

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования  
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(Сеченовский Университет)**

Институт клинической медицины им.  
Н.В.Склифосовского  
Кафедра Акушерства и гинекологии ИКМ

**Методические материалы по дисциплине:**

**Акушерство**

основная профессиональная образовательная программа  
высшего/среднего профессионального образования - программа  
СПО/специалитета/магистратуры/ординатуры

31.05.01 Лечебное дело ОП

## Тестовые задания для прохождения промежуточной аттестации

Выберите один наиболее правильный ответ

- 1) При какой форме таза прямой размер входа в таз значительно больше, чем поперечный  
А. антропoidной +  
Б. гинекоидной  
В. андроидной  
Г. платипеллиоидной
  
- 2) При какой форме таза отмечается уменьшение прямых размеров и увеличение поперечных  
А. андроидной  
Б. антропoidной  
В. гинекоидной  
Г. платипеллиоидной +
  
- 3) Для какой формы таза характерны следующие характеристики: поперечный размер входа в малый таз равен прямому или незначительно его превышает; поперечный размер узкой части полости малого таза равен 10 см и более; лонный угол тупой  
А. антропoidной  
Б. платипеллиоидной  
В. андроидной  
Г. гинекоидной +
  
- 4) Для какой формы таза характерны следующие характеристики: полость таза «воронкообразная», с суженным выходом; лонный угол острый; кривизна крестцовой впадины, как правило, мало выражена или отсутствует  
А. андроидной +  
Б. гинекоидной  
В. антропoidной  
Г. платипеллиоидной
  
- 5) Расстояние между большими вертелами бедренных костей \_\_\_ см  
А. 25-26  
Б. 28-29  
В. 31-32 +  
Г. 33-34
  
- 6) Расстояние между предневерхними остями подвздошных костей \_\_\_ см  
А. 25-26 +  
Б. 28-29  
В. 31-32

Г. 33-34

7) Расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей \_\_\_ см

А. 25-26

Б. 28-29 +

В. 31-32

Г. 33-34

8) Наружная конъюгата в норме равна \_\_\_ см

А. 18-19

Б. 19-20

В. 20-21 +

Г. 22-23

9) Диагональная конъюгата при нормальном тазе равняется в среднем \_\_\_ см

А. 9,5-10

Б. 11,5-12

В. 12,5-13 +

Г. 13,5-14

10) Анатомическая конъюгата на \_\_\_ см длиннее истинной

А. 0,2-0,3 +

Б. 0,5

В. 0,7-0,9

Г. 1

11) У женщины в положении стоя проводная ось таза в широкой части направлена

А. косо кзади +

Б. косо кпереди

В. вниз

Г. кпереди

12) У женщины в положении стоя проводная ось таза в узкой части направлена

А. кпереди

Б. косо кзади

В. косо кпереди

Г. вниз +

13) У женщины в положении стоя проводная ось таза в выходе таза направлена

А. вниз

Б. кзади

В. кпереди +

Г. косо кзади

- 14) Какая плоскость малого таза с боков проходит через внутренние поверхности седалищных бугров
- А. входа
  - Б. выхода +
  - В. узкой части
  - Г. широкой части
- 15) Какая плоскость малого таза с боков проходит через седалищные ости
- А. узкой части +
  - Б. широкой части
  - В. входа
  - Г. выхода
- 16) Провой остью малого таза называется линия, соединяющая середины \_\_\_ размеров малого таза
- А. прямых +
  - Б. поперечных
  - В. косых
  - Г. прямых и поперечных
- 17) В какой плоскости малого таза прямой и поперечный размер равен 12,5
- А. широкой части +
  - Б. узкой части
  - В. входа
  - Г. выхода
- 18) Поперечный размер плоскости выхода малого таза равен \_\_\_ см
- А. 9,5
  - Б. 11 +
  - В. 12,5
  - Г. 13,5
- 19) Правый косой размер плоскости входа в малый таз равен \_ см
- А. 9,5
  - Б. 11
  - В. 12 +
  - Г. 13,5
- 20) Выберите одно неверное утверждение
- А. для определения истинной конъюгаты из длины диагональной конъюгаты вычитают 2,5-3 см +
  - Б. поперечный размер плоскости узкой части равен 10,5 см
  - В. истинная конъюгата – это расстояние между крестцовым мысом и наиболее выступающей точкой на внутренней поверхности лобкового симфиза
  - Г. если истинная конъюгата оказывается менее 10,5 см, то роды через естественные родовые пути затруднены или невозможны
- 21) Какой шов соединяет лобные кости плода с теменными

- А. венечный +
- Б. саггитальный
- В. лобный
- Г. ламбдовидный

22) Какой шов спереди переходит в большой родничок

- А. затылочный
- Б. лобный
- В. венечный
- Г. стреловидный +

23) Передний родничок располагается на месте соединения \_\_\_\_ швов

- А. саггитального, лобного и венечного +
- Б. саггитального, лобного и ламбдовидного
- В. стреловидного, венечного и ламбдовидного
- Г. стреловидного, венечного и затылочного

24) Малый родничок представляет собой небольшое углубление, в котором сходятся \_\_ швы

- А. саггитальный и ламбдовидный +
- Б. стреловидный и венечный
- В. венечный и лобный
- Г. саггитальный и венечный

25) Расстояние от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка – это \_\_ размер головки плода

- А. малый косой +
- Б. средний косой
- В. большой косой
- Г. прямой

26) Расстояние от вершины темени до подъязычной кости – это \_\_ размер головки плода

- А. прямой
- Б. вертикальный +
- В. средний косой
- Г. малый поперечный

27) Расстояние от подзатылочной ямки до передней границы волосистой части головы – это \_\_ размер головки плода

- А. большой поперечный
- Б. средний косой +
- В. вертикальный
- Г. прямой

28) Большой поперечный размер головки плода равен \_\_ см

- А. 9,25 +
- Б. 10,5

В. 12

Г. 13

29) Средний косой размер головки плода равен \_\_\_ см

А. 9,25

Б. 10,5 +

В. 12

Г. 13

30) Прямой размер головки плода равен \_\_\_ см

А. 9,5

Б. 10,5

В. 12 +

Г. 13,5

31) Вертикальный размер головки плода равен \_\_\_ см

А. 9,5 +

Б. 10,5

В. 12

Г. 13

32) Малый косой размер головки плода равен \_\_\_ см

А. 8

Б. 9,25

В. 9,5 +

Г. 10

33) Длина окружности головки плода по среднему косому размеру \_\_\_ см

А. 33 +

Б. 36

В. 38

Г. 42

34) Длина окружности головки плода по малому косому размеру \_\_\_ см

А. 30

Б. 32 +

В. 33

Г. 34

35) Длина окружности головки плода по вертикальному размеру \_\_\_ см

А. 28

Б. 32 +

В. 36

Г. 38

36) Длина окружности головки плода по прямому размеру \_\_\_ см

А. 32

Б. 34 +

В. 38

Г. 42

37) Размер плечиков плода \_\_\_ см

А. 9

Б. 10

В. 12 +

Г. 13,5

38) Окружность плечевого пояса плода \_\_\_ см

А. 24

Б. 28

В. 30

Г. 35 +

39) Поперечный размер ягодич плода \_\_\_ см

А. 8

Б. 9 +

В. 9,5

Г. 10

40) Окружность поперечного размера ягодич плода \_\_\_ см

А. 24

Б. 28 +

В. 30

Г. 32

41) Различия в строении наружных половых органов появляются у плодов после \_\_\_ недели гестации

А. 4

Б. 10

В. 12 +

Г. 16

42) Генетический пол ребенка определяется

А. при оплодотворении +

Б. в период имплантации

В. на стадии морулы

Г. при прохождении оплодотворенного плодного яйца по маточной трубе

43) Выберите одно неправильное утверждение

А. развитие женских половых органов протекает при присутствии андрогенов +

Б. клетки Сертоли секретируют фактор регрессии мюллеровых протоков

В. у эмбрионов женского пола первичные половые клетки дифференцируются в оогонии

Г. при слиянии мюллеровых протоков образуются широкие связки матки

44) Яичники закладываются в \_\_\_\_ отделе эмбриона

- А. грудном +
- Б. шейном
- В. поясничном
- Г. брюшном

45) Окончание индифферентной стадии развития половых органов приходится на \_\_\_\_ недели гестационного возраста

- А. 2-4
- Б. 4-6
- В. 6-7 +
- Г. 8-11

46) Образование влагалища происходит на \_\_\_\_\_ неделе беременности

- А. 7
- Б. 12
- В. 20 +
- Г. 32

47) Образование клитора и предверия влагалища начинается на \_\_\_\_ неделе гестации

- А. 8
- Б. 10
- В. 12 +
- Г. 14

48) Выберите одно правильное утверждение

- А. зигота повторяет свойства и качества своих прародителей
- Б. одновременно с набором хромосом закладывается пол ребенка +
- В. движение зиготы по маточной трубе происходит равномерно
- Г. эстрогены в высоких концентрациях ускоряют транспорт яйцеклетки

49) В среднем движение зиготы по трубе занимает \_\_\_\_ дней

- А. 1-2
- Б. 2-3 +
- В. 3-4
- Г. 5

50) Процессы дробления зиготы вызывают ее превращение в

- А. оогоний
- Б. бластоцисту
- В. морулу +
- Г. первичные половые клетки

51) Отсутствие импринтинга может привести к

- А. невозможности оплодотворения
- Б. самопроизвольному прерыванию беременности на ранних сроках
- В. образованию герминогенных новообразований +

Г. развитию внематочной беременности

52) Хромосомы в клетках дермоидных кист

А. имеют материнское происхождение +

Б. имеют отцовское происхождение

В. имеют материнское и отцовское происхождение

Г. не зависят от материнского и отцовского происхождения

53) Замедленное продвижение оплодотворенной яйцеклетки может стать причиной

А. внематочной беременности +

Б. неразвивающейся беременности

В. непроходимости маточной трубы

Г. невозможности имплантации

54) Имплантация бластоцисты происходит на \_\_\_\_ день после оплодотворения

А. 3

Б. 5

В. 7 +

Г. 9

55) Процесс внедрения бластоцисты занимает \_\_ суток

А. 2 +

Б. 3

В. 4

Г. 5

56) В первые две недели беременности происходит

А. плацентация и бластогенез +

Б. построение структуры ранней плаценты

В. формирование фенотипа в соответствии с генотипом плода

Г. эмбриогенез

57) Первое деление оплодотворенной клетки происходит примерно через \_\_\_\_ часов после оплодотворения

