-Palus Justyna Krysa

1. W przypadku rozpoznania ułożenia odgięciowego czołowego ciążę rozwiązuje się poprzez :
 - a) cięcie cesarskie,
 - b) zastosowanie V.E.,
 - c) poród siłami natury,
 - d) zastosowanie kleszczy.
2. Podczas badania rodzącej z ułożeniem odgięciowym wierzchołkowym płodu dostępne w badaniu wewnętrznym jest:
 - a) tylko ciemiączko tylne,
 - b) dostępne oba ciemiączka,
 - c) dostępne tylko ciemiączko przednie,
 - d) badamy oba ciemiączka ale tylne jest trudniej dostępne.
3. W ułożeniu odgięciowym ciemieniowym punktem prowadzącym na główce płodu jest:
 - a) potylica płodu,
 - b) ciemiączko małe,
 - c) wierzchołek główki,
 - d) ciemiączko duże.
4. Płaszczyzną miarodajną w ułożeniu odgięciowym twarzowym jest:
 - a) płaszczyzna czołowo-potyliczna,
 - b) płaszczyzna bródkowo-ciemieniowa,
 - c) płaszczyzna podbródkowo-ciemieniowa,
 - d) płaszczyzna podpotyliczno-ciemieniowa.

7.2. Mechanizm porodu w ułożeniach odgięciowych

Grażyna Iwanowicz-Palus Dorota Matuszyk

1. Wysokie proste ustawienie główki to patologia położnicza dotycząca następującej płaszczyzny kanału rodnego:
 - a) wchodu,
 - b) próżni,
 - c) cieśni,
 - d) wychodu.
2. W przypadku rozpoznania wysokiego prostego stania główki najczęstszym postępowaniem położniczym jest:
 - a) ukończenie porodu przez cięcie cesarskie,
 - b) ułożenie rodzącej na boku odpowiadającym potylicy płodu,
 - c) postępowanie wyczekujące z jednoczesnym monitorowaniem czynności serca płodu,
 - d) ukończenie porodu przez zastosowanie kleszczy lub próżniociągu położniczego.
3. W badaniu położniczym wewnętrznym rodzącej stwierdza się, że: ujście zewnętrzne szyjki macicy jest rozwarłe całkowicie, główka płodu znajduje się w dnie miednicy, szew strzałkowy przebiega w wymiarze poprzecznym. Opis badania wskazuje na:
 - a) niskie proste ustawienie główki,
 - b) opóźniony i zwrot główki,
 - c) niskie poprzeczne ustawienie główki,
 - d) ułożenie odgięciowe wierzchołkowe.

7.3. Mechanizm porodu w położeniach miednicowych płodu – przebieg porodu miednicowego w zależności od odmiany

Mariola Kicia, Renata Madetko, Grażyna Iwanowicz-Palus

PYTANIA TESTOWE

1. W położeniu miednicowym płód wykonuje manewr ciałem w celu pokonania zagięcia kanału rodnego. Dokonuje on następujący zwrot:
 - a) zwrot pośladków wymiarem międzykrętarzowym z wymiaru prostego do wymiaru poprzecznego oraz zgięcie do boku tułowia w odcinku lędźwiowym w zagięciu kanału rodnego,

- b) zwrot pośladków wymiarem międzykrętarzowym z wymiaru skośnego do wymiaru prostego oraz zgięcie do boku tułowia w odcinku krzyżowym w zagięciu kanału rodnego,
 - c) zwrot pośladków wymiarem międzykrętarzowym z wymiaru skośnego do wymiaru prostego oraz zgięcie do boku tułowia w odcinku piersiowym w zagięciu kanału rodnego,
 - d) zwrot pośladków wymiarem międzykrętarzowym z wymiaru skośnego do wymiaru prostego oraz zgięcie do boku tułowia w odcinku lędźwiowym w zagięciu kanału rodnego.
2. Celem obrotu wewnętrznego jest uzyskanie położenia:
- a) podłużnego główkowego lub podłużnego miednicowego,
 - b) podłużnego główkowego
 - c) skośnego,
 - d) podłużnego miednicowego.
3. Pośladki jako część przodująca wstawiają się do wchodu miednicy najczęściej wymiarem międzykrętarzowym w skośny wymiar wchodu miednicy, gdy grzbiet jest zwrócony do przodu i znajduje się po lewej stronie, jest to:
- a) położenie pośladkowe I, wymiar międzykrętarzowy w wymiarze skośnym I miednicy,
 - b) położenie pośladkowe II, wymiar międzykrętarzowy w wymiarze skośnym I miednicy,
 - c) położenie pośladkowe I, wymiar międzykrętarzowy w wymiarze skośnym II miednicy,
 - d) położenie pośladkowe II, wymiar międzykrętarzowy w wymiarze skośnym II miednicy.
4. Wszystkie zabiegi położnicze zastosowane w położeniu miednicowym płodu nie powinny przekroczyć:
- a) 5 minut,
 - b) 15 minut
 - c) 25 minut,
 - d) 30 minut.
5. W położeniu miednicowym płód wstawia się na początku porodu do wchodu miednicy:
- a) poprzecznie biodrem przednim,
 - b) skośnie biodrem tylnym,
 - c) poprzecznie wymiarem międzybarkowym,
 - d) prosto szwem strzałkowym.
6. Najmniej inwazyjny zabieg położniczy służący urodzeniu barków i rącek płodu w przebiegu porodu miednicowego to:

