

Акушерство и гинекология (ВО) Вторая категория

1. К признакам неразвивающейся беременности относится:

- а) КТР менее 7 мм, сердцебиения нет, внутренний диаметр плодного яйца 16-24 мм, эмбриона нет,
- б) КТР более 7 мм, сердцебиения нет, внутренний диаметр яйца 25 мм и более, эмбриона нет,
- в) увеличенный желточный мешок (более 7 мм),
- г) отсутствие эмбриона в течение 6 недель и более после последней менструации при регулярном менструальном цикле.

2. Какой уровень прогестерона является предиктором жизнеспособной беременности:

- а) выше 20 нмоль/л,
- б) выше 15 нмоль/л,
- в) выше 20 нмоль/л,
- г) выше 25 нмоль/л.

3. Доза транексамовой кислоты при обильном кровотечении в случае начавшегося выкидыша в I триместре беременности:

- а) 1000-1500 мг/сут в течение 7 дней,
- б) 500-1000 мг/сут в течение 3 дней,
- в) 250-500 мг/сут в течение 3 дней,
- г) 2000 мг/сут в течение 5 дней.

4. Клиническая картина угрожающего выкидыша:

- а) тянущие боли и кровянистые выделения из влагалища, цервикальный канал приоткрыт,
- б) тянущие боли внизу живота и в поясничной области, скудные кровянистые выделения из половых путей, тонус матки повышен, внутренний зев закрыт,
- в) тянущие боли внизу живота и в поясничной области, внутренний и наружный зевы открыты,
- г) тянущие боли внизу живота, иррадиирующие в крестец, при влагалищном исследовании умеренное нависание заднего свода, незначительные кровянистые выделения.

5. Показанием для прерывания беременности в сроке 12 и более недель не является:

- а) врожденные аномалии развития плода, приводящие к стойкой потере функций

организма,

б) аномалии развития плода с неблагоприятным прогнозом для его жизни,

в) сочетанные аномалии развития плода совместимые с жизнью,

г) врожденные генетические синдромы развития плода с неблагоприятным прогнозом для его жизни.

6. Алгоритм искусственного прерывания беременности в сроке 26 недель по медицинским показаниям включает:

а) элиминация плода, 1 день - таб. мифепристон 200 мг per os, 2 день - таб. мизопростол 400 мкг вагинально, далее в дозе 200 мкг каждые 3 часа (до 6 доз),

б) элиминация плода, 1 день - таб. мифепристон 200 мг per os, 2 день - таб. мизопростол 200 мкг вагинально, далее в той же дозе каждые 4-6 часов (до 5 доз),

в) элиминация плода, 1 день - таб. мифепристон 200 мг per os, 2 день - таб. мизопростол 200 мкг вагинально, далее в дозе 400 мкг каждые 4 часа (до 6 доз),

г) элиминация плода, 1 день - таб. мифепристон 200 мг per os, 2 день - таб. мизопростол 800 мкг вагинально, далее в дозе 200 мкг каждые 4 часа (до 5 доз).

7. Нормальной величиной ТВП считается:

а) до 2,5 мм,

б) до 4 мм,

в) до 7мм,

г) до 10 мм.

8. Допустимое количество тракций при успешной вакуум-экстракции плода:

а) 1-2,

б) 3-6,

в) 2-3,

г) до 4.

9. Направление тракций при головке плода, находящейся в плоскости выхода малого таза в переднем виде затылочного предлежания:

а) кзади, книзу, кпереди,

б) книзу, кпереди, кзади,

в) резко кпереди, книзу и кзади,

г) книзу, кпереди.

10. Направление тракций при головке плода, находящейся в узкой части полости малого таза в переднем виде затылочного предлежания:

а) кзади, книзу, кпереди,

б) книзу, кпереди, кзади,

в) резко кпереди, книзу и кзади,

г) книзу, кпереди.

11. Глюкоза венозной плазмы для беременных в норме:

а) натощак < 5.1 ммоль/л, и через 1 час в ходе ПГТТ $< 10,0$ ммоль/л, а через 2 часа $> 7,8$ ммоль/л и $< 8,5$ ммоль/л,

б) натощак < 5.0 ммоль/л, и через 1 час в ходе ПГТТ $< 10,0$ ммоль/л, а через 2 часа $> 7,8$ ммоль/л и $< 8,0$ ммоль/л,

в) натощак < 5.1 ммоль/л, и через 1 час в ходе ПГТТ $< 7,0$ ммоль/л, а через 2 часа $> 5,8$ ммоль/л и $< 7,8$ ммоль/л,

г) натощак < 5.3 ммоль/л, и через 1 час в ходе ПГТТ $< 5,0$ ммоль/л, а через 2 часа $> 6,8$ ммоль/л и $< 10,0$ ммоль/л,

12. Противопоказания к проведению ПГТТ (перорального глюкозо-толерантного теста):

а) беременность,

б) манифестный сахарный диабет,

в) глюкозурия,

г) возраст старше 40 лет.

13. 1 фаза диагностики нарушений углеводного обмена проводится в сроке:

а) при первом обращении беременной к врачу до 12 недель,

б) при первом обращении беременной к врачу до 16 недель,

в) при первом обращении беременной к врачу до 24 недель,

г) при первом обращении беременной к врачу до 26 недель.