А. 12

Б. 18

В. 24 +

Г. 36

58) Коагуляция семенной жидкости происходит

А. во влагалище +

Б. в цервикальном канале

В. в полости матки

Г. в маточной трубе

59) Резервуаром для семенной жидкости является

А. цервикальный канал +

- Б. влагалище
- В. тело матки
- Г. перешеек матки

60) Во влагалище поступает \_\_\_ сперматозоидов

- А. 1-10 млн
- Б. 10-100 млн
- В. 300-500 млн +
- Г. 500-700 тыс

61) В цервикальный канал поступает \_\_\_\_\_ сперматозоидов

- А. 1-2 млн
- Б. 5-10 млн
- В. 10-20 млн
- Г. 50-60 млн +

62) Яйцеклетка, попавшая в матку, подвергается

- А. дегенерации +
- Б. пролиферации
- В. трансформации
- Г. гипоплазии

63) Яйцеклетка сохраняет способность к оплодотворению

- А. 12 часа
- Б. 24 часов +
- В. 36 часов
- Г. 48 часов

64) После первого деления зиготы последующие дробления происходят каждые

- А. 6 часов
- Б. 12 часов
- В. 24 часа +
- Г. 36 часов

70) При проникновении сперматозоида в яйцеклетку происходит

- А. блокада полиспермии +
- Б. акросомальная реакция
- В. капацитация
- Г. дестабилизация

71) Выберите одно правильное утверждение

- А. если зигота несет только отцовскую ДНК, то развивается трофобласт, а эмбрион не формируется +
- Б. децидуализация возможна только в месте имплантации
- В. для того, чтобы бластоциста вступила в контакт с эндометрием, ей необходима блестящая оболочка
- Г. в 4 недели беременности заканчивается первая волна инвазии трофобласта

72) Из темных и мелких клеток зародыша развивается

- А. эмбриобласт =
- Б. трофобласт
- В. синцитиотрофобласты
- Г. цитотрофобласт

73) Какой орган у эмбриона не закладывается в первую очередь

- А. нервная трубка
- Б. сердце
- В. половые гонады
- Г. головной отдел мозга плода +

74) Выберите один наиболее правильный ответ

- А. рост массы плаценты в первом триместре отстает от роста эмбриона
- Б. на 14 день беременности с помощью УЗИ можно фиксировать сердечные сокращения у эмбриона
- В. нормальная ЧСС эмбриона – 80-100 уд с минуту
- Г. начало эмбрионального периода совпадает с началом первой волны инвазии цитотрофобласта +

75) Второй триместр беременности – это

- А. период системогенеза +
- Б. период бластогенеза
- В. период органогенеза
- Г. плодовый период

76) Какие изменения в системе гемостаза имеют место при физиологической беременности

- А. увеличение концентрации плазменных факторов свертывания крови
- Б. увеличение фибринолитической активности крови
- В. повышение антикоагуляционного потенциала крови +
- Г. снижение активности и адгезивности тромбоцитов

77) Во время физиологической беременности отмечается увеличение

- А. общего объема циркулирующей крови +
- Б. фибринолитической активности крови
- В. общего объема легких
- Г. скорости прохождения пищи по кишечнику

78) Для физиологической беременности характерно

- А. снижение концентрации свободных жирных кислот
- Б. повышение чувствительности тканей к инсулину
- В. замедленный распад инсулина
- Г. снижение толерантности к глюкозе +

79) Физиологические изменения мочевых путей во время беременности

закljučаются в следующем

- А. сужении мочеточников
- Б. удлинении мочеточников
- В. гипоплазии мышечной оболочки мочеточников
- Г. повышении сократительной активности мочеточников +

80) Какие изменения гемодинамики отмечаются во время беременности

- А. гиповолемия +
- Б. снижение объема циркулирующей крови
- В. снижение скорости кровотока
- Г. увеличение сердечного выброса

81) Масса матки в конце беременности составляет \_\_\_ г

- А. 500-700
- Б. 500-1000
- В. 1000-1500 +
- Г. 1500-2000

82) Под действием эстрогенов происходит

- А. подавление синтеза пролактина
- Б. децидуализация эндометрия
- В. рост альвеол и протоков молочной железы
- Г. изменение характера цервикального секрета +

83) Хорионический гонадотропин секретируется в

- А. тканях плодного яйца +
- Б. клетках желтого тела
- В. гипофизе
- Г. эндометрии

84) Пик хорионического гонадотропина приходится на срок \_\_\_ недель беременности

- А. 8-10 +
- Б. 10-14
- В. 16-20
- Г. 20-24

85) Выберите одно правильное утверждение

- А. во второй половине беременности прибавка в массе тела не должна превышать 500 г в неделю
- Б. концентрация плацентарного лактогена в плазме пропорциональна функционирующей массе плаценты +
- В. вследствие повышения концентрации прогестерона во время беременности происходит уменьшение всасываемости жидкости из толстой кишки
- Г. в первом триместре беременности отмечается повышение возбудимости коры головного мозга

86) Назовите первый этап прегравидарной подготовки

- А. прием фолиевой кислоты +
- Б. исследование репродуктивного здоровья женщин
- В. консультации смежных специалистов (терапевт, окулист и. т.д.)
- Г. прием поливитаминных комплексов

87) Исследование репродуктивного здоровья супружеской пары начинается с проведения

- А. медико-генетического консультирования +
- Б. ультразвукового исследования органов малого таза
- В. гормонального исследования
- Г. инфекционного скрининга

88) Фолиевая кислота назначается

- А. на протяжении всей беременности
- Б. в первом триместре беременности
- В. в комплексе с поливитаминами
- Г. в качестве трехмесячной подготовки к беременности +

89) В каком случае не следует проводить медико-генетическое консультирование в обязательном порядке

- А. длительное бесплодие +
- Б. привычная потеря беременности
- В. наличие в семье ребенка с аномалиями развития
- Г. внематочная беременность в анамнезе

90) Показанием для назначения гестагенов на ранних сроках беременности является

- А. наличие тянущих болей внизу живота
- Б. наличие миомы матки +
- В. неразвивающаяся беременность
- Г. привычное невынашивание

91) Какая инфекция не входит в TORCH- комплекс

- А. коклюш +
- Б. корь
- В. грипп
- Г. цитомегаловирусная

92) Профилактика токсоплазмоза – это избегать

- А. сыродедения
- Б. употребления мягких сыров
- В. потребления копченых морепродуктов
- Г. контакта с наполнителем кошачьего туалета +

93) Прием фолиевой кислоты предотвращает

- А. развитие онкологических заболеваний во время беременности
- Б. риск самопроизвольного прерывания беременности
- В. развитие дефекта нервной трубки у плода +

Г. остановку развития эмбриона или плода

94) При появлении кровянистых выделений во время первого триместра беременности назначают

- А. транексамовую кислоту +
- Б. микронизированный прогестерон
- В. эстрогены
- Г. спазмолитики

95) Выберите одно правильное утверждение

- А. во время беременности не эффективно назначать поливитамины
- Б. недопустимо одновременное назначение двух препаратов, имеющих однонаправленное фармакологическое действие – комбинировать различные гестагены +
- В. назначение гестагенов эффективно на протяжении всей беременности
- Г. существуют методы специфической профилактики спорадического выкидыша

96) «Золотой стандарт» диагностики беременности любой локализации

- А. определение  $\beta$ -ХГЧ +
- Б. определение  $\beta$ -ХГЧ в сочетании с трансвагинальным УЗИ
- В. УЗИ органов малого таза (трансабдоминальное в сочетании с трансвагинальным)
- Г. наличие достоверных признаков беременности в сочетании с трансвагинальным УЗИ

97) Назовите достоверный признак беременности

- А. увеличение матки +
- Б. прекращение менструаций
- В. увеличение живота в объеме
- Г. определение (пальпация) частей плода

98) Какой признак не относится к сомнительным признакам беременности

- А. увеличение живота в объеме
- Б. перемены в аппетите
- В. нагрубание молочных желез
- Г. определение хорионического гормона в моче и крови +

99) Вероятный признак беременности – это

- А. появление молозива при надавливании на молочные железы +
- Б. движения плода, ощущаемые врачом при обследовании беременной
- В. изменение обонятельных ощущений
- Г. учащение мочеиспускания

100) Расположение матки на два поперечных пальца ниже пупка соответствует \_\_\_ сроку беременности

- А. 16
- Б. 20 +

В. 24

Г. 28

101) Назовите возможную причину понижения концентрации  $\beta$ -ХГЧ в крови во время беременности

А. угроза прерывания беременности

Б. многоплодная беременность

В. синдром Дауна +

Г. опухоли трофобласта

102) Причинами высокой концентрации  $\beta$ -ХГЧ во время беременности могут быть все, кроме

А. болезнь Эдварса +

Б. опухоль желудка

В. многоплодная беременность

Г. опухоль трофобласта

103) Показанием для исследования гормонального профиля (плацентарный лактоген, эстрадиол, пролактин, прогестерон) во время беременности является

А. наличие миомы матки +

Б. многоплодная беременность

В. эктопическая беременность

Г. осложненная беременность

104) Скрининг в первом триместре включает определение

А. неконъюгированный эстриол

Б. плацентарного протеина, ассоциированного с беременностью

В. АФП +

Г. ХГЧ

105) Какой биохимический маркер не определяют в качестве скрининг-теста во втором триместре беременности

А.  $\beta$ -ХГЧ +

Б. АФП

В. плацентарный протеин, ассоциированный с беременностью

Г. неконъюгированный эстриол

106) Одним из диагностических признаков нарушения развития плода является

А. снижение концентрации эстриола в крови +

Б. повышение уровня плацентарного лактогена

В. низкий уровень тестостерона

Г. повышение уровня прогестерона

107) Назовите возможную причину гипопроотеинемии во время беременности

А. сахарный диабет +

Б. хронические инфекции

- В. дегидратация
- Г. парапротеинемические гемобластозы

108) С увеличением срока гестации имеет место повышение уровня \_\_\_\_\_ в крови

- А. фибриногена +
- Б. тромбоцитов
- В. антитромбина III
- Г. АЧТВ

109) Концентрация уровня  $\beta$ -ХГЧ при физиологической однополой беременности в сроки беременности 4-5 недель составляет