- a) Manewr Löwseta,
 - b) Manewr Cowjanowa i Brachta,
 - c) Manewr Müllera,
 - d) Chwyt Dee Lee.
7. Położenie miednicowe, w którym częścią przodującą są pośladki płodu wraz ze stópkami a kończyny dolne płodu są zgięte we wszystkich stawach to położenie:
- a) miednicowe zupełne,
 - b) pośladkowe,
 - c) stópkowe,
 - d) kolankowe.
8. Czynność serca płodu w położeniach miednicowych wysłuchujemy:
- a) powyżej pępka,
 - b) poniżej pępka,
 - c) w linii środkowej ciała,
 - d) na prawo i lewo od pępka.
9. Pomoc ręczną sposobem Cowjanowa-Brachta rozpoczynamy, gdy płód urodzi się:
- a) po krętarze,
 - b) po brzuszek,
 - c) po dolny kąt łopatki,
 - d) po talerz biodrowy.
10. Rodzącą w II okresie podczas porodu miednicowego układamy w pozycji:
- a) kucznej,
 - b) wertykalnej,
 - c) ginekologicznej,
 - d) kolankowo-łokciowej.
11. Rodzenie główki sposobem Veita-Smelliego przebiega w płaszczyźnie miarodajnej:
- a) bródowo-potylicznej,
 - b) czołowo-potylicznej,
 - c) podbródkowo – ciemieniowej,
 - d) podpotyliczno-ciemieniowej.

7.4. Poród bliźniaczy

Kazimiera Płoch

PYTANIA TESTOWE

1. Której z wymienionych czynności nie wykonasz po porodzie I bliźniaka.
 - a) badania wewnętrznego,
 - b) podania 5 j.m. Oxytocin i.v. z bolusa,
 - c) oceny części przodującej II bliźniaka,
 - d) przebicia błon płodowych II bliźniaka.
2. Do powikłań ciąży i porodu bliźniaczego nie zaliczymy:
 - a) porodu przedwczesnego,
 - b) skurczu tężcowego macicy,
 - c) przedwczesnego odklejenia łożyska,
 - d) przedwczesnego pęknięcia pęcherza płodowego.

7.5. Poród w położeniu poprzecznym i skośnym płodu

Renata Madetko

PYTANIA TESTOWE

1. Wskaż zdanie fałszywe:
 - a) przyczyną położzeń poprzecznych jest nadmierna ruchliwość płodu,
 - b) zagrożeniem położenia poprzecznego płodu jest pęknięcie mięśnia macicy,
 - c) o położeniu poprzecznym płodu mówimy, gdy główka płodu klinuje się w kanale rodny,
 - d) niebezpieczeństwem położenia poprzecznego jest wypadnięcie części drobnych.
2. Badając ciężarną chwytnymi Leopolda stwierdzasz II chwytem obecność główki płodu po lewej stronie macicy, na tej podstawie diagnozujesz położenie poprzeczne:
 - a) Położenie poprzeczne I
 - b) Położenie poprzeczne II
 - c) Położenie poprzeczne grzbietowo – tylne
 - d) Położenie poprzeczne grzbietowo – przednie

7.6. Obróty położnicze

Kazimiera Płoch

PYTANIA TESTOWE

1. Najczęstszym wskazaniem do wykonania obrotu wewnętrznego płodu przy pełnym rozwarciu było:
 - a) położenie miednicowe płodu,
 - b) położenie skośne pierwszego bliźniaka,
 - c) położenie poprzeczne drugiego płodu,
 - d) zagrażające wypadnięcie pępowiny.
2. Nie należy przystępować do wykonania obrotu zewnętrznego, jeżeli stwierdza się:
 - a) wielkość płodu poniżej 1800 g,
 - b) prawidłową budowę miednicy,
 - c) brak czynności skurczowej macicy,
 - d) wiotkie powłoki brzuszne i matki.