14. Осмотр родильницы в первые 2 часа после операции с оценкой и фиксацией в специальном листе наблюдения проводится:

а) каждые 30 минут,

- б) каждые 20 минут,
- в) каждые 40 минут,
- г) не проводится.

15. Рекомендуемые препараты и дозировки для антибиотикопрофилактики перед операцией кесарево сечение:

- а) ампициллин 4 г в/в медленно или защищенные пенициллины 1,2-1,5 г в/в медленно или цефалоспорины 1 поколения 2 г в/в медленно,
- б) ампициллин 1 г в/в медленно или защищенные пенициллины 1,2-1,5 г в/в медленно или цефалоспорины 1 поколения 2 г в/в медленно,
- в) ампициллин 2 г в/в медленно или защищенные пенициллины 1,2-1,5 г в/в медленно или цефалоспорины 1 поколения 1 г в/в медленно,
- г) ампициллин 2 г в/в медленно или защищенные пенициллины 2,2-2,5 г в/в медленно или цефалоспорины 1 поколения 1 г в/в медленно.

16. Во втором периоде родов головка плода находится в одной плоскости у повторнородящих в среднем:

- а) 20-30 минут,
- б) 15-20 минут,
- в) 30-40 минут,
- г) 10-15 минут.

17. Если степень вставления «-3», то предлежащая часть располагается:

- а) в широкой части полости малого таза,
- б) подвижна над входом в малый таз,
- в) в узкой части полости малого таза,
- г) прижата ко входу в малый таз.

18. Схема применения нифедипина с целью токолиза:

- а) таб. Нифедипин 20 мг сублингвально, затем, при необходимости, каждые 20 минут по 20 мг (максимальная доза в течение первого часа 40 мг), затем каждые 4 часа по 20 мг до 48 часов,
- б) таб. Нифедипин 20 мг per os, далее - если сокращения матки сохраняются — через 30 минут 20 мг повторно, затем по 20 мг каждые 3-8 часов в течение 48 часов по показаниям,
- в) таб. Нифедипин 10 мг per os, далее - если сокращения матки сохраняются — через 20 минут 10 мг повторно, затем по 10 мг каждые 6 часов в течение 48 часов по показаниям.

г) таб.Нифедипин 20 мг через 30 минут 20 мг, per os, затем 10 мг каждые 12 часов по

19. В случае развития родовой деятельности и излития околоплодных вод в сроке гестации 33 недели и открытия маточного зева 5 см рекомендовано:

- а) перевод роженицы в стационар II уровня, начать токолиз (на время транспортировки), вызов неоантолога,
- б) перевод роженицы в стационар III уровня, начать токолиз и профилактику СДР плода,
- в) роды на своем уровне, начать профилактику СДР плода, вызов мобильной неонатологической реанимационной бригады,
- г) перевод роженицы в стационар III уровня, начать токолиз, поставить в известность неонатологическую реанимационную бригаду.

20. К признакам хориоамнионита не относится:

- а) лихорадка матери (температура более 380С),
- б) тахикардия у плода (более 160 ударов в минуту),
- в) выделения из влагалища с гнилостным запахом,
- г) лейкоцитоз $18 \cdot 10^{12}/л$.

21. Тромбопрофилактика во время беременности в низкой группе риска при наличии четырех и более факторов риска проводится:

- а) не проводится,
- б) с 3-го триместра,
- в) со 2-го триместра,
- г) с 1-го триместра.

22. Тромбопрофилактика в послеродовом периоде в низкой группе риска при наличии 2 и более факторов риска проводится:

- а) как минимум 6 недель после родов,
- б) как минимум 10 дней после родов,
- в) как минимум 6 дней после родов,
- г) не проводится.

23. К абсолютному противопоказанию для проведения наружного поворота плода за головку при тазовом предлежании относится:

- а) неустойчивое положение плода,

- б) многоводие,
- в) маловодие,
- г) разгибание головки плода.

24. Благоприятным фактором для родов через естественные родовые пути при тазовом предлежании является:

- а) ножное предлежание плода,
- б) предполагаемая масса плода < 2000 и > 3600 г,
- в) чисто ягодичное предлежание плода,
- г) разгибание головки плода.

25. Точкой фиксации на головке при родах в тазовом предлежании является:

- а) основание носа,
- б) подзатылочная ямка,
- в) подбородок плода,
- г) затылочный бугор.

26. Ранний синдром гиперстимуляции яичников развивается:

- а) в течение первых 3 дней после пункции фолликулов,
- б) как следствие продукции эндогенного ХГ,
- в) всегда характеризуется отсутствием асцита,
- г) в течение первых 7 дней после пункции фолликулов.

27. Для средней степени тяжести синдрома гиперстимуляции яичников характерно:

- а) клинический асцит,
- б) размеры яичников > 12 см,
- в) уровень эстрадиола 2000 пг/мл,
- г) диурез менее $< 0,5$ мл/кг/час.

28. Изменения яичников, характерные для синдрома гиперстимуляции яичников:

- а) яичники от 3 до 6 см в диаметре с множественными кистами,
- б) яичники от 25 до 45 см в диаметре с множественными кистами,
- в) яичники от 6 до 25 см в диаметре с множественными кистами,

г) яичники от 1 до 3 см в диаметре с множественными кистами.