- А. 50-300 +
- Б. 1 500-5 000
- В. 20 000-100 000
- Г. 10 000-30 000

110) Ассиметрия матки в ранние сроки беременности – это признак

- А. Гентера
- Б. Пискачека +
- В. Снегирева
- Г. Горвица-Гегара

111) Признак Гентера – это

- А. резкая болезненность матки при исследовании
- Б. легкая смещаемость шейки матки
- В. ассиметрия матки
- Г. усиленный перегиб матки кпереди в ранние сроки беременности +

112) Определение позиции плода – это \_\_\_ прием Леопольда

- А. 1
- Б. 2 +
- В. 3
- Г. 4

113) Наружное акушерское исследование включает

- А. пельвиометрию +
- Б. осмотр наружных половых органов
- В. акушерское влагалищное исследование
- Г. ультразвуковое исследование

114) Объективное обследование беременной включает

- А. антропометрию +
- Б. пельвиометрию
- В. осмотр шейки матки при помощи зеркал
- Г. пальпация живота (приемы Леопольда)

115) 3-й прием наружного акушерского исследования – это определение

- А. характера подлежащей части и ее отношение к малому тазу +
- Б. соотношения подлежащей части со входом в малый таз
- В. высоты дна матки
- Г. позиции плода

116) Критерием нормальной КТГ является

- А. регистрация 5 и более переменных спорадических акцелераций на протяжении 30 мин записи +
- Б. базальный ритм в пределах 100-140 уд/мин
- В. наличие переменных поздних децелераций
- Г. амплитуда переменности базального ритма 2-5 уд /в мин

117) Отсутствие акцелераций – это \_\_\_\_\_ тип КТГ

- А. монотонный
- Б. синусоидальный
- В. стабильный +
- Г. перемежающийся

118) Проявлением рефлекторной реакцией сердечно-сосудистой системы плода в ответ на сдавление пуповины во время схватки является следующий тип децелераций

- А. Dip 0
- Б. Dip I +
- В. Dip II
- Г. Dip III

119) Какой тип децелераций отражает брадикардию у плода

- А. ранние
- Б. поздние
- В. переменные +
- Г. U-образные

120) Показанием для непрерывного интранатального КТГ мониторинга не является

- А. безводный промежуток более 12 часов +
- Б. кесарево сечение в анамнезе
- В. резус-конфликтная беременность
- Г. гестационный сахарный диабет

121) Переменность базального ритма 5-10 в минуту – это \_\_\_\_\_ тип переменности

- А. слегка ундулирующий +
- Б. монотонный
- В. скачкообразный
- Г. ундулирующий

122) Какой метод исследования в акушерстве не относится к неинвазивным

- А. определение биофизического профиля плода

- Б. доплерография
- В. амниоскопия +
- Г. кардиотокография

123) Какой показатель не входит в понятие «биофизический профиль плода»

- А. доплерометрия +
- Б. нестрессовый тест
- В. объем околоплодных вод
- Г. степень зрелости плаценты

124) Какой показатель не является критерием нормальной антенатальной кардиотокограммы

- А. отсутствие акцелераций +
- Б. базальный ритм 120-160 в минуту
- В. отсутствие децелераций
- Г. амплитуда variability базального ритма 10-25 в минуту

125) Какой показатель не является критерием сомнительной кардиотокограммы

- А. поздние децелерации +
- Б. базальный ритм 160-180 в минуту
- В. отсутствие акцелераций
- Г. амплитуда variability базального ритма менее 10 в минуту

126) Какой показатель является критерием патологической кардиотокограммы

- А. синусоидальный ритм +
- Б. базальный ритм 100-120 в минуту
- В. отсутствие децелераций
- Г. амплитуда variability базального ритма более 25 в минуту

127) Понятие «биофизический профиль плода» не включает

- А. окситоциновый тест +
- Б. нестрессовый тест
- В. мышечный тонус плода
- Г. дыхательные движения плода

128) Назовите маркер хронического нарушения состояния плода

- А. тонус плода
- Б. нестрессовый тест
- В. объем околоплодных вод +
- Г. двигательная активность плода

129) Нарушение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока, не достигающих критических значений (сохранен диастолический кровоток) – это \_\_\_\_ степень нарушения

- А. IA
- Б. IB
- В. II +

Г. Ш

130) Базальный слой не идентифицируется, хориальная плацента прямая, гладкая – это \_\_\_\_ степень зрелости плаценты

А. 0 +

Б. I

В. II

Г. Ш

131) Желточный мешок по данным эхографии определяется с \_\_\_\_ недели беременности

А. 1-2

Б. 2-3

В. 4-5 +

Г. 5-7

132) Назовите задачу УЗИ, проводимого во II триместре беременности

А. оценка роста плода +

Б. оценка функционального состояния плода

В. диагностика многоплодной беременности и типа плацентации

Г. диагностика патологии гениталий

133) В первом триместре беременности возможной является ультразвуковая диагностика

А. пиелоктазии

Б. грыжи спинного мозга +

В. единственной артерии пуповины

Г. аномальной формы черепа

134) Нарушение плодово-плацентарного кровотока при сохраненном маточно-плацентарном – это \_\_\_\_ степень нарушения кровотока

А. IA

Б. IB +

В. II

Г. Ш

135) Определение биофизического профиля плода возможно с \_\_\_\_ недель беременности

А. 14

Б. 22

В. 24

Г. 32 +

136) Сальтаторный тип variability базального ритма – это амплитуда \_\_\_\_ в минуту

А. менее 5

Б. 5-10

В. 10-15

Г. 25-30 +

137) Какой метод исследования в акушерстве не относится к инвазивным

- А. кардиотокография +
- Б. амниоскопия
- В. кордоцентез
- Г. хорионбиопсия

138) Назовите противопоказание для выполнения амниоскопии

- А. тазовое предлежание плода +
- Б. перенашивание беременности
- В. хроническая гипоксия плода
- Г. возраст беременной 35 лет и старше

139) Что является показанием для выполнения амниоцентеза

- А. амниоредукция +
- Б. переносная беременность
- В. аномалии кариотипа у родителей
- Г. хроническая гипоксия плода

140) Амниоцентез проводится в сроки \_\_\_\_\_ недель беременности

- А. 11-14
- Б. 14-16
- В. 16-20 +
- Г. 24-48

141) Фетотерапия является показанием для выполнения

- А. кордоцентеза +
- Б. амниоскопии
- В. амниоцентеза
- Г. биопсии хориона

142) Предлежание плаценты является противопоказанием для выполнения

- А. амниоскопии +
- Б. амниоцентеза
- В. кордоцентеза
- Г. хорионбиопсии

143) Что не является показанием для выполнения амниоцентеза

- А. оценка степени зрелости сурфактантов легких
- Б. пренатальная диагностика врожденных заболеваний
- В. хроническая гипоксия плода +
- Г. фетохирургия

144) Хорионбиопсию проводят в сроки \_\_\_\_\_ недель беременности

- А. 10-12 +
- Б. 11-14
- В. 14-16

Г. 16-20

145) Выберите одно неправильное утверждение

- А. условием проведения амниоскопии является целый плодный пузырь
- Б. кордоцентез выполняют во второй половине беременности
- В. показанием для проведения биопсии хориона является определение пола плода при выявленном X-сцепленном генном заболевании
- Г. показанием к амниоцентезу является возраст беременной старше 35 лет +

146) Что не является условием для проведения амниоскопии

- А. подтекание околоплодных вод +
- Б. целый плодный пузырь
- В. зрелая шейка матки
- Г. сглаженная шейка матки

147) В задачи проведения УЗИ перед хорионбиопсии не входит оценка

- А. предлежания плода +
- Б. наличия сердцебиения плода
- В. локализации хориона
- Г. длины цервикального канала

148) Назовите показание для проведения амниоскопии

- А. определение пола плода
- Б. наличие в семье ребенка с синдромом Дауна
- В. хроническая гипоксия плода +
- Г. оценка степени тяжести гемолитической болезни плода

149) Что является противопоказанием для выполнения кордоцентеза

- А. угроза прерывания беременности +
- Б. возраст матери старше 35 лет
- В. предлежание плаценты
- Г. многоплодная беременность

150) Выберите одно неверное утверждение

- А. трансцервикальная биопсия предпочтительна при локализации хориона по передней стенке матки +
- Б. в большинстве случаев для проведения кордоцентеза анестезия не требуется
- В. одно из осложнений амниоцентеза – развитие аллоиммунной цитопении у плода
- Г. наиболее неблагоприятен в отношении инфицирования II триместр беременности вследствие низкого уровня антибактериальной активности околоплодных вод

151) Показанием для проведения кордоцентеза является

- А. предлежание плаценты
- Б. фетохирургия

В. переносная беременность

Г. диагностика и оценка степени тяжести заболеваний плода +

152) Назовите показание для проведения аспирации ворсин хориона

А. аномалии кариотипа у родителей +

Б. многоплодная беременность

В. беременность после ВРТ

Г. маловодие

153) Объем околоплодных вод, необходимый для цитогенетического анализа, составляет \_\_\_ мл

А. 5-10

Б. 10-15

В. 20-25 +

Г. 25-30

154) Развитие аллоиммунной цитопении у плода не является осложнением проведения

А. амниоскопии +

Б. амниоцентеза

В. кордоцентеза

Г. биопсии ворсин хориона

155) Транзиторное повышение  $\alpha$ -фетопротеина – одно из возможных осложнений

А. амниоскопии +

Б. амниоцентеза

В. хорионбиопсии

Г. кордоцентеза

156) Частым осложнением какого инвазивного метода является нарушение функционального состояния плода

А. кордоцентеза +

Б. амниоцентеза

В. амниоскопии

Г. аспирации ворсин хориона

157) Дайте определение нормальным родам

А. своевременные роды одним плодом, начавшиеся спонтанно, с низким риском акушерских осложнений к началу родов и прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, после которых родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии +

Б. своевременные роды одним или двумя плодами, начавшиеся спонтанно, с низким риском акушерских осложнений к началу родов и прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно, после которых родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии

- В. роды одним плодом, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном или тазовом предлежании, после которых родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии
- Г. своевременные роды одним плодом, при которых ребенок родился в головном предлежании, после которых родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии

158) Латентная фаза первого периода родов сопровождается сглаживанием и прогрессирующим раскрытием маточного зева до \_\_\_ см