7.7. Poród w przypadkach nieprawidłowej budowy miednicy

Kazimiera Płoch

PYTANIA TESTOWE

1. U pierworódki z ciążą donoszoną (masa ciała dziecka wg USG 3000 g) i miednicą ścieśnioną I stopnia stwierdzasz główkę prawie ustaloną we wchodzie. Jakie będzie prawdopodobne postępowanie położnicze zmierzające do ukończenia ciąży?
 - a) próba porodu drogami natury,
 - b) elektywne cięcie cesarskie,
 - c) poród zabiegowy,
 - d) poród drogami i siłami natury,
2. W miednicy płaskiej wymiar skrócony dotyczy:
 - a) wymiaru prostego wchodu,
 - b) wymiaru prostego próżni,
 - c) wymiaru prostego cieśni,
 - d) wymiaru prostego cieśni i wychodu,

7.8. Poród zabiegowy z użyciem kleszczy i próżniociągu położniczego

Kazimiera Płoch

PYTANIA TESTOWE

1. Rekomendowane ciśnienie uzyskiwane w próżniociągu położniczym podczas porodu wcześniaka powinno być:
 - a) wyższe niż w przypadku noworodka donoszonego,
 - b) niższe niż w przypadku noworodka donoszonego,
 - c) takie samo jak u noworodka donoszonego,
 - d) nie ma to znaczenia.
2. Przeciwwskazaniem do zastosowania kleszczy położniczych jest :
 - a) martwy płód,
 - b) główka w próżni,
 - c) główka na wychodzie,
 - d) ułożenie potylicowe tylne.

7.9. Opieka nad rodzącą i jej dzieckiem w porodzie powikłanym oraz w stanach nagłych

Powikłania przebiegu porodu

Monika Przestrzelska, Anna Michalik

PYTANIA TESTOWE

1. Wypadnięcie pępowiny to termin oznaczający:
 - a) nagłą komplikację mogącą wystąpić w czasie ciąży i porodu,
 - b) wysunięcie się pępowiny przed część przodującą przy przerwanej ciągłości pęcherza płodowego,
 - c) wysunięcie się pępowiny przed część przodującą przy zachowanej ciągłości pęcherza płodowego,
 - d) A i C prawidłowe.
2. Zabieg ręcznego wydobycia łożyska wykonuje się w przypadku:
 - a) łożyska przedwcześnie oddzielającego się,

- b) trudności z oddzieleniem się i urodzeniem łożyska w III okresie porodu,
 - c) łożyska uwięźniętego,
 - d) w przypadku braku postępu porodu.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej definiuje brak postępu w I okresie porodu jako:
- a) brak rozwierania się części pochwowej szyjki macicy i obniżania się części przodującej,
 - b) brak obniżania się części przodującej w kanale rodnym,
 - c) rozwieranie szyjki macicy następuje wolniej niż 0,5 cm na godzinę w fazie aktywnej, oceniane w odstępach czterogodzinnych,
 - d) rozwieranie szyjki macicy następuje wolniej niż 2 cm na godzinę w fazie aktywnej, oceniane w odstępach czterogodzinnych.
4. Wskaż wskazanie do wykonania instrumentalnej kontroli jamy macicy po porodzie:
- a) łożysko przyrośnięte,
 - b) pęknięcie szyjki macicy,
 - c) pęknięcie krocza iii stopnia,
 - d) hypotonia mięśnia macicy.
5. Standardem postępowania w przypadku łożyska przodującego w III tryestrze ciąży jest:
- a) wczesna hospitalizacja ciężarnej w oddziale patologii ciąży,
 - b) indukcja porodu po zakończeniu 37. tygodnia ciąży,
 - c) całkowity reżim łóżkowy w iii tryestrze ciąży,
 - d) wszystkie odpowiedzi są błędne.
6. W przypadku podejrzenia nieprawidłowej budowy miednicy postępowanie położnicze zawsze oparte jest na:
- a) postawie wyczekującej i obserwacji przebiegu porodu,
 - b) zakwalifikowaniu rodzącej do rozwiązywania ciąży za pomocą cięcia cesarskiego,
 - c) weryfikacji wymiarów miednicy kostnej oraz płodu i dostosowanie pozycji rodzącej do aktualnej sytuacji położniczej,
 - d) weryfikacji wymiarów miednicy kostnej oraz płodu i ograniczenie aktywności rodzącej celem zmniejszenia ryzyka nieprawidłowego przebiegu porodu.
7. Działanie prewencyjne wszystkich nieprawidłowości związanych z usytuowaniem płodu w macicy powinno być oparte na proponowanych przez położną, ćwiczeniach spinning babies dla ciężarnych