29. Варианты ответа яичников на стимуляцию бывают, кроме:

а) гиперэргический (20 ооцитов и более),

б) нормальный (10–19 ооцитов),

в) гипознергетический (5-8 ооцитов),

г) «бедный» (1–3 ооцита).

30. Стартовая доза гонадотропинов для овариальной стимуляции не зависит от:

а) возраста,

б) ИМТ,

в) толщины эндометрия,

г) показателей овариального резерва.

31. Перенос эмбрионов в полость матки рекомендуется осуществлять:

а) на 2-6 сутки развития,

б) на 6-8 сутки развития,

в) на 8-10 сутки развития,

г) на 10-12 сутки развития.

32. Гормональную поддержку лютеиновой фазы в циклах ВРТ рекомендуется начинать:

а) в день пункции яичников или первые 3 суток после нее,

б) в день пункции яичников или первые 3 суток до нее,

в) за 7 дней до пункции яичников,

г) за 3-5 дней до пункции яичников и продолжать первые 3-5 дней после нее.

33. Протокол овариальной стимуляции с антагонистами ГнРГ рекомендован пациенткам:

а) при асинхронном росте фолликулов,

б) с СПКЯ,

в) при необходимости длительной супрессии гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы при генитальном эндометриозе,

г) при отсутствии факторов риска развития синдрома гиперстимуляции яичников.

34. С целью профилактики синдрома гиперстимуляции яичников рекомендуется назначение:

- а) антиэстрогенов,
- б) агонистов ГнРГ,
- в) антагонистов ГнРГ,
- г) прогестагенов.

35. В программах ВРТ применяют виды вспомогательного хетчинга, кроме:

- а) химического,
- б) лазерного,
- в) гормонального,
- г) механического.

36. Требования, предъявляемые к донорам ооцитов, все перечисленные, кроме:

- а) возраст до 30 лет,
- б) прошедшие медико-генетическое консультирование,
- в) физически здоровые,
- г) психически здоровые.

37. При изосексуальном преждевременном половом созревании центрального гонеза у девочек применяют:

- а) комбинированные оральные контрацептивы,
- б) эстрогены,
- в) гестагены,
- г) агонисты гонадотропин-рилизинг гормонов.

38. Аменорея вследствие аплазии матки возникает при:

- а) синдроме Ашермана,
- б) синдроме Рокитанского – Кюстнера – Майера,
- в) синдроме Шихана,
- г) синдроме Шерешевского-Тернера.

39. Маточными кровотечениями пубертатного периода называются:

- а) маточные кровотечения, связанные с наличием аномалий развития половой системы,
- б) дисфункциональные маточные кровотечения у несовершеннолетних в возрасте до 18 лет,
- в) маточные кровотечения, обусловленные дефектами в системе гемостаза,
- г) маточные кровотечения, связанные с органическими поражениями центральной нервной системы.

40. Беременную пациентку рекомендовано направлять на проведение кардиотокографии (КТГ) плода:

- а) с 35 недель беременности с кратностью 1 раз в неделю,
- б) с 33 недель беременности с кратностью 1 раз в 2 недели,
- в) с 33 недель беременности с кратностью 1 раз в неделю,
- г) с 34 недель беременности с кратностью 1 раз в 2 недели.

41. Индивидуальный высокий риск хромосомной патологии у плода по данным скрининга 1-го триместра составляет:

- а) $\geq 1/1000$,
- б) $> 1/500$,
- в) $\geq 1/100$,
- г) $> 1/50$.

42. Беременную пациентку рекомендовано направлять на определение антигена стрептококка группы В (*S. agalactiae*) в отделяемом цервикального канала:

- а) в 14 недель беременности,
- б) в 35-37 недель беременности,
- в) в 28-30 недель беременности,
- г) до 12 недель беременности.

43. Основной метод скрининга и первичной диагностики миомы матки:

- а) физикальное обследование врачом акушером-гинекологом,
- б) УЗИ органов малого таза,
- в) спиральная КТ органов малого таза,
- г) МРТ органов малого таза.

44. Показанием для хирургического лечения миомы матки является:

- а) быстрый рост опухоли (увеличение матки более чем на 5 недель беременности в течение 1 года),
- б) большой размер опухоли (более 10 недель беременности),
- в) аномальные маточные кровотечения, приводящие к анемии,
- г) беременность.

45. Рекомендуется гистероскопическое удаление подслизистых миоматозных узлов у пациенток с миомой матки:

- а) не превышающих 3-4 см в диаметре,
- б) не превышающих 4-5 см в диаметре,
- в) не превышающих 5-6 см в диаметре,
- г) не превышающих 6-7 см в диаметре.

46. К причинам клинически узкого таза не относится:

- а) высокое прямое стояние стреловидного шва,
- б) сгибательный вариант головки,
- в) задний вид затылочного предлежания,
- г) асинклитическое вставление.

47. Диагноз анатомически узкого таза может быть поставлен:

- а) если величина истинной конъюгаты равна 10 см и менее,
- б) если величина диагональной конъюгаты равна 13 см,
- в) если величина наружной конъюгаты равна 20-21 см,
- г) если вертикальная диагональ ромба Михаэлиса равна 11 см.