- А. 3
- Б. 5 +
- В. 7
- Г. 10

159) Максимальная продолжительность латентной фазы у первородящих не более \_\_\_ часов

- А. 10
- Б. 14
- В. 20 +
- Г. 24

160) Максимальная продолжительность латентной фазы у повторнородящих не более \_\_\_ часов

- А. 10
- Б. 14 +
- В. 20
- Г. 24

161) Продолжительность активной фазы у первородящих обычно не превышает \_\_\_ часов

- А. 10
- Б. 12 +
- В. 14
- Г. 16

162) Продолжительность активной фазы у повторнородящих обычно не превышает \_\_\_ часов

- А. 10 +
- Б. 12
- В. 14
- Г. 16

163) Минимальная скорость раскрытия маточного зева в активную фазу первого периода родов у первородящих - \_\_\_ см/час

- А. 0,5 +
- Б. 1,0
- В. 1,5
- Г. 2,0

164) Минимальная скорость раскрытия маточного зева в активную фазу первого периода родов у первородящих - \_\_\_\_ см/час

- А. 0,5 +
- Б. 1,0
- В. 1,5
- Г. 2,0

165) Продолжительность второго периода при первых родах обычно не более \_\_\_\_ часов

- А. 2
- Б. 3 +
- В. 4
- Г. 5

166) Продолжительность второго периода при повторных родах обычно не более \_\_\_\_ часов

- А. 2 +
- Б. 3
- В. 4
- Г. 5

167) Продолжительность третьего периода родов \_\_\_\_ минут

- А. 15 +
- Б. 30
- В. 45
- Г. 60

168) Выберите один наиболее правильный ответ

- А. точное время начала родов – схватки начали происходить регулярно каждые 5 минут в течение более 1 часа
- Б. продолжительность второго периода родов может увеличиваться на 3 часа при эпидуральной анальгезии
- В. объективным признаком родов является наличие сокращений матки с определенной регулярностью (во время активной фазы не менее 3-х схваток за 10 минут)
- Г. преждевременные роды связаны с более длительным третьим периодом родов, чем роды при доношенном сроке +

169) Своевременные роды – это роды в срок

- А. 37<sup>0</sup>-41<sup>6+</sup>
- Б. 38<sup>0</sup>- 41<sup>0</sup>
- В. 38<sup>0</sup>-40<sup>0</sup>
- Г. 37<sup>6</sup>- 41<sup>6</sup>

170) О формировании клинически узкого таза свидетельствует

- А. рост  $\leq 160$  см
- Б. отношение рост/ВДМ  $\leq 4,7$  +

В. поперечный размер ромба Михаэлиса  $\leq 10,5$

Г. продольный размер ромба Михаэлиса  $\leq 11,5$

171) Выберите одно неправильное утверждение

А. с целью профилактики акушерских осложнений рекомендовано проводить родостимуляцию у пациенток, находящихся в латентной фазе первого периода родов +

Б. с началом активной фазы родов рекомендовано установить венозный катетер

В. бритье промежности и лобка в нормальных родах не производят и выполняют только по желанию

Г. рекомендовано предлагать подвижность и свободное положение в родах

172) В латентной фазе первого периода родов проводится учет пульса каждые \_\_\_ часа

А. 0,5

Б. 2

В. 3

Г. 4 +

173) В латентной фазе первого периода родов проводится учет характера выделений из половых путей каждые \_\_\_ часа

А. 0,5

Б. 2

В. 3

Г. 4 +

174) В латентной фазе первого периода родов проводится учет силы и частоты схваток каждые \_\_\_ часа

А. 0,5

Б. 3

В. 2

Г. 4 +

175) В латентной фазе первого периода родов проводится учет мочеотделения каждые \_\_\_ часа

А. 0,5

Б. 3

В. 2

Г. 4 +

176) В активной фазе первого периода родов проводится учет пульса каждые \_\_\_ часа

А. 0,5 +

Б. 2

В. 3

Г. 4

- 177) В активной фазе первого периода родов проводится учет температуры тела каждые \_\_ часа
- А. 0,5
  - Б. 2 +
  - В. 3
  - Г. 4
- 178) В активной фазе первого периода родов проводится учет АД каждые \_\_ часа
- А. 0,5
  - Б. 2
  - В. 3
  - Г. 4 +
- 180) В активной фазе первого периода родов проводится учет мочеиспускания каждые \_\_ часа
- А. 0.5
  - Б. 2
  - В. 3
  - Г. 4 +
- 181) Аускультация плода проводится в латентной фазе родов каждые \_\_\_\_ мин
- А. 10
  - Б. 20
  - В. 30
  - Г. 60 +
- 182) Аускультация плода проводится в активной фазе родов каждые \_\_\_\_ мин
- А. 5-10
  - Б. 15-30 +
  - В. 30-40
  - Г. 40-60
- 183) Аускультация плода проводится во втором родов каждые \_\_\_\_ мин и после каждой потуги
- А. 5 +
  - Б. 10
  - В. 15
  - Г. 20
- 184) В норме число схваток во время активной фазы родов составляет
- А. 3-5 за 10 минут +
  - Б. 1-2 за 10 минут
  - В. 3-4 за 15 минут
  - Г. 1-3 за 15 минут
- 185) Выберите одно неправильное утверждение
- А. в родах рекомендуется проведение рутинной антибиотикопрофилактики +

- Б. после излития околоплодных вод рекомендуется проводить влагалищное исследование
- В. рутинное применение спазмолитиков в родах не показано
- Г. не рекомендовано влагалищное родоразрешение пациенткам с ВИЧ-инфекцией при неизвестной вирусной нагрузке

186) Для эмпирической профилактики стрептококковой инфекции (*S.agalactiae*) в первом периоде родов не рекомендуется применять препараты группы

- А. бета-лактамов пенициллинов
- Б. пенициллинов
- В. макролидов +
- Г. линкозамидов

187) Назовите противопоказание к проведению нейроаксиальной анальгезии в родах

- А. артериальная гипертензия любой этиологии
- Б. роды у женщин с антенатальной гибелью плода
- В. юные роженицы
- Г. татуировка в месте пункции +

188) Показанием для проведения нейроаксиальной анальгезии не является

- А. аномалии родовой деятельности
- Б. преждевременные роды
- В. гипокоагуляция +
- Г. высокая степень миопии

189) Оценка по шкале Апгар проводится через \_\_\_ мин и \_\_\_ мин после рождения

- А. 2 и 7
- Б. 3 и 5
- В. 5 и 10 +
- Г. 10 и 15

190) Об умеренной асфиксии при рождении свидетельствует оценка по шкале Апгар

- А. 2-4
- Б. 4-7 +
- В. 7-8
- Г. 5-10

191) При отсутствии противопоказаний пересечение пуповины проводится не ранее \_\_\_ мин от момента рождения ребенка

- А. 1 +
- Б. 2
- В. 3
- Г. 5

192) При отсутствии противопоказаний пересечение пуповины проводится не позднее \_\_\_ мин от момента рождения ребенка

- А. 1
- Б. 2
- В. 3 +
- Г. 5

193) Какой параметр не учитывается при оценке новорожденного по шкале Апгар

- А. вес +
- Б. мышечный тонус
- В. частота сердечных сокращений
- Г. окраска кожного покрова

194) Выберите одно неправильное утверждение

- А. для обезболивания родов не используются опиоиды +
- Б. ингаляционные методы обезболивания повышают риск гипотонического кровотечения
- В. для обезболивания родов возможно применение паравертебральной поясничной симпатической блокады
- Г. противопоказанием для проведения нейроаксиальной анальгезии в родах является тяжелая гиповолемия

195) При родах в переднем виде затылочного предлежания – в выходе таза сагиттальный шов устанавливается в \_\_\_ размере

- А. прямом +
- Б. поперечном
- В. правом косом
- Г. левом косом

196) При родах в заднем виде затылочного предлежания – в выходе таза сагиттальный шов устанавливается в \_\_\_ размере

- А. прямом +
- Б. поперечном
- В. правом косом
- Г. левом косом

197) При переднем виде затылочного предлежания при разгибании головки (третий момент биомеханизма родов) из половой щели первой/первым появляется

- А. подбородок
- Б. лоб
- В. лицо
- Г. теменная область +

198) Недостаточно зрелая шейка матки – это \_\_\_ баллов по шкале

- А. 2-5
- Б. 4-5

- В. 6-7 +
- Г. 8-9

199) Какой параметр не учитывается при оценке степени зрелости шейки матки

- А. предлежание плода +
- Б. положение головки
- В. положение шейки матки
- Г. длина шейки матки

200) Какой препарат не используется для медикаментозной индукции родов

- А. метилэргометрин +
- Б. мифепристон
- В. динопростон
- Г. окситоцин

201) Назовите показание для медицинской индукции родов

- А. анатомически узкий таз II степени
- Б. тазовое предлежание плода
- В. аномалии расположения плаценты
- Г. преждевременный разрыв плодных оболочек в 37 недель беременности и более +

202) Что не является показанием для медикаментозной индукции родов

- А. гестационная артериальная гипертензия в 37 недель и более
- Б. антенатальная гибель плода независимо от срока беременности
- В. срок беременности 41 неделя
- Г. предлежание сосудов пуповины +

203) С целью преиндукции родов в доношенном сроке беременности при недостаточно зрелой шейке матки назначается мифепристон по схеме

- А. однократно в дозе 400 мг
- Б. однократно в дозе 200 мг
- В. однократно в дозе 200 мг с повторным приемом через 24 часа в той же дозе +
- Г. однократно в дозе 400 мг с повторным приемом через 24 часа в дозе 200 мг

204) С целью преиндукции родов в доношенном сроке беременности при незрелой шейке матки назначают динопростон интравагинально в дозе \_\_\_\_ мг

- А. 0,5
- Б. 1,0
- В. 5
- Г. 10 +

205) Назовите противопоказание для выполнения амниотомии

- А. маловодие
- Б. преэклампсия

- В. головка плода над входом в малый таз +
- Г. срок гестации 41 неделя и более

206) Что не является противопоказанием для применения цервикального дилатационного катетера

- А. маловодие +
- Б. тазовое предлежание плода
- В. кесарево сечение в анамнезе
- Г. преждевременный разрыв плодных оболочек

207) Отсутствием эффекта от введения окситоцина считается отсутствие родовой деятельности и динамики раскрытия шейки матки в течение \_\_\_\_\_ часов