- a) od 30. tygodnia ciąży,
 - b) po 37. tygodnia ciąży,
 - c) w momencie wystąpienia czynności skurczowej,
 - d) od początku ciąży.
8. W przypadku ryzyka wystąpienia wysokiego prostego stania główki należy:
- a) zaproponować rodzącej zmianę pozycji rodzącej naprzemiennie na boki,
 - b) zakwalifikować rodzącą do cięcia cesarskiego,
 - c) ograniczyć pozycje do jednej wybranej na dowolnym boku celem ograniczenia ruchomości główki płodu,
 - d) zaproponować rodzącej pozycję stojącą aby wspomóc działanie siły grawitacji w procesie wstawiania się główki płodu do wchodu miednicy.
9. Mięsień macicy pobudzany jest jednocześnie z dwóch ośrodków, krzywa tokograficzna ma charakter dwugarbny – jest to obraz charakterystyczny dla:
- a) hipotonicznej czynności skurczowej,
 - b) hipertonicznej czynności skurczowej,
 - c) rozkojarzonej czynności skurczowej I stopnia,
 - d) rozkojarzonej czynności skurczowej II stopnia.
10. W przypadku podejrzenia ułożenia wierzchołkowego lub ciemieniowego w trakcie II okresu porodu należy:
- a) przyjąć postawę wyczekującą,
 - b) mobilizować rodzącą do unikania nadmiernego parcia,
 - c) aktywizować rodzącą do przyjmowania różnych pozycji asymetrycznych,
 - d) bezwzględnie zakwalifikować rodzącą do cięcia cesarskiego.

Dystocja barkowa – algorytm

Grażyna Iwanowicz-Palus Agnieszka Bień

1. Do klinicznych objawów dystocji barkowej należą:
- a) objaw żółtwia, brak rotacji barków do wymiaru prostego,
 - b) objaw żółtwia, trudność w urodzeniu barku przedniego,
 - c) brak rotacji barków do wymiaru prostego oraz trudność w urodzeniu barku przedniego
 - d) brak rotacji barków do wymiaru prostego oraz trudność w urodzeniu barku przedniego, objaw żółtwia.

2. Celem manewru McRobertsa jest:

- a) zniesienie lordozy lędźwiowej, wyprostowanie kąta między kręgosłupem a kością krzyżową oraz zmniejszenie kąta nachylenia miednicy kostnej z 260 do 100,
- b) zwiększenie lordozy lędźwiowej, wyprostowanie kąta między kręgosłupem a kością krzyżową oraz zmniejszenie kąta nachylenia miednicy kostnej z 260 do 100,
- c) zniesienie lordozy lędźwiowej, wyprostowanie kąta między kręgosłupem a kością krzyżową oraz zmniejszenie kąta nachylenia miednicy kostnej z 350 do 150,
- d) zniesienie lordozy lędźwiowej, wyprostowanie kąta między kręgosłupem a kością krzyżową oraz zwiększenie kąta nachylenia miednicy kostnej z 100 do 260.

3. Manewr Rubina – odwrotny manewr rotacyjny Woods’a może być bardziej efektywny niż manewr korkociągowy, ponieważ:

- a) utrzymuje barki w pozycji skierowanej ku przodowi, zmniejszając wymiar międzybarkowy,
- b) utrzymuje barki w pozycji skierowanej ku przodowi, zwiększając wymiar międzybarkowy,
- c) utrzymuje barki w pozycji skierowanej ku przodowi albo zbliża je do siebie, zmniejszając wymiar międzybarkowy,
- d) utrzymuje barki w pozycji skierowanej ku przodowi albo zbliża je do siebie, zwiększając wymiar międzybarkowy.

Postępowanie w krwotokach w położnictwie

Agnieszka Bień, Dorota Matuszyk

PYTANIA TESTOWE

1. Kryteria rozpoznania krwotoku poporodowego po porodzie drogami natury:

- a) utrata więcej niż 500 ml w ciągu 24 godzin,
- b) utrata więcej niż 500 ml w ciągu 48 godzin,
- c) utrata 1000 ml krwi w ciągu 24 godzin,
- d) utrata 1000 ml krwi w ciągu 48 godzin.

2. Kryteria rozpoznania krwotoku poporodowego po porodzie drogą cięcia cesarskiego:
- a) utrata więcej niż 500 ml w ciągu 24 godzin,
 - b) utrata więcej niż 500 ml w ciągu 48 godzin,
 - c) utrata 1000 ml krwi w ciągu 24 godzin,
 - d) utrata 1000 ml krwi w ciągu 48 godzin.