48. Особенности биомеханизма родов при общеравномерносуженном тазе не является:

- а) головка вступает в таз в состоянии значительного сгибания, размером меньшим, чем малый косой,
- б) разгибание головки и длительное ее стояние над входом в таз стреловидным швом в поперечном размере,
- в) головка плода не может выполнить все пространство лонного угла, а поэтому растягивает промежность, что приводит к травме мышц,
- г) при переходе из широкой части в узкую, происходит дополнительное максимальное

сгибание головки и внутренний ее поворот.

49. К варианту первичной тромботической микроангиопатии относится:

- а) метилмалоновая ацидурия с гомоцистеинурией,
- б) тромботическая тромбоцитопеническая пурпура,
- в) антифосфолипидный синдром,
- г) злокачественные опухоли.

50. Критериями эффективности терапии экулизумабом являются все, кроме:

- а) снижение уровня ЛДГ,
- б) снижение уровня ГГТП,
- в) нормализация тромбоцитов,
- г) снижение уровня креатинина.

51. Лабораторная диагностика синдрома поликистозных яичников:

- а) повышение индекса ЛГ/ФСГ, повышение уровня дегидроэпиандростерона, повышение уровня АМГ,
- б) повышение уровня свободного тестостерона, снижение продукции секс-стероид-связывающего глобулина, снижение уровня АМГ,
- в) повышение уровня свободного тестостерона и снижение уровня прогестерона во второй фазе менструального цикла,
- г) повышение уровня АМГ, снижение уровня инсулина, повышение уровня андростендиона.

52. Эхографические признаки синдрома поликистозных яичников (Роттердам, 2003):

- а) объем яичников более 10 куб.см, наличие двух и более доминантных фолликулов, увеличение числа антральных фолликулов,
- б) количества антральных фолликулов, уменьшение размера доминантного фолликула, увеличение одного или обоих яичников,
- в) двустороннее увеличение яичников с наличием в них более 12 фолликулов с диаметром 2-9 мм и/или увеличение овариального объема более 10 мл,
- г) двустороннее увеличение яичников с наличием в них более 15 доминантных фолликулов с диаметром 10 мм и/или увеличение овариального объема более 15 мл.

53. Характерное нарушение менструального цикла при синдроме поликистозных яичников:

- а) регулярный ановуляторный менструальный цикл,
- б) изменение длительности менструального цикла (более 35 дней), олигоменорея, ановуляция,
- в) изменение длительности менструального цикла (менее 21 дня или более 35 дней), олигоменорея, ановуляция,
- г) аномальные маточные кровотечения при укороченном менструальном цикле.

54. В качестве терапии первой линии для лечения ановуляторного бесплодия при СПКЯ рекомендуется использовать:

- а) метформин,
- б) кломифена цитрат,
- в) диферелин,
- г) спиронолактон.

55. Для аденомиоза характерно все перечисленное, кроме:

- а) гиперплазии мышечной ткани матки
- б) равномерного увеличения размеров матки накануне менструации
- в) при очаговых или узловых формах границы очагов четкие с капсулой,
- г) распространения эндометриоидной ткани на всю толщу миометрия.

56. Для II степени распространенности аденомиоза при УЗИ не характерно:

- а) утолщение одной стенки матки по сравнению с другой на 0,4 см и более,
- б) появление в миометрии, непосредственно примыкающем к полости матки, зоны повышенной неоднородной эхогенности различной толщины,
- в) появление в зоне повышенной эхогенности небольших округлых анэхогенных образований диаметром 2-5 мм,
- г) увеличение матки в основном в переднезаднем размере.

57. Терапией первой линии в лечении эндометриоза у подростков является:

- а) НПВС и низкодозированные КОК,
- б) НПВС и агонисты ГнРГ,
- в) монотерапия прогестагенами,
- г) монотерапия агонистами ГнРГ.

58. К «большим» критериям тяжелого течения внебольничной пневмонии у

беременных относится:

- а) септический шок,
- б) нарушение сознания,
- в) гипотензия, требующая интенсивной инфузионной терапии,
- г) ЧДД \geq 30/мин.

59. При высоком риске ВТЭ в послеоперационном/послеродовом периоде дозировка далтепарина натрия составляет:

- а) 1500 МЕ x 3 раза в сутки, п/к,
- б) 2500 МЕ x 2 раза в сутки, п/к,
- в) 5000 МЕ x 2 раза в сутки, п/к,
- г) 3000 МЕ x 3 раза в сутки, п/к.

60. Что не относится к факторам риска развития эпидуральной/спинальной гематомы?

- а) женский пол,
- б) анкилозирующий спондилоартрит,
- в) почечная недостаточность,
- г) печеночная недостаточность.

61. Нейроаксиальные методы анальгезии/анестезии не противопоказаны:

- а) при гипокоагуляции на тромбоэластограмме,
- б) при значении МНО менее 1,5,
- в) при концентрации фибриногена менее 1,0 г/л,
- г) при количестве тромбоцитов менее $100 \cdot 10^9$ /л.

62. Какие осложнения регионарной анестезии являются отсроченными, кроме:

- а) постпункционная головная боль,
- б) синдром «конского хвоста»,
- в) задержка мочи,
- г) тотальный спинальный блок.