- А. 1-3
- Б. 3-5 +
- В. 5-7
- Г. 7-10

208) Дайте определение артериальной гипертензии

- А. состояние, при котором отмечается повышение систолического артериального давления  $\geq 140$  мм рт.ст., диастолического  $\geq 90$  мм рт.ст., определенное как среднее в результате, как минимум, 2-х измерений, проведенных на одной руке с интервалом в 15 минут +
- Б. состояние, при котором отмечается повышение систолического артериального давления  $\geq 140$  мм рт.ст., диастолического  $\geq 90$  мм рт.ст., определенное как среднее в результате, как минимум, 2-х измерений, проведенных на двух руках с интервалом в 15 минут
- В. состояние, при котором отмечается повышение систолического артериального давления  $\geq 140$  мм рт.ст., диастолического  $\geq 90$  мм рт.ст., определенное как среднее в результате, как минимум, 2-х измерений, проведенных на одной руке с интервалом в 30 минут
- Г. состояние, при котором отмечается повышение систолического артериального давления  $\geq 140$  мм рт.ст., диастолического  $\geq 90$  мм рт.ст., определенное как среднее в результате, как минимум, 2-х измерений, проведенных на двух руках с интервалом в 30 минут

209) Дайте определение гестационной артериальной гипертензии

- А. повышение АД, впервые зафиксированное после 20-ой недели беременности и не сопровождающееся значимой протеинурией +
- Б. повышение АД, впервые зафиксированное после 22-ой недели беременности и не сопровождающееся значимой протеинурией
- В. повышение АД, впервые зафиксированное после 20-ой недели беременности и сопровождающееся значимой протеинурией
- Г. повышение АД, впервые зафиксированное после 22-ой недели беременности и сопровождающееся значимой протеинурией

210) Дайте определение умеренной преэклампсии

- А. осложнение беременности, родов и послеродового периода,

характеризующееся повышением после 20-й недели беременности систолического АД  $\geq 140$  мм рт.ст и/или диастолического АД  $\geq 90$  мм рт.ст. независимо от уровня АД в анамнезе в сочетании с протеинурией  $\geq 0,3$  г в сутки +

- Б. осложнение беременности и родов, характеризующееся повышением после 20-й недели беременности систолического АД  $\geq 140$  мм рт.ст и/или диастолического АД  $\geq 90$  мм рт.ст. независимо от уровня АД в анамнезе в сочетании с протеинурией  $\geq 0,3$  г в сутки
- В. осложнение беременности и родов, характеризующееся повышением после 20-й недели беременности систолического АД  $\geq 140$  мм рт.ст и/или диастолического АД  $\geq 90$  мм рт.ст. у женщин с хронической артериальной гипертензией в анамнезе в сочетании с протеинурией  $\geq 0,3$  г в сутки
- Г. осложнение беременности, родов и послеродового периода, характеризующееся повышением после 20-й недели беременности систолического АД  $\geq 140$  мм рт.ст и/или диастолического АД  $\geq 110$  мм рт.ст. независимо от уровня АД в анамнезе в сочетании с протеинурией  $\geq 0,3$  г в 2-х порциях мочи, взятых с интервалом 12 часов

211) Дайте определение тяжелой преэклампсии

- А. осложнение беременности, родов и послеродового периода, характеризующееся повышением после 20-й недели беременности систолического АД  $\geq 160$  мм рт.ст и/или диастолического АД  $\geq 110$  мм рт.ст. независимо от уровня АД в анамнезе в сочетании с протеинурией  $\geq 0,3$  г/л в 2-х порциях мочи, взятых с интервалом в 6 часов, или хотя бы одним другим параметром, свидетельствующим о присоединении полиорганной недостаточности +
- Б. осложнение беременности и родов и послеродового периода, характеризующееся повышением после 20-й недели беременности систолического АД  $\geq 160$  мм рт.ст и/или диастолического АД  $\geq 110$  мм рт.ст. независимо от уровня АД в анамнезе в сочетании с протеинурией  $\geq 0,5$  г в сутки
- В. осложнение беременности и родов и послеродового периода, характеризующееся повышением после 20-й недели беременности систолического АД  $\geq 160$  мм рт.ст и/или диастолического АД  $\geq 110$  мм рт.ст. независимо от уровня АД в анамнезе в сочетании с протеинурией  $\geq 5$  г в сутки
- Г. осложнение беременности, родов и послеродового периода, характеризующееся повышением после 20-й недели беременности систолического АД  $\geq 160$  мм рт.ст и/или диастолического АД  $\geq 90$  мм рт.ст. независимо от уровня АД в анамнезе в сочетании с протеинурией  $\geq 1$  г/л в 2-х порциях мочи, взятых с интервалом в 12 часов, или хотя бы одним другим параметром, свидетельствующим о присоединении полиорганной недостаточности

212) Дайте наиболее правильное определение эклампсии

- А. серия судорог, сначала тонических, потом клонических, которые, как правило, возникают на фоне тяжелой преэклампсии при отсутствии других причин +

- Б. серия судорог, сначала клонических, потом тонических, которые, как правило, возникают на фоне тяжелой преэклампсии при отсутствии других причин
- В. серия судорог, которые, как правило, возникают на фоне гестационной артериальной гипертензии
- Г. серия тонических судорог, которые, как правило, возникают на фоне HELLP-синдрома при отсутствии других причин

213) Протеинурия - потеря белка  $> 0,3$  г/л в 2-х порциях мочи, взятых с интервалом \_\_\_ часов

- А. 6 +
- Б. 8
- В. 10
- Г. 12

214) Срок возникновения ранней послеродовой преэклампсии \_\_\_ часов после родов

- А. 2
- Б. 12
- В. 24
- Г. 48 +

215) Срок возникновения поздней послеродовой преэклампсии - до \_\_\_ после родов

- А. 7 суток
- Б. 14 дней
- В. 28 суток +
- Г. 42 дней

216) Какой лабораторный показатель не указывает на наличие массивного внутрисосудистого гемолиза

- А. уровень гаптоглобина  $< 1,0$  +
- Б. наличие фрагментированных эритроцитов
- В. уровень непрямого билирубина  $> 12$  г/л
- Г. уровень лактатдегидрогеназы  $> 600$  МЕ/л

217) Назовите вариант тромботической микроангиопатии, не связанный с беременностью

- А. типичный гемолитикоуремический синдром +
- Б. атипичный гемолитикоуремический синдром
- В. HELLP- синдром
- Г. EELP- синдром

218) Пациенткам с умеренной преэклампсией при медикаментозно контролируемой гипертензии показано посещение медицинской организации на догоспитальном этапе

- А. еженедельно +
- Б. 2 раза в месяц

- В. ежемесячно
- Г. 2 раза в неделю

219) На значимую протеинурию указывает соотношение альбумин/креатинин в моче  $\geq$  \_\_\_ мг/г

- А. 10
- Б. 15
- В. 20
- Г. 30 +

220) Для контроля динамики роста плода при умеренной преэклампсии рекомендовано назначать УЗИ плода

- А. каждые 3-4 недели +
- Б. каждые 2 недели
- В. еженедельно
- Г. раз в 2 месяца

221) При антигипертензивной терапии рекомендовано назначить УЗИ плода и ультразвуковую доплерографию маточно-плацентарного кровотока каждые

- А. 7-10 дней +
- Б. 3-4 недели
- В. 2-3 недели
- Г. 3-5 дней

222) При антигипертензивной терапии рекомендовано назначить КТГ плода каждые

- А. 7-10 дней +
- Б. 3-4 недели
- В. 2-3 недели
- Г. 3-5 дней

223) При тяжелой преэклампсии рекомендовано проводить КТГ плода

- А. ежедневно +
- Б. раз в три дня
- В. еженедельно
- Г. раз в 5-7 дней

224) Выберите одно неправильное утверждение

- А. преэклампсия, протекающая без генерализованных отеков, признана более благоприятной для матери и плода, чем преэклампсия с отеками лица +
- Б. при проведении антигипертензивной терапии пациентке рекомендован самостоятельный подсчет шевелений плода ежедневно
- В. не рекомендовано рассматривать отеки нижних конечностей в качестве критерия преэклампсии
- Г. у пациенток, страдающих сахарным диабетом, АД необходимо измерять в положении сидя и лежа, и учитывать более высокое АД

225) При введении магния сульфата мониторинг диурез проводится

- А. ежечасно +
- Б. каждые 30 минут
- В. каждые 2 часа
- Г. каждые 4 часа

226) Какой фактор не относится к факторам риска преэклампсии

- А. повторная беременность +
- Б. беременность после вспомогательных репродуктивных технологий
- В. продолжительность половой жизни до беременности менее 6 месяцев
- Г. поздний репродуктивный возраст

227) Беременной группы высокого риска преэклампсии рекомендовано назначить

- А. фолиевую кислоту
- Б. производные прегнина
- В. препараты группы гепарина
- Г. ацетилсалициловую кислоту +

228) Выберите одно правильное утверждение

- А. беременной группы высокого риска не рекомендованы диуретики с целью профилактики преэклампсии +
- Б. беременной группы высокого риска рекомендовано ограничение соли с целью профилактики преэклампсии
- В. беременной группы высокого риска рекомендован магния сульфат с целью профилактики преэклампсии
- Г. беременной группы высокого риска не рекомендованы препараты кальция (при потреблении кальция менее 600 мг/день) с целью профилактики преэклампсии

229) Оптимальная доза потребления во время беременности соли \_\_\_\_ г в сутки

- А. 4 +
- Б. 6
- В. 8
- Г. 10

230) Какой гипотензивный препарат не назначается в период беременности

- А. эналаприл +
- Б. клонидин
- В. амлодипин
- Г. метопролол

231) Назовите антигипертензивный препарат центрального действия

- А. метопролол
- Б. нифедипин
- В. метилдопа +
- Г. эналаприл

232) Назовите антигипертензивный препарат, который относится к блокаторам «медленных» кальциевых каналов

- А. метопролол
- Б. метилдопа
- В. клонидин
- Г. нифедипин +

233) Назовите антигипертензивный препарат, который относится к селективным  $\beta$ -адреноблокаторам

- А. метопролол +
- Б. амлодипин
- В. клонидин
- Г. метилдопа

234) При каком состоянии не требуется в обязательном порядке вызов в приемный покой врача-анестезиолога-реаниматолога для оказания медицинской помощи

- А. рвота
- Б. АД >160/110 мм рт.ст.
- В. судороги в анамнезе
- Г. протеинурия >5 мг/сутки +