Intensywna terapia rzucawki – postępowanie położnej w sytuacji zagrożenia stanu przedrzucawkowego i rzucawki

Dorota Ćwiek

PYTANIA TESTOWE

1. Sytuacje wymagające zgłoszenia podczas terapii siarczanem magnezu, to:
- (1) oddawanie moczu od 35 – 40 ml/godz.
 - (2) częstość oddechów poniżej 12/ min.
- a) oba zdania są prawdziwe,
 - b) oba zdania są fałszywe,
 - c) pierwsze zdanie jest prawdziwe, drugie fałszywe,
 - d) pierwsze zdanie jest fałszywe, drugie prawdziwe.
2. Ciężki stan przedrzucawkowy rozpoznasz po następujących objawach:
- a) stwierdzisz białkomocz 1+ na pasku dla dwóch losowych próbek moczu pobranych w odstępie co najmniej 4 – 6 godzin,
 - b) stwierdzisz białkomocz powyżej 300 mg w 24 – godzinnej próbce moczu,
 - c) wzrośnie ciśnienie tętnicze powyżej 160/110 mm Hg, badane dwukrotnie w odstępie co najmniej 6 godzin,
 - d) wszystkie objawy świadczą o ciężkim stanie przedrzucawkowym.

Zator płynem owodniowym

Dorota Ćwiek

PYTANIA TESTOWE

1. Powikłaniem zatoru płynem owodniowym może być:
- a) rzucawka,

- b) Zespół DIC,
 - c) Zespół HELLP,
 - d) prawokomorowa niewydolność krążenia.
2. W zespole DIC częstym powikłaniem jest
- (1) atonia macicy
 - (2) ponieważ wewnątrznaczyniowy płyn owodniowy zmniejsza aktywność mięśniówki macicy.
- a) oba zdania są prawdziwe,
 - b) oba zdania są fałszywe,
 - c) pierwsze zdanie jest prawdziwe, drugie jest fałszywe,
 - d) pierwsze zdanie jest fałszywe, drugie jest prawdziwe.

Wstrząs w okresie okołoporodowym

Dorota Ćwiek

PYTANIA TESTOWE

1. Wskaźnik wstrząsowy Allgowera to:
- a) stosunek częstości tętna do skurczowego ciśnienia tętniczego,
 - b) stosunek częstości tętna do rozkurczowego ciśnienia tętniczego,
 - c) stosunek skurczowego ciśnienia tętniczego do częstości tętna,
 - d) stosunek rozkurczowego ciśnienia tętniczego do częstości tętna.
2. Priorytetem postępowania we wstrząsie jest:
- a) leczenie inotropowe,
 - b) zapewnienie drożności dróg oddechowych i wymiany gazowej,
 - c) płynoterapia
 - d) kaniulacja żył obwodowych.

Standard opieki położniczej w przypadku porodu pacjentki zarażonej wirusem HIV

Beata Pięta

1. Pacjentka HIV (+) przekazywana do porodu powinna mieć wydany pakiet porodowy zawierający:

- a) informację o schemacie i wynikach leczenia ART.,
 - b) dane kontaktowe do ośrodka prowadzącego leczenie ART oraz do ośrodka specjalistycznego prowadzącego konsultacje w zakresie profilaktyki i diagnostyki noworodka,
 - c) informację o najbliższym punkcie wydawania leków do porodu oraz profilaktyki noworodka,
 - d) wszystkie powyższe.
2. Pozytywny wynik w kierunku zakażenia wirusem HIV jest wskazaniem do cięcia cesarskiego:
- a) Zawsze,
 - b) jedynie w sytuacji kiedy ciężarna w czasie ciąży otrzymywała nieprzerwanie leczenie ART oraz w okresie 34–36 tygodnia ciąży miała wiramię HIV < 50 kopii/ml.,
 - c) przy wiramii ≥ 400 kopii/ml w 36 tygodniu ciąży oraz rozważenie cięcia przy wiramii 50–399 kopii/ml w 36 tygodniu ciąży,
 - d) w ciąży po terminie (>42 tygodnia ciąży) i wiramii HIV < 50 kopii/ml.

Udział położnej w prowadzeniu intensywnego nadzoru stanu ogólnego i położniczego rodzącej oraz działań terapeutycznych w stanach zagrożenia życia

Dorota Ćwiek, Barbara Zych

PYTANIA TESTOWE

1. Która z poniższych metod pobierania próbek krwi pępowinowej jest najbardziej wiarygodna w interpretacji gazometrii u noworodka ze zmiennymi decelacjami tętna płodu obecnymi w śródporodowym zapisie KTG:
- a) pobranie krwi żyłnej pępowinowej natychmiast po porodzie noworodka z podwójnie zaciśniętego segmentu pępowiny,
 - b) pobranie krwi żyłnej pępowiny po 20 minutach po porodzie z podwójnie zaciśniętego segmentu pępowiny,
 - c) pobranie próbek krwi pępowinowej tętniczej i żyłnej, natychmiast po porodzie noworodka z podwójnie zaciśniętego odcinka pępowiny,
 - d) pobranie próbek krwi pępowinowej tętniczej i żyłnej, 20 minut po porodzie noworodka z niezaciśniętego (tętniącego) odcinka pępowiny.
2. Wydalanie moczu u kobiety ciężarnej powinno wynosić co najmniej:
- a) 10 ml/godz.
 - b) 20 ml/godz.