63. В качестве первичного скрининга рака яичников в группах умеренного риска рекомендовано:

- а) определение СА 125 каждые 6 месяца в сочетании с трансвагинальной эхографией органов малого таза,
- б) ежегодное определение СА 125,
- в) ежегодное определение СА 125 в сочетании с трансвагинальной эхографией органов малого таза,
- г) определение СА 125 каждые 3 месяца в сочетании с трансвагинальной эхографией органов малого таза.

64. Что относится к признакам эстроген-продуцирующих опухолей:

- а) развитие вирилизации,
- б) нарушение менструального цикла по типу олиго-/ аменореи,
- в) отсутствие признаков возрастной атрофии наружных и внутренних гениталий в постменопаузе,
- г) появление отделяемого из молочных желез.

65. Что относится к признакам андроген-продуцирующих опухолей:

- а) преждевременное половое созревание девочек,
- б) развитие вирилизации, олиго-/ аменорея,
- в) нарушение менструального цикла по типу метроррагии в репродуктивном возрасте,
- г) развитие гормон-индуцированной гиперплазии эндометрия.

66. Объем оперативного лечения при подозрении на пограничную опухоль яичников или ранний рак в репродуктивном возрасте:

- а) односторонняя овариоэктомия,
- б) односторонняя аднексэктомия,
- в) аднексэктомия с резекцией контрлатерального яичника,
- г) аднексэктомия с резекцией контрлатерального яичника, резекция большого сальника, биопсия имплантов.

67. Тактика ведения бессимптомных, простых однокамерных кист яичников в постменопаузе:

- а) лапароскопическая цистэктомия,
- б) консервативная при нормальных уровнях СА 125 и повторном обследовании через 4-6 месяцев,
- в) лапароскопическая аднексэктомия,

г) консервативная при нормальных уровнях СА 125 и повторном обследовании через 2-3 месяца.

68. Пациенткам группы высокого риска наследственного рака яичников, рекомендуется определение СА-125, начиная:

а) с 30 лет каждые 6 месяцев,

б) с 35 лет каждые 3 месяца,

в) с 30 лет каждый месяц,

г) с 35 лет каждый год.

69. В соответствии с рекомендациями NCCN (2017) объективное обследование молочных желез при отсутствии повышенного риска проводится:

а) с 30 лет, каждый год,

б) с 35 лет, каждые 1-2 года,

в) с 25 лет, каждые 1-3 года,

г) с 40 лет, каждый год.

70. Рекомендовано проведение маммографии женщинам в возрасте:

а) с 40 лет, один раз в год,

б) с 39 лет, один раз в 2-3 года,

в) с 35 лет, один раз 1-2 года,

г) с 30 лет, один раз в 1-3 года.

71. Какая клиническая особенность характерна для дисплазии молочных желез:

а) кожа в виде «лимонной корки»,

б) края неровные,

в) консистенция плотная или эластичная,

г) выделения из сосков с кровью.

72. Дозировка тамоксифена для коррекции масталгии:

а) 80 мг,

б) 30 мг,

в) 10 мг,

г) 50 мг.

73. ИЦН характеризуется:

- а) укорочением длины шейки матки менее 27 мм, дилатацией цервикального канала более 15 мм,
- б) укорочением длины шейки матки менее 25 мм, дилатацией цервикального канала более 15 мм,
- в) укорочением длины шейки матки менее 25 мм, дилатацией цервикального канала более 10 мм,
- г) укорочением длины шейки матки менее 30 мм, дилатацией цервикального канала более 10 мм.

74. Что не является показанием к экстренному вагинальному серкляжу:

- а) пролабирование плодного пузыря,
- б) преждевременное сглаживание шейки матки более, чем на 50% от ее исходной длины,
- в) дилатация шейки матки более 20 мм и менее 40 мм без видимых схваток,
- г) прогрессирующее укорочение длины шейки матки по данным двух последовательно выполненных ультразвуковых цервикометрий.

75. Что не относится к видам вагинального серкляжа:

- а) экстренный серкляж,
- б) срочный серкляж,
- в) лечебный серкляж,
- г) профилактический серкляж.

76. Клинически значимая протеинурия во время беременности:

- а) $\geq 1,0$ г/л в суточной пробе,
- б) $\geq 0,3$ г/л в суточной пробе,
- в) $> 0,3$ г/л в одной пробе,
- г) $> 0,5$ г/л в одной пробе.

77. Прием ацетилсалициловой кислоты в группах высокого риска с целью профилактики преэклампсии следует начинать:

- а) с 12 недель беременности,
- б) с 16 недель беременности,
- в) с 20 недель беременности,

г) с 22 недель беременности.

78. Критерием артериальной гипертензии у беременных является:

- а) повышение АД до 140\90 мм рт ст и выше, измеренного 2 раза с интервалом 15 мин. на одной руке,
- б) повышение АД до 140\90 мм рт ст и выше, измеренного 2 раза с интервалом 15 мин. на разных руках,
- в) повышение АД до 140\90 мм рт ст и выше, измеренного 4 раза с интервалом 15 мин.,
- г) повышение АД до 150\90 мм рт ст и выше.

79. Выраженная протеинурия при преэклампсии - это:

- а) уровень белка > 5г/сут,
- б) уровень белка > 2 г/сут.,
- в) уровень белка >3г/сут.,
- г) уровень белка >1 г/л в двух порциях мочи, взятых с интервалом 1 час.