235) Нагрузочная (стартовая) доза магния сульфата

- А. 1 г в час в/в медленно
- Б. 2 г в час в/в медленно
- В. 4 г в/в медленно в течение 10 мин +
- Г. 6 г в/в медленно в течение 20 минут

236) Поддерживающая доза магния сульфата (через инфузомат)

- А. 1 г в час в/в +
- Б. 2 г в час в/в
- В. 1 г каждые 4 часа в/в
- Г. 2 г каждые 2 часа в/в

237) С целью профилактики развития преэклампсии у женщин с высоким риском ацетилсалициловая кислота назначается в дозе

- А. 150 мг на ночь +
- Б. 150 мг утром
- В. 100 мг на ночь
- Г. 100 мг утром

238) Старт терапии ацетилсалициловой кислоты до \_\_\_ недель беременности

- А. 10
- Б. 12
- В. 14
- Г. 16 +

- 239) Ацетилсалициловая кислота назначается до \_\_\_\_ недель беременности
- А. 32
  - Б. 36 +
  - В. 38
  - Г. 42
- 240) При тяжелой преэклампсии и эклампсии для профилактики и лечения судорог как препарат 1-ой линии рекомендован
- А. нимодипин
  - Б. фенитоин
  - В. магний сульфат +
  - Г. производный бензодиазепа
- 241) При тяжелой преэклампсии и эклампсии продленная ИВЛ не рекомендуется в следующем случае
- А. некорректируемая АД  $\geq 140/90$  мм рт.ст. +
  - Б. нарушение сознания
  - В. коагулопатическое кровотечения
  - Г. острый респираторный дистресс-синдром
- 242) Показанием для родоразрешения в экстренном порядке при преэклампсии является
- А. эклампсия
  - Б. кровотечение из родовых путей +
  - В. постоянная эпигастральная боль
  - Г. количество тромбоцитов  $<100 \times 10^9/\text{л}$
- 243) При преэклампсии рекомендовано родоразрешение в неотложном порядке после стабилизации состояния в следующем случае
- А. подозрение на острую гипоксию плода
  - Б. кровотечение из родовых путей
  - В. подозрение на преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты
  - Г. артериальная гипертензия, не поддающаяся медикаментозной коррекции +
- 244) При развитии эклампсии в случае экстренного родоразрешения с целью профилактики потенциальных осложнений рекомендована \_\_\_\_ анестезия как метод выбора
- А. общая +
  - Б. спинальная
  - В. эпидуральная
  - Г. комбинированная спинально-эпидуральная
- 245) Специфически ассоциированной с беременностью тромботической микроангиопатией является
- А. HELLP-синдром +
  - Б. острая жировая дистрофия печени
  - В. тромботическая тромбоцитопеническая пурпура

Г. гемолитико-уремический синдром

246) Назовите обязательный диагностический критерий классической формы преэклампсии

- А. отеки
- Б. артериальная гипертензия +
- В. задержка роста плода
- Г. тромбоцитопения

247) Назовите клинический симптом внутрипеченочного холестаза при беременности

- А. кожный зуд +
- Б. абдоминальный синдром
- В. рвота
- Г. тошнота

248) Какое осложнение беременности не характерно для внутрипеченочного холестаза

- А. плацентарная недостаточность +
- Б. гипоксия плода
- В. гибель плода
- Г. преждевременные роды

249) Наследственная отягощенность является значимым фактором риска развития во время беременности

- А. внутрипеченочного холестаза +
- Б. HELLP-синдрома
- В. острой жировой печени
- Г. острого вирусного гепатита

250) Для внутрипеченочного холестаза характерным лабораторным диагностическим признаком является

- А. отрицательные пробы Кумбса
- Б. тромбоцитопения
- В. шизоцитоз
- Г. повышение уровня желчных кислот в крови +

251) При положительном эффекте от лечения внутрипеченочного холестаза родоразрешение рекомендуется в сроки \_\_\_\_ недель гестации

- А. 34-36
- Б. 37-38 +
- В. 39-40
- Г. 40-41

252) Для лечения внутрипеченочного холестаза во время беременности назначается урсодезоксихолиевая кислота в дозе \_\_\_\_ мг/кг

- А. 5-10
- Б. 10-15 +

В. 15-20

Г. 20-25

253) Выберите одно неправильное утверждение

- А. при внутрипеченочном холестазах не рекомендуется индукция родов с применением препаратов группы модуляторов прогестероновых рецепторов +
- Б. при наличии внутрипеченочного холестаза предпочтительно родоразрешение через естественные родовые пути
- В. в случае раннее развития внутрипеченочного холестаза рекомендовано проведение профилактики РДС плода в сроках 26-34 недели гестации
- Г. при отсутствии эффекта от традиционных медикаментозных методов лечения внутрипеченочного холестаза во время беременности могут быть использованы эфферентные методы терапии

254) Что относится к методам профилактики развития внутрипеченочного холестаза при беременности

- А. минимизация приема стероидных гормональных препаратов, прежде всего прогестерона +
- Б. системное применение оральных контрацептивов до беременности
- В. применение фолиевой кислоты в ранние сроки беременности
- Г. антикоагулянтная терапия на этапе прегравидарной подготовке

255) Что не является показанием для госпитализации женщины в стационар при наличии внутрипеченочного холестаза

- А. неэффективность проводимой терапии в течение 3 дней +
- Б. проведение эфферентных методов лечения
- В. наличие осложнений беременности
- Г. дебют заболевания менее 26 недель

256) Наличие подкапсульных гематом печени по данным УЗИ характерно для

- А. НЕЕЛР-синдрома +
- Б. внутрипеченочного холестаза
- В. вирусного гепатита
- Г. острой жировой печени

257) Полиорганные нарушения не характерны при наличии

- А. внутрипеченочного холестаза +
- Б. преэклампсии
- В. острой жировой печени
- Г. вирусного гепатита

258) Физиологическая кровопотеря во время самопроизвольных родов – кровопотеря < \_\_\_% от массы тела

- А. 0,3-0,5
- Б. 0,5-0,7 +
- В. 0,7-1,0
- Г. 1,0-1,2

259) Физиологическая кровопотеря во время самопроизвольных родов – кровопотеря  $< \underline{\quad}$ % ОЦК

- А. 5
- Б. 7
- В. 10 +
- Г. 15

260) Физиологическая кровопотеря во время самопроизвольных родов – кровопотеря  $< \underline{\quad}$ мл

- А. 300
- Б. 400
- В. 500 +
- Г. 600

261) Послеродовое кровотечение – кровопотеря при операции кесарево сечение  $\geq \underline{\quad}$ мл

- А. 500
- Б. 750
- В. 1000 +
- Г. 1200

262) Послеродовое кровотечение – клинически значимый объем кровопотери, возникающий на протяжении  $\underline{\quad}$ дней после рождения плода

- А. 7
- Б. 14
- В. 35
- Г. 42 +

263) Массивная кровопотеря – одномоментная потеря более  $\underline{\quad}$ % ОЦК

- А. 25-30 +
- Б. 20-25
- В. 30-35
- Г. 15-20

264) Массивная кровопотеря – потеря  $\underline{\quad}$ % ОЦК за 3 часа

- А. 30
- Б. 40
- В. 50 +
- Г. 60

265) Раннее (первичное) послеродовое кровотечение – кровотечение, возникшее после рождения плода  $\leq \underline{\quad}$  часов

- А. 2
- Б. 4
- В. 12
- Г. 24 +

266) Позднее (вторичное) послеродовое кровотечение – кровотечение, возникшее после рождения плода  $\leq$  \_\_ недель

- А. 2
- Б. 4
- В. 6 +
- Г. 8

267) Шоковый индекс – это отношение

- А. ЧСС/ систолическое АД +
- Б. систолическое АД/ ЧСС
- В. ЧСС / диастолическое АД
- Г. диастолическое АД/ ЧСС

268) Причина развития ранних послеродовых кровотечений

- А. нарушение сокращения матки +
- Б. наследственные дефекты гемостаза
- В. остатки плацентарной ткани
- Г. субинволюция матки

269) Основная причина поздних послеродовых кровотечений

- А. наследственные дефекты системы гемостаза +
- Б. нарушения свертывания крови
- В. атония матки
- Г. травма родовых путей

270) Назовите фактор риска травмы родовых путей

- А. стремительные роды +
- Б. многоплодие
- В. операции на матке в анамнезе
- Г. крупный плод

271) Назовите фактор риска нарушения сокращения матки

- А. добавочная доля плаценты
- Б. оперативные влагалищные роды
- В. большой паритет +
- Г. гибель плода

272) Назовите фактор риска нарушения свертывания крови

- А. проводимая противотромбическая терапия +
- Б. неполное удаление частей плода в родах
- В. хориоамнионит
- Г. длительное введение окситоцина

273) Назовите фактор риска задержки плацентарной ткани

- А. добавочная доля плаценты +
- Б. стремительные роды
- В. множественные узлы миомы матки
- Г. короткая пуповина

274) Прикрепление плаценты в дне матки – фактор риска

- А. атонии матки +
- Б. травмы родовых путей
- В. задержки плацентарной ткани
- Г. нарушения свертывания крови

275) Низкий риск послеродового кровотечения имеет место при

- А. наличии < 4 родов в анамнезе +
- Б. многоплодной беременности
- В. предлежании плаценты
- Г. введении сульфата магния

276) Средний риск послеродового кровотечения имеет место при

- А. предлежании плаценты
- Б. одноплодной беременности
- В. гипотонии
- Г. наличии кесарева сечения в анамнезе +

277) Высокий риск послеродового кровотечения имеет место при

- А. гематокрите < 30 +
- Б. наличии > 4 родов в анамнезе
- В. индукции родов окситоцином
- Г. отсутствии послеродовых кровотечений в анамнезе

278) Какой лабораторный параметр свидетельствует об острой кровопотере

- А. МНО 1,0-1,3 +
- Б. количество тромбоцитов менее 50 тыс в мкл
- В. концентрация фибриногена менее 2,0 г/л
- Г. гемоглобин менее 70 г/л

279) Какой лабораторный параметр свидетельствует о критической кровопотере

- А. АЧТВ 28-32 с
- Б. увеличение МНО более 1,5 +
- В. гемоглобин менее 80 г/л
- Г. концентрация фибриногена 2-4 г/л