- c) 30 ml/godz.
 - d) 40 ml/godz.
3. Szybkość przetaczania 1 jednostki osocza nie powinna być dłuższa niż:
- a) 30 minut
 - b) 60 minut
 - c) 2 godziny
 - d) 4 godziny

Poród drogami natury po cesarskim cięciu

Ewa Tobor

PYTANIA TESTOWE

1. Jakie preparaty stymulujące czynność skurczową mięśnia macicy u pacjentki rodzącej drogami natury po cięciu cesarskim są przeciwwskazane:
- a. Oksytocyna
 - b. Methergina
 - c. Prostaglandyny
 - d. Kortykosteroidy
2. Elektywne powtórne cięcie cesarskie nosi z języka angielskiego skrót:
- a. RECS
 - b. ERCS
 - c. ERCC
 - d. ERVB

Prowadzenie porodu przedwczesnego i postępowanie z noworodkiem przedwcześnie urodzonym na sali porodowej

Barbara Zych

PYTANIA TESTOWE

1. Biorąc pod uwagę mechanizm porodu przedwczesnego, które spośród niżej wymienionych położniczych czynników ryzyka NIE indukują spontanicznej czynności skurczowej mięśnia macicy:

- a) niewydolność szyjki macicy,
 - b) przedwczesne pęknięcie błon płodowych,
 - c) cukrzyca u matki,
 - d) ciąża wielopłodowa.
2. Jakie jest śródporodowe postępowanie z noworodkiem u którego podczas porodu pojawiły się zaburzenia w tętnie, a który po 1 minucie życia został oceniony w skali Apgar na 7 punktów:
- a) położenie noworodka na klatce piersiowej matki, wysuszenie go i okrycie ciepłą pieluchą,
 - b) zrewidowanie jamy ustnej, stymulacja a w razie potrzeby odessanie dróg oddechowych,
 - c) umieszczenie noworodka pod promiennikiem ciepła, osuszenie, stymulowanie i oczyszczenie dróg oddechowych, a następnie pomiar saturacji,
 - d) umieszczenie noworodka pod promiennikiem ciepła, pobranie krwi pępowinowej na badanie gazometryczne, pomiar saturacji i rozpoczęcie wentylacji dodatnim ciśnieniem
3. Utrzymanie neutralnej temperatury otoczenia na sali porodowej po urodzeniu wcześniaka jest ważne ponieważ:
- a) ogranicza noworodkowi utrzymanie normotermii,
 - b) sprzyja minimalnemu zużyciu przez noworodka tlenu i glukozy,
 - c) zwiększa metabolizm noworodka,
 - d) umożliwia noworodkowi maksymalne zużycie glukozy.

Poród martwego płodu i strata dziecka

Ewa Tobor, Agnieszka Bien

PYTANIA TESTOWE

1. W placówkach II poziomu referencyjnego psycholog powinien być zatrudniony:
 - a. w wymiarze co najmniej 0,5 etatu,
 - b. w wymiarze pełnego etatu,
 - c. nie musi być zatrudniony,
 - d. wystarczy zapewnić pomoc psychologiczną w czasie do 48 godz. od momentu zgłoszenia
2. W placówkach I poziomu referencyjnego psycholog powinien być zatrudniony:
 - a. w wymiarze co najmniej $\frac{1}{4}$ etatu,

- b. w wymiarze pełnego etatu,
- c. nie musi być zatrudniony,
- d. wymiarze co najmniej 0,5 etatu lub zapewnienia porady psychologicznej w czasie nieprzekraczającym 24 h od momentu zgłoszenia

7.10. Identyfikacja czynników ryzyka powikłań okołoporodowych

Grażyna Iwanowicz-Palus

PYTANIA TESTOWE

1. Zakażenie wirusem HIV lub HCV zalicza się do:
 - a) czynników ryzyka identyfikowanych na podstawie wywiadu przeprowadzonego podczas ciąży oraz przed porodem,
 - b) czynników ryzyka identyfikowanych w czasie ciąży oraz przed porodem na podstawie badania,
 - c) czynników ryzyka śródporodowego,
 - d) czynników ryzyka występujących u płodu lub noworodka.
2. Do czynników ryzyka śródporodowego zalicza się:
 - a) uraz okołoporodowy,
 - b) ciąża wielopłodowa z patologicznie położonymi płodami,
 - c) ciąża wielopłodowa,
 - d) wypadnięcie pępowiny lub przodowanie pępowiny.