80. Для смещения плечевого пояса в косой размер таза при дистоции плечиков рекомендован прием:

- а) прием МакРобертс,
- б) прием Рубин,
- в) прием «винт Вудса»,
- г) прием Жакмира.

81. Метод, при котором ноги роженицы, согнутые в коленях и тазобедренных суставах, приводятся к грудной клетке, называется:

- а) внутренний прием Rubin,
- б) прием МакРобертса,
- в) прием «винта Вудса»,
- г) прием рождения задней ручек.

82. При развитии дистоции плечиков, какой из перечисленных приемом противопоказан:

- а) выведение передней ручки;
- б) тракция за головку плода
- в) разворот плода (заднее плечико кпереди)

г) перелом ключицы.

83. На втором этапе остановки послеродового кровотечения после ручного обследования стенок полости матки следует выполнить манипуляцию/операцию:

а) бимануальная компрессия матки,

б) баллонную тампонаду матки,

в) лигирование сосудов,

г) гистерэктомию.

84. К вторичным причинам послеродовых кровотечений относится:

а) задержка частей плаценты и оболочек,

б) выворот матки,

в) дефекты системы гемостаза,

г) травма мягких тканей родовых путей.

85. Для профилактики послеродового кровотечения у женщин с нарушением гемостаза используется транексамовая кислота в дозе:

а) 10 мг/кг массы тела,

б) 50 мг/кг массы тела,

в) 15 мг/ кг массы тела,

г) 20 мг/кг массы тела.

86. Дозировка гидрокортизона, применяемая в виде второй линии терапии анафилаксии:

а) 500 мг,

б) 200 мг,

в) 30 мг,

г) 150 мг.

87. В зависимости от характера течения анафилактического шока выделяют следующие виды, кроме:

а) острое злокачественное течение,

б) острое доброкачественное течение,

в) абортное течение,

г) затухающее течение.

88. Схема медикаментозного прерывания беременности до 49 дней аменореи:

а) таб. мифепристон 200 мг внутрь, затем через 24-48 часов таб.мизопростол 400 мкг внутрь,

б) таб. мифепристон 400 мг внутрь, затем через 24-48 часов таб.мизопростол 200 мкг суббукально,

в) таб. мифепристон 200 мг внутрь, затем через 36-48 часов таб.мизопростол 200 мкг вагинально,

г) таб. мифепристон 200 мг внутрь, затем через 36-48 часов таб.мизопростол 800 мкг внутрь.

89. Осложнениями медикаментозного прерывания беременности являются:

а) тошнота и рвота,

б) неполный аборт и прогрессирующая беременность,

в) боль и вагинальное кровотечение,

г) озноб и температура.

90. При хориоамнионите эмпирически рекомендовано применять:

а) ампициллин, цефалоспорины 1 поколения, макролиды

б) ампициллин, ампициллин/сульбактам, гентамицин, клиндамицин,

в) аспирационно-промывное дренирование полости матки раствором метрогила,

г) ампициллин, цефалоспорины II поколения, метрогил.

91. К критериям септического шока относится:

а) тахикардия у матери > 100 ударов в минуту,

б) уровень лактата крови более 2 ммоль/л,

в) температура тела выше 38⁰С,

г) увеличение ЧДД более 20 в минуту.

92. Биомаркером сепсиса не является:

а) С-реактивный белок,

б) прокальцитонин,

в) ГГТП,

г) пресепсин.

93. Для реактивной фазы течения акушерского перитонита не характерно:

- а) характерны местные признаки, проявляющиеся интенсивным болевым синдромом, защитным напряжением мышц передней брюшной стенки,
- б) тахикардия возрастает до 110 уд/мин.,
- в) температура тела приобретает гектический характер,
- г) рвота, возбуждение.

94. Эмпирическая антибактериальная терапия эндометрита может начинаться с:

- а) амоксициллин/клавуланат 1,2 г х 3р/сут в/в,
- б) ампициллин 1г х 2 р/сут в/в,
- в) цефтриаксон 1г х 1 р/сут в/в,
- г) клиндамицин 300 мг х 2 р/сут в/в.

95. Общеизвестным доказанным методом лечения гемолитической болезни плода является:

- а) введение антирезусного иммуноглобулина,
- б) проведение внутриутробных внутрисосудистых переливаний ЭМОЛТ плоду,
- в) пересадка кожного лоскута от мужа,
- г) десенсебилизирующая терапия.

96. С какого срока рекомендовано направить беременную женщину на определение максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии плода при резус-иммунизации:

- а) с 16 недель,
- б) с 18-19 недель,
- в) с 19-20 недель,
- г) с 22 недель.

97. К методам неспецифической профилактики резус-иммунизации относится:

- а) введение антирезусного иммуноглобулина,
- б) сохранение первой и последующих беременностей у женщин с резус- отрицательной принадлежностью крови,
- в) резус-отрицательная кровь у мужа,

г) проведение пренатальной диагностики крови плода.

98. Что входит в особенности проведения СЛР у беременной женщины:

а) поворот стола на 300С ручное смещение матки влево,

б) поворот стола на 400С, расположение рук при непрямом массаже сердца на 2-3 см выше мечевидного отростка,

в) поворот стола на 300С, ручное смещение матки вправо,

г) ручное смещение матки влево, расположение рук при непрямом массаже сердца на 3-4 см выше мечевидного отростка.