280) Врачебная манипуляция 1-ого этапа при наружном массаже матки -

- А. мониторинг жизненно важных функций +
- Б. катетеризация двух периферических вен
- В. ингаляционное введение кислорода
- Г. катетеризация мочевого пузыря

281) Врачебная манипуляция 1-ого этапа при проведении компрессии аорты -

- А. поддержание нормотермии
- Б. оценка диуреза
- В. ингаляционное введение кислорода

Г. внутривенное введение транексамовой кислоты +

282) Максимальная суточная доза метилэргометрина \_\_ мг

- А. 0,4
- Б. 0,6
- В. 0,8
- Г. 1,0 +

283) Максимальная суточная доза окситоцина – не более 3 л раствора, содержащего \_\_ МЕ окситоцина

- А. 20
- Б. 40
- Г. 60 +
- Г. 80

284) Управляемую баллонную тампонаду матки необходимо выполнить в срок от \_\_ минут от начала кровотечения

- А. 10-20 +
- Б. 20-30
- В. 30-40
- Г. 40-50

285) Если кровотечение развивается во время операции кесарева сечения, то в первую очередь рекомендовано

- А. наложить компрессионные швы на матку +
- Б. провести эмболизацию маточных артерий
- В. лигировать внутренние подвздошные сосуды
- Г. лигировать маточные артерии

286) Какой критерий ранней диагностики массивного акушерского кровотечения не относится к «Правилу тридцати»

- А. ЧСС < 30 уд/мин +
- Б. систолическое давление < 30 мм рт.ст
- В. выделение мочи < 30 мл/час
- Г. снижение Ht < 30%

287) Интенсивная терапия акушерских кровотечений согласно «Правилу четырех» не включает в себя

- А. ИВЛ +
- Б. 10 лечебных доз криопреципитата
- В. рекомбинантный фактор VIIa
- Г. 4 лечебные дозы СЗП

288) Управляемая баллонная тампонада матки не применяется с профилактической целью при

- А. тазовом предлежании плода +
- Б. предлежании плаценты
- В. гипотоническом кровотечении в анамнезе

Г. родоразрешении путем операции кесарева сечения

289) Для коррекции уровня фибриногена (менее 1,0 г/л) используют

- А. концентрат фибриногена, криопреципитат, СЗП +
- Б. СЗП, концентрат протромбинового комплекса
- В. СЗП, фактор VII
- Г. эритроциты, СЗП

290) Для коррекции уровня МНО (более 1,5) используют

- А. СЗП, концентрат протромбинового комплекса, фактор VII +
- Б. антифибринолитики
- В. СЗП, тромбоконцентрат
- Г. концентрат фибриногена, криопреципитат, СЗП

291) Целевое значение МНО при лечении коагулопатии и ДВС-синдрома не более

- А. 1,3 +
- Б. 1,5
- В. 1,7
- Г. 2,0

292) Назовите относительное противопоказание к проведению интраоперационной реинфузии аутоэритроцитов в акушерстве

- А. наличие в брюшной полости гнойного содержимого
- Б. наличие злокачественного новообразования +
- В. наличие в излившейся крови дистиллированной воды
- Г. наличие в излившейся крови перекиси водорода

293) Выберите одно неправильное утверждение

- А. использование родостимуляции окситоцином относит женщину к высокому риску развития послеродовых кровотечений +
- Б. одним из основных осложнений массивной кровопотери является респираторный дистресс-синдром
- В. причиной первичных послеродовых кровотечений является дефицит фактора фон Виллебранта
- Г. гибель плода – один из факторов риска нарушения свертывания крови

294) Выберите одно правильное утверждение

- А. нормальные показатели шокового индекса после родов составляют 0,7-0,9 +
- Б. высокое пульсовое давление имеет место при II степени тяжести кровопотери
- В. применение градуированных емкостей используется для оценки потери крови с точностью 50%
- Г. частота дыханий более 40 указывает на III степень тяжести кровопотери

295) Какое патогенетическое нарушение не относится к правилу «4Т»

- А. остатки плацентарной ткани +

- Б. нарушение свертываемости крови
- В. нарушение сокращения матки
- Г. травма родовых путей

296) Атонии матки способствует

- А. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- Б. общая анестезия +
- В. маловодие
- Г. лихорадка

297) Для оценки объема кровопотери не используется

- А. оценка клинических симптомов гиповолемии
- Б. визуальное определение кровопотери
- В. гравиметрический метод
- Г. расчет шокового индекса +

298) Доза и путь введения окситоцина, применяемые для лечения послеродового кровотечения

- А. 10-20 МЕ на 500 мл раствора Рингера в/в, 60 капель в минуту, используя дозатор +
- Б. 30-40 МЕ на 500 мл раствора Рингера в/в, 60 капель в минуту, используя дозатор
- В. 10-20 МЕ на 500 мл раствора Рингера в/в, 40 капель в минуту, используя дозатор
- Г. 30-40 МЕ на 500 мл раствора Рингера в/в, 40 капель в минуту, используя дозатор

299) Поддерживающая доза и путь введения окситоцина, применяемые для лечения послеродового кровотечения

- А. 10 МЕ на 500 мл раствора Рингера в/в, 40 капель в минуту, используя дозатор +
- Б. 5 МЕ на 500 мл раствора Рингера в/в, 40 капель в минуту, используя дозатор
- В. 10 МЕ на 500 мл раствора Рингера в/в, 20 капель в минуту, используя дозатор
- Г. 5 МЕ на 500 мл раствора Рингера в/в, 20 капель в минуту, используя дозатор

300) Доза и путь введения метилэргометрина, применяемые для лечения послеродового кровотечения

- А. 0,2 мг в/м (медленно) +
- Б. 0,4 мг в/м (медленно)
- В. 0,4 мг в/в (медленно)
- Г. 0,6 мг в/в (медленно)

301) Поддерживающая доза и путь введения метилэргометрина, применяемые для лечения послеродового кровотечения

- А. 0,4 мг в/м (медленно) каждые 4 часа

- Б. 0,4 мг в/в (медленно) каждые 4 часа
- В. 0,2 мг в/в (медленно) каждые 4 часа +
- Г. 0,2 мг в/м (медленно) каждые 2 часа

302) Какая методика по остановке кровотечения не относится к деваскуляризации матки

- А. перевязка внутренних подвздошных артерий
- Б. временное клипирование магистральных сосудов матки
- В. эмболизация маточных артерий
- Г. наложение вертикальных компрессионных швов по В-Lynch +

303) Профилактика послеродового кровотечения при кесаревом сечении включает назначение карбетоцина в дозе

- А. 1 мл в/в медленно сразу после рождения плода в течение 1 минуты +
- Б. 2 мл в/в медленно сразу после рождения плода в течение 1 минуты
- В. 1 мл в/м медленно сразу после рождения плода в течение 1 минуты
- Г. 2 мл в/м медленно сразу после рождения плода в течение 1 минуты

304) Официальный клинический аудит должен быть проведен во всех случаях послеродовых кровотечений, связанных с кровопотерей свыше \_\_\_ мл

- А. 750
- Б. 1000
- В. 1200
- Г. 1500 +

305) Уровень лактата при наличии циркуляторного шока более \_\_\_ ммоль/л

- А. 1,0
- Б. 1,5
- В. 1,7
- Г. 2,0 +

306) Какой препарат относится к инотропным

- А. добутамин +
- Б. вазопрессин
- В. фенилэфрин
- Г. норадrenalин

307) Выберите одно правильное утверждение

- А. показанием для трансфузии компонентов крови является кровопотеря более 750 мл
- Б. при допустимой кровопотере в акушерстве назначение антифибринолитиков показано всем женщинам независимо от степени риска развития кровотечения
- В. при положительной оценке мнемонического «Правила тридцати» можно начать интенсивную терапию согласно «Правилу четырех» +
- Г. интраоперационная реинфузия эритроцитов при абдоминальном родоразрешении рекомендуется женщинам, у которых предполагается интраоперационная кровопотеря более 10% ОЦК

308) Согласно данным трансвагинальной эхографии, для I степени предлежания плаценты характерно

- А. плацента расположена в нижнем сегменте, край плаценты достигает внутреннего зева, но расположен на расстоянии не менее 3 см от него +
- Б. нижний край плаценты достигает внутреннего зева, но не перекрывает его
- В. нижний край плаценты перекрывает внутренний зев, переходя на противоположную часть нижнего сегмента, при этом расположение плаценты на передней и задней стенке матки ассиметрично
- Г. плацента симметрично расположена на передней и задней стенках матки, перекрывает внутренний зев своей центральной частью

309) Согласно данным трансвагинальной эхографии, для II степени предлежания плаценты характерно

- А. нижний край плаценты достигает внутреннего зева, но не перекрывает его +
- Б. плацента расположена в нижнем сегменте, край плаценты достигает внутреннего зева, но расположен на расстоянии не менее 3 см от него
- В. нижний край плаценты перекрывает внутренний зев, переходя на противоположную часть нижнего сегмента, при этом расположение плаценты на передней и задней стенке матки ассиметрично
- Г. плацента симметрично расположена на передней и задней стенках матки, перекрывает внутренний зев своей центральной частью

310) Согласно данным трансвагинальной эхографии, для III степени предлежания плаценты характерно

- А. нижний край плаценты перекрывает внутренний зев, переходя на противоположную часть нижнего сегмента, при этом расположение плаценты на передней и задней стенке матки ассиметрично +
- Б. нижний край плаценты достигает внутреннего зева, но не перекрывает его
- В. плацента расположена в нижнем сегменте, край плаценты достигает внутреннего зева, но расположен на расстоянии не менее 3 см от него
- Г. плацента симметрично расположена на передней и задней стенках матки, перекрывает внутренний зев своей центральной частью

311) Согласно данным трансвагинальной эхографии, для IV степени предлежания плаценты характерно

- А. плацента симметрично расположена на передней и задней стенках матки, перекрывает внутренний зев своей центральной частью +
- Б. нижний край плаценты перекрывает внутренний зев, переходя на противоположную часть нижнего сегмента, при этом расположение плаценты на передней и задней стенке матки ассиметрично
- В. нижний край плаценты достигает внутреннего зева, но не перекрывает его
- Г. плацента расположена в нижнем сегменте, край плаценты достигает внутреннего зева, но расположен на расстоянии не менее 3 см от него