7.11. Opieka nad rodzącą, jej dzieckiem podczas porodu w przypadku współistnienia chorób matki

Agnieszka Bień, Bożena Kulesza-Brończyk

PYTANIA TESTOWE

1. Istotą konfliktu serologicznego jest:
 - a) produkcja przez układ immunologiczny płodu alloprzeciwciał skierowanych przeciwko antygenom matczynym,
 - b) produkcja przez układ immunologiczny ciężarnej alloprzeciwciał skierowanych przeciwko antygenom płodowym,

- c) różnica w grupach głównych krwi ciężarnej i ojca dziecka,
 - d) różnica w czynniku Rh krwi ciężarnej i ojca dziecka.
2. Ogólne ryzyko zakrzepicy żyłnej podczas ciąży jest 5 –10 krotnie wyższe niż wśród kobiet nieciążarnych, w tym samym przedziale wiekowym. Wiąże się to ze stanem:
- a) zmniejszonej krzepliwości krwi i zwiększonej lepkości krwi,
 - b) zwiększonej krzepliwości i lepkości krwi,
 - c) zmniejszonej krzepliwości i lepkości krwi,
 - d) wysoki poziom hormonu HCG.
3. U kobiet w ciąży może wystąpić nadciśnienie tętnicze przewlekłe:
- a) rozpoznawane jest przed ciążą lub przed 20 tygodniem ciąży i utrzymujące się dłużej niż 6 tygodni po porodzie,
 - b) rozpoznawane jest przed ciążą lub przed 17 tygodniem ciąży i utrzymujące się dłużej niż 6 tygodni po porodzie,
 - c) rozpoznawane jest przed ciążą lub przed 20 tygodniem ciąży i utrzymujące się dłużej niż 12 tygodni po porodzie,
 - d) rozpoznawane jest w III trymestrze ciąży.
4. Nadciśnienie tętnicze ciążowe:
- a) rozpoznawane po 20 tygodniu ciąży bez towarzyszącego białkomoczu,
 - b) rozpoznawane przed ciążą lub przed 20 tygodniem ciąży i utrzymujące się dłużej niż 6 tygodni po porodzie,
 - c) rozpoznawane przed ciążą lub przed 20 tygodniem ciąży z towarzyszącym białkomoczem,
 - d) rozpoznawane jest przed ciążą.
5. Rozpoznanie cholestazy wewnątrzwątrobowej u ciężarnych stawia się na podstawie:
- a) wystąpienia świądu w drugiej połowie ciąży,
 - b) podwyższonego stężenia kwasów żółciowych,
 - c) prawidłowe a i b,
 - d) wystąpienia świądu w pierwszej połowie ciąży.
6. Wartości glikemii w samokontroli cukrzycy pomiędzy 2.00 a 4.00 godziną w nocy wynoszą:
- a) > 70 – 90 mg/dl,
 - b) < 70 mg/dl,
 - c) > 100 – 120 mg/dl,
 - d) > 140 mg/dl.

7. Wartości glikemii w samokontroli cukrzycy w pierwszej godzinie po posiłku powinny wynosić:
- a) < 80 mg/dl,
 - b) < 140 mg/dl,
 - c) > 156 mg/dl,
 - d) > 180 mg/dl.
8. Optymalne wartości glikemii w czasie porodu u kobiety rodzącej z cukrzycą powinny wynosić:
- a) pomiędzy 140 – 150 mg/dl,
 - b) pomiędzy 120 – 140 mg/dl,
 - c) pomiędzy 70 – 120 mg/dl,
 - d) poniżej 90 mg/dl.

7.12. Standard organizacji opieki okołoporodowej w warunkach pozaszpitalnych

Magdalena Witkiewicz, Barbara Baranowska, Maria Romanowska

PYTANIA TESTOWE

1. Wskazaniem do transferu w porodzie domowym nie jest:
- a) odpływanie zielonego płynu owodniowego,
 - b) brak czynności skurczowej 9 godz. po odpłynięciu czystego płynu owodniowego,
 - c) zaburzenia czynności serca płodu,
 - d) podwyższona temperatura rodzącej 37,8°C.
2. Którego z wymienionych standardowych zabiegów położna nie może wykonać noworodkowi w domu?
- a) domięśniowe podanie witaminy K,
 - b) test pulsoksymetryczny,
 - c) szczepienie przeciwko WZW B oraz gruźlicy,
 - d) pobranie krwi celem wykonania badań przesiewowych (testów bibułowych).
3. Poród po odpłynięciu czystego płynu owodniowego powinien odbyć się w warunkach szpitalnych, gdy:
- a) od 12 godzin odpływa płyn owodniowy, brak jest czynności skurczowej, zapis KTG i wyniki badań laboratoryjnych są prawidłowe,