99. При подозрении на эмболию околоплодными водам вводятся глюкокортикостероиды в дозировке:

а) дексаметазон 6 мг каждые 8 часов в/в,

б) бетаметазон 12 мг каждые 12 часов в/в,

в) гидрокортизон 500 мг в\в, затем каждые 6 часов до 2 г,

г) преднизолон 360 мг в\в, каждые 4 часа 280 мг в/в.

100. Индукцию родов при зрелости шейки матки по Бишоп 6 баллов и менее не рекомендуется проводить:

а) PGE интрацервикально,

б) мифепристон,

в) гигроскопический расширитель Дилапан-S,

г) амниотомия+окситоцин в/в.

101. Рекомендуется проведение цитологического исследования микропрепарата шейки матки с целью выявления CIN всем женщинам в возрасте:

а) от 21 до 65 лет с интервалом в 3 года,

б) от 25 до 60 лет с интервалом в 2 года,

в) от 18 до 60 лет с интервалом в 3 года,

г) от 21 до 60 лет с интервалом в 1 год.

102. Гистологическая картина поражения при CIN II характеризуется:

а) незрелые клетки занимают нижние две трети толщины эпителия,

б) недифференцированные клетки занимают нижнюю треть эпителиального пласта,

в) незрелые аномальные клетки занимают более чем две трети толщи эпителиального

пласта,

г) незрелые аномальные клетки занимают всю толщину эпителиального пласта.

103. Первый co-test (цитологическое исследование и ВПЧ – тестирование) после хирургического лечения патологии шейки матки целесообразно выполнить:

а) через 3 месяца, затем каждые 6 месяцев в течение 2 лет, затем ежегодно в течение 20 лет,

б) через 6 месяца, затем каждые 6 месяцев в течение 2 лет, затем ежегодно в течение 30 лет,

в) через 3 месяца, затем каждые 3 месяца в течение 3 лет, затем ежегодно в течение 10 лет,

г) через 3 месяца, затем каждые 6 месяцев в течение 5 лет, затем ежегодно в течение 10 лет.

104. Рекомендуется при плоскоклеточном интраэпителиальном поражении низкой степени (LSIL) динамическое наблюдение с использованием цитологического исследования микропрепарата шейки матки:

а) 1 раз в 3 месяца в течение 12-16 месяцев,

б) 1 раз в 6 месяцев в течение 18-24 месяцев,

в) 1 раз в 6 месяцев в течение 24-36 месяцев,

г) 1 раз в год в течение 3 лет.

105. К фактору риска развития острой жировой дистрофии печени не относится:

а) преэклампсия,

б) ВРТ,

в) беременность плодом мужского пола,

г) многоплодная беременность.

106. К лабораторным критериям острой жировой дистрофии печени не относится:

а) увеличение уровня трансаминаз,

б) увеличение уровня билирубина,

в) увеличение уровня глюкозы крови,

г) увеличение уровня ГГТП.

107. При беременности неизвестной локализации показаны:

а) трансвагинальное УЗИ и контроль сывороточного б-ХГЧ через 36-48 часов,

- б) трансвагинальное УЗИ и контроль сывороточного б-ХГЧ через 48-72 часа,
- в) трансвагинальное УЗИ через 5-7 суток и контроль сывороточного б-ХГЧ через 48-72 часа,
- г) трансвагинальное УЗИ через 7-10 дней и контроль сывороточного б-ХГЧ через 48 часов.

108. УЗИ-критерием диагностики беременности в рудиментарном роге не является:

- а) в полости матки визуализируется одна интерстициальная часть маточной трубы,
- б) плодное яйцо полностью окружено в миометрием,
- в) плодное яйцо подвижно,
- г) отсутствие кровотока вокруг плодного мешка.

109. Признаки «устойчивого» (персистирующего) трофобласта:

- а) наличие остатков трофобласта, отсутствие снижения уровня б-ХГЧ или его концентрация выше 5000 МЕ/л,
- б) наличие активного трубного кровотока, отсутствие снижения уровня б-ХГЧ или его концентрация выше 3000 МЕ/л,
- в) наличие умеренного трубного кровотока, отсутствие незначительное снижения уровня б-ХГЧ,
- г) наличие остатков трофобласта, отсутствие снижения уровня б-ХГЧ.

110. Какие фазы менопаузы выделяют:

- а) преждевременную, своевременную,
- б) раннюю, позднюю,
- в) преждевременную, раннюю, своевременную, позднюю,
- г) ремиттирующую, своевременную, позднюю,

111. Менопаузальную гормональную терапию (МГТ) рекомендовано начинать:

- а) до 55 лет при длительности менопаузы до 5 лет,
- б) до 60 лет при длительности менопаузы до 5 лет,
- в) до 60 лет при длительности менопаузы менее 10 лет,
- г) до 60 лет при длительности менопаузы менее 3 лет.

112. Минимальной эффективной дозой эстрадиола для купирования симптомов пери- и постменопаузы считается:

- а) 1,0 мг,
- б) 0,5 мг,
- в) 0,2 мг,
- г) 1,5 мг.

113. В постменопаузе в качестве терапии менопаузальными гормональными препаратами (МГТ) рекомендована:

- а) монотерапия эстрагенами,
- б) монотерапия прогестагенами,
- в) комбинированная терапия (эстрогены с прогестагенами) в циклическом режиме,
- г) монофазная комбинированная терапия (эстрогены с прогестагенами) в непрерывном режиме.