- b) od 24 godzin odpływa płyn owodniowy, występuje regularna czynność skurczowa, zapis KTG i wyniki badań laboratoryjnych są prawidłowe,
- c) od 18 godzin odpływa płyn owodniowy, brak jest czynności skurczowej, zapis KTG i wyniki badań laboratoryjnych są prawidłowe,
- d) od 24 godzin odpływa płyn owodniowy, brak jest czynności skurczowej, zapis KTG i wyniki badań laboratoryjnych są prawidłowe.

7.13. Zasady postępowania z ciężarną / rodzącą biorącą udział w katastrofie, wypadku komunikacyjnym

Anna B. Pilewska-Kozak, Katarzyna Kanadys

PYTANIA TESTOWE

1. Ciężarną (szczególnie po 20. tyg. ciąży), która uległa wypadkowi należy ułożyć na:
 - a) lewym boku pod kątem 15 stopni.
 - b) prawym boku pod kątem 15 stopni,
 - c) lewym boku pod kątem 10 stopni,
 - d) prawym boku pod kątem 30 stopni.
2. U kobiet ciężarnych po urazie zaleca monitorowanie czynności skurczowej i tonów serca płodu nawet wówczas jeśli kobieta doznała niewielkich obrażeń ciała. Minimalny czas obserwacji to:
 - a) 8 godzin,
 - b) 12 godzin,
 - c) 4 godziny,
 - d) 24 godziny.
3. U kobiety w ciąży z urazem, gdy wiek ciążowy przekracza 20. tygodni lub macica jest wyczuwalna palpacyjnie powyżej pępka, a natychmiastowe próby resuscytacji nie przynoszą skutku, wskazane jest wykonanie ratunkowego cięcia cesarskiego. Bardzo ważne jest, aby wydobyć płód:
 - a) w ciągu 10 minut od zatrzymania krążenia,
 - b) w ciągu 5 minut od zatrzymania krążenia,
 - c) w ciągu 15 minut od zatrzymania krążenia,
 - d) w ciągu 20 minut od zatrzymania krążenia.
4. Podczas resuscytacji ciężarnej obowiązują takie same zasady jak u osoby dorosłej. Zgodnie z Wytycznymi Europejskiej Rady Resuscytacji u osoby dorosłej:

- a) pomija się 2 początkowe oddechy i uciska klatkę piersiową 30 razy natychmiast po stwierdzeniu nagłego zatrzymania krążenia, następnie u dorosłych należy zachować stosunek uciśnień klatki piersiowej do oddechów 30:2
 - b) wykonuje się 2 początkowe oddechy ratownicze i uciska klatkę piersiową 30 razy natychmiast po stwierdzeniu nagłego zatrzymania krążenia, następnie u dorosłych należy zachować stosunek uciśnień klatki piersiowej do oddechów 30:2
 - c) pomija się 2 początkowe oddechy ratownicze i uciska klatkę piersiową 15 razy natychmiast po stwierdzeniu nagłego zatrzymania krążenia, następnie u dorosłych należy zachować stosunek uciśnień klatki piersiowej do oddechów 15:2
 - d) wykonuje się 2 początkowe oddechy ratownicze i uciska klatkę piersiową 15 razy natychmiast po stwierdzeniu nagłego zatrzymania krążenia, następnie u dorosłych należy zachować stosunek uciśnień klatki piersiowej do oddechów 15:2
5. W sytuacji braku czynności układu krążenia u ciężarnej z urazem, należy:
- a) wykonać pośredni masaż serca, sprawdzać tętno na tętnicy promieniowej (szukając nie dłużej niż 10 sekund, po 1 minucie masażu sprawdzić ponownie) i kontynuować sztuczne oddychanie,
 - b) wykonać pośredni masaż serca, sprawdzać tętno na tętnicy szyjnej (szukając nie dłużej niż 10 sekund, po 1 minucie masażu sprawdzić ponownie) i kontynuować sztuczne oddychanie,
 - c) wykonać pośredni masaż serca, sprawdzać tętno na tętnicy promieniowej (szukając nie dłużej niż 15 sekund, po 1 minucie masażu sprawdzić ponownie) i kontynuować sztuczne oddychanie,
 - d) wykonać pośredni masaż serca, sprawdzać tętno na tętnicy szyjnej (szukając nie dłużej niż 15 sekund, po 1 minucie masażu sprawdzić ponownie) i kontynuować sztuczne oddychanie.