114. При простой гиперплазии эндометрия в период менопаузального перехода возможно проведение медикаментозной терапии:

- а) в непрерывном режиме дидрогестерон 5 мг/сут,
- б) в циклическом режиме дидрогестерон 20 мг/сут по 16-дневной схеме,
- в) в циклическом режиме микронизированный прогестерон 400 мг/сут по 14-дневной схеме,
- г) в непрерывном режиме микронизированный прогестерон 100 мг/сут.

115. УЗ-мониторинг состояния эндометрия на фоне приема МГТ необходимо проводить с периодичностью:

- а) 1 раз в месяц,
- б) 1 раз в 2 месяца,
- в) 1 раз в 3 месяца,
- г) 1 раз в 6 месяцев.

116. По рекомендации ВОЗ, женщинам, входящим в группу риска по развитию анемии рекомендован профилактический прием элементарного железа в дозе:

- а) 50-90 мг ежедневно в течение 1 месяца каждого года,
- б) 30-60 мг ежедневно в течение 3 месяцев каждого года,
- в) 30-60 мг ежедневно в течение 6 месяцев каждого года,
- г) 100 мг ежедневно в течение 3 месяцев каждого года.

117. Показанием для назначения внутривенных препаратов железа не является:

- а) стремление быстро достичь эффекта,
- б) прирост концентрации Нв > 10 г/л в первый месяц приема пероральных препаратов железа,
- в) несоблюдение назначенного лечения,
- г) синдром мальабсорбции.

118. Противопоказание для заготовки и хранения аутоплазмы в акушерстве:

- а) беременные группы высокого риска по развитию кровотечения,
- б) беременные с высоким риском по развитию гемотрансфузионных осложнений,
- в) беременные с редкими группами крови,
- г) анемия - Нв < 90%, Нт < 30%.

119. Индукцию родов при зрелости шейки матки по Бишоп более 6 баллов рекомендуется проводить:

- а) катетер Фолея,
- б) мифепристон,
- в) гигроскопический расширителем Дилапан-S,
- г) амниотомия+окситоцин в/в.

120. Разрыв промежности III степени характеризуется:

- а) разрыв слизистой влагалища, мышц и кожи промежности,
- б) разрыв слизистой влагалища и кожи промежности,
- в) разрыв распространяется на сфинктер прямой кишки,
- г) разрыв слизистой влагалища, мышц, кожи промежности и сфинктера.

121. Рекомендуется обследовать беременных женщин с высоким риском заражения ВИЧ:

- а) При постановке на учет по беременности и в сроке 28-30 недель
- б) При постановке на учет, затем каждые 2-3 месяца
- в) При постановке на учет и в сроке 28-30 недель методом ПЦР
- г) Ежемесячно

122. Код обследования половых партнеров женщин, поставленных на учет по

беременности:

- а) 109
- б) 118
- в) 110
- г) 113

123. Химиопрофилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку назначается:

- а) При наступлении беременности
- б) По окончании первого триместра беременности
- в) С 28 недель беременности
- г) За 3 недели до родов

124. Если беременность наступила на фоне антиретровирусной терапии необходимо:

- а) Отменить препараты на период первого триместра
- б) Отменить препараты до 28 недели беременности
- в) Скорректировать терапию с учетом тератогенного действия препаратов и продолжить ВААРТ
- г) Продолжить терапию без изменений

125. Самый высокий риск инфицирования плода:

- а) В период беременности
- б) В родах
- в) В период грудного вскармливания
- г) Риск равнозначный

126. Плановое кесарево сечение для профилактики передачи ВИЧ – инфекции ребенку показано при:

- а) Вирусная нагрузка при последнем исследовании перед родами более 1000 коп/мл.
- б) Нет данных о величине вирусной нагрузке перед родами
- в) Химиопрофилактика в период беременности не проводилась
- г) Все перечисленное верно

127. Молекулярно-биологическое обследование беременных на ДНК или РНК ВИЧ проводится:

- а) При получении сомнительных результатов тестирования на антитела к ВИЧ, полученных стандартными методами
- б) При отсутствии обследования на антитела к ВИЧ в сроке 28-30 недель
- в) При отсутствии обследования на антитела к ВИЧ в период беременности
- г) По эпидемиологическим показаниям

128. Генный материал ВИЧ обнаруживается после заражения:

- а) На 7 сутки
- б) Через 3 месяца
- в) На 15 сутки
- г) Через 6 месяцев

129. Положительный результат обследования на антитела к ВИЧ:

- а) В кратчайшие сроки доводится до специалиста, проводившего дотестовое консультирование/лица его замещающего
- б) Доводится только до руководителя подразделения с целью сохранности персональных данных
- в) Доводится только до специалиста, ответственного за ВИЧ, закрепленного внутренним приказом МО
- г) Результат не возвращается в МО, проводившую обследование, направляется в Центр СПИД

130. Неопределяемый уровень вирусной нагрузки у беременных ВИЧ-инфицированных женщин определяется как:

- а) менее 1000 копий/мл
- б) ниже порога определения тест-системы в 250 копий/мл
- в) ниже порога определения тест-системы в 500 копий/мл
- г) ниже порога определения тест-системы в 50 копий/мл