312) Низкое предлежание плаценты –

- А. плацента перекрывает внутренний зев

- Б. плацента частично перекрывает внутренний зев
- Г. плацента расположена на расстоянии 7 см и менее от внутреннего зева +
- В. плацента нижним краем доходит до внутреннего зева

313) К клиническим признакам предлежания плаценты не относится

- А. многоплодная беременность +
- Б. высокое стояние предлежащей части плода
- В. неправильные положения плода
- Г. тазовое предлежание плода

314) Что такое placenta accreta

- А. приращение плаценты +
- Б. врастание плаценты
- В. прорастание плаценты
- Г. предлежание плаценты

315) Что такое placenta increta

- А. приращение плаценты
- Б. врастание плаценты +
- В. прорастание плаценты
- Г. предлежание плаценты

316) Что такое placenta percreta

- А. прорастание плаценты +
- Б. приращение плаценты
- В. врастание плаценты
- Г. предлежание плаценты

317) Что такое placenta praevia

- А. предлежание плаценты +
- Б. врастание плаценты
- В. приращение плаценты
- Г. прорастание плаценты

318) При предлежании плаценты и обильных кровянистых выделениях показано

- А. оперативное родоразрешение в сроке более 34 недель
- Б. оперативное родоразрешение, независимо от срока гестации +
- В. пролонгирование беременности до срока доношенной беременности на фоне интенсивной терапии
- Г. родоразрешение через естественные родовые пути, независимо от срока беременности

319) При предлежании плаценты рекомендуется

- А. постельный режим +
- Б. назначение прогестагенов
- В. прием препаратов железа на протяжении всей беременности
- Г. проведение спазмолитической терапии во I триместре беременности

320) Назовите фактор риска развития предлежания плаценты

- А. многоплодная беременность
- Б. возраст 35 лет и старше
- В. первая беременность
- Г. многорожавшие женщины с внутриматочными вмешательствами в анамнезе +

321) Выберите одно неправильное утверждение

- А. главный клинический симптом предлежания плаценты – периодические схваткообразные боли внизу живота +
- Б. чем больше степень предлежания плаценты, тем раньше происходит кровотечение
- В. одним из возможных осложнений при предлежании плаценты является хроническая гипоксия и задержка роста плода
- Г. при предлежании плацента находится на пути рождающегося плода

322) Назовите причину кровотечения во второй половине беременности

- А. предлежание плаценты +
- Б. отслойка хориона
- В. отсутствие зародышевого мешка
- Г. гипертонус стенок матки

323) Частичная преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты может быть

- А. центральной и краевой +
- Б. боковой и краевой
- В. неполной и боковой
- Г. полной и центральной

324) Предрасполагающим фактором преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты во время беременности является

- А. короткая пуповина
- Б. сосудистая экстрагенитальная патология +
- В. запоздалый разрыв плодного пузыря
- Г. гиперстимуляция матки окситоцином

325) Предрасполагающим фактором преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты во время родов является

- А. артериальная гипертензия
- Б. эндокринопатии
- В. инфекционно-аллергические васкулиты
- Г. излитие околоплодных вод при многоплодии +

326) Кровотечение при преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты может быть

- А. только внутренним
- Б. только наружным

- В. наружным, внутренним, смешанным +
- Г. или наружным, или внутренним

327) Перечислите клинические симптомы преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты

- А. наружное кровотечение, гипертонус матки
- Б. симптомы геморрагического шока
- В. боль в животе, кровотечение, гипертонус матки, острая гипоксия плода +
- Г. внутреннее кровотечение, плацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода

328) Что характерно для преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты легкой формы

- А. ретроплацентарная гематома, наружное кровотечение +
- Б. ретроплацентарная гематома, асимметричность матки
- В. внутреннее кровотечение, острая гипоксия плода
- Г. наружное кровотечение, боль в животе

329) Что характерно для преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты средней степени тяжести

- А. отслойка плаценты на 1/3-1/4 поверхности плаценты +
- Б. отслойка более 1/2 площади поверхности плаценты
- В. отслойка более 2/3 площади поверхности плаценты
- Г. полная отслойка нормально расположенной плаценты

330) Что характерно для преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты тяжелой формы

- А. внутреннее и наружное кровотечение, асимметричная матка, симптомы геморрагического и болевого шока +
- Б. наружное кровотечение, симптомы геморрагического и болевого шока
- В. симптомы геморрагического шока
- Г. внутреннее кровотечение, симптомы болевого шока

331) Дифференциальный диагноз преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты следует проводить с

- А. разрывом матки +
- Б. многоводием
- В. плацентарной недостаточностью
- Г. преждевременными родами

332) Дифференциальный диагноз преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты не проводят с

- А. разрывом околоплодных оболочек +
- Б. предлежанием плаценты
- В. разрывом матки
- Г. разрывом сосудов пуповины

333) Назовите показание к экстренному родоразрешению при

- преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты
- А. средняя степень преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты во время беременности +
  - Б. легкая степень преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты во время беременности
  - В. частичная отслойка нормально расположенной плаценты во время беременности
  - Г. частичная отслойка нормально расположенной плаценты в родах

334) Кровь яркого цвета – характерный клинический симптом при

- А. краевой отслойки плаценты +
- Б. центральной отслойки плаценты
- В. наличии ретрохориальной гематомы
- Г. любом варианте преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты

335) Болевой синдром возникает, как правило, при

- А. внутреннем кровотечении +
- Б. наружном кровотечении
- В. преэклампсии
- Г. генетических дефектах в системе гемостаза

336) «Матка Кувелера» - это

- А. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- Б. маточно-плацентарная апоплексия +
- В. предлежание плаценты
- Г. разрыв сосудов пуповины

337) Выберите одно наиболее правильное утверждение

- А. плод может погибнуть при отслойке 1/3 и более поверхности плаценты +
- Б. частичная отслойка нормально расположенной плаценты всегда прогрессирующая
- В. УЗИ не является информативным методом диагностики отслойки нормально расположенной плаценты
- Г. при преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты плод, как правило, страдает от хронической гипоксии

338) Дайте определение термину «Фето-фетальный трансфузионный синдром»

- А. осложнение монохориальной многоплодной беременности, характеризующееся отсутствием функционирующего сердца одного из плодов, приводящее к развитию грубых аномалий его развития
- Б. осложнение монохориальной многоплодной беременности, характеризующееся задержкой роста одного из плодов (предполагаемая масса плода ниже 10-го перцентиля) и разницей предполагаемой массы плодов более 25%
- В. осложнение монохориальной многоплодной беременности, обусловленное наличием несбалансированных анастомозов плаценты, приводящих к развитию полигидрамниона у плода-реципиента и ангидрамниона у плода-

донора +

Г. осложнение монохориальной многоплодной беременности, характеризуется наличием в плаценте однонаправленных анастомозов малого диаметра, развитием хронической анемии у плода-донора и полицитемии у плодореципиента, при отсутствии значимых различий величины амниотического индекса в их амниотических полостях

339) Дайте определение термину «Синдром селективной задержки роста плода»

А. осложнение монохориальной многоплодной беременности, характеризующееся задержкой роста одного из плодов (предполагаемая масса плода ниже 10-го перцентиля) и разницей предполагаемой массы плодов более 25% +

Б. осложнение монохориальной многоплодной беременности, обусловленное наличием несбалансированных анастомозов плаценты, приводящих к развитию полигидрамниона у плода-реципиента и ангидрамниона у плода-донора

В. осложнение монохориальной многоплодной беременности, характеризующееся отсутствием функционирующего сердца одного из плодов, приводящее к развитию грубых аномалий его развития

Г. осложнение монохориальной многоплодной беременности, характеризуется наличием в плаценте однонаправленных анастомозов малого диаметра, развитием хронической анемии у плода-донора и полицитемии у плодореципиента, при отсутствии значимых различий величины амниотического индекса в их амниотических полостях

340) Дайте определение термину «Синдром обратной артериальной перфузии»

А. осложнение монохориальной многоплодной беременности, характеризующееся отсутствием функционирующего сердца одного из плодов, приводящее к развитию грубых аномалий его развития +

Б. осложнение монохориальной многоплодной беременности, обусловленное наличием несбалансированных анастомозов плаценты, приводящих к развитию полигидрамниона у плода-реципиента и ангидрамниона у плода-донора

В. осложнение монохориальной многоплодной беременности, характеризующееся задержкой роста одного из плодов (предполагаемая масса плода ниже 10-го перцентиля) и разницей предполагаемой массы плодов более 25%

Г. осложнение монохориальной многоплодной беременности, характеризуется наличием в плаценте однонаправленных анастомозов малого диаметра, развитием хронической анемии у плода-донора и полицитемии у плодореципиента, при отсутствии значимых различий величины амниотического индекса в их амниотических полостях

341) Дайте определение термину «Синдром анемии-полицитемии»

А. осложнение монохориальной многоплодной беременности, характеризуется наличием в плаценте однонаправленных анастомозов

малого диаметра, развитием хронической анемии у плода-донора и полицитемии у плодореципиента, при отсутствии значимых различий величины амниотического индекса в их амниотических полостях +

- Б. осложнение монохориальной многоплодной беременности, обусловленное наличием несбалансированных анастомозов плаценты, приводящих к развитию полигидрамниона у плода-реципиента и ангидрамниона у плода-донора
- В. осложнение монохориальной многоплодной беременности, характеризующееся задержкой роста одного из плодов (предполагаемая масса плода ниже 10-го перцентиля) и разницей предполагаемой массы плодов более 25%
- Г. осложнение монохориальной многоплодной беременности, характеризующееся отсутствием функционирующего сердца одного из плодов, приводящее к развитию грубых аномалий его развития

342) При разделении эмбриона на стадии морулы формируется

- А. дихориальная диамниотическая двойня +
- Б. монохориальная диамниотическая двойня
- В. монохориальная моноамниотическая двойня
- Г. неразделившиеся (сиамские) близнецы

343) При разделении эмбриона на стадии бластоцисты формируется

- А. монохориальная диамниотическая двойня +
- Б. дихориальная диамниотическая двойня
- В. монохориальная моноамниотическая двойня
- Г. неразделившиеся (сиамские) близнецы

344) При разделении эмбриона на 9-12 день после оплодотворения формируется

- А. монохориальная моноамниотическая двойня +
- Б. дихориальная диамниотическая двойня
- В. монохориальная диамниотическая двойня
- Г. неразделившиеся (сиамские) близнецы

345) При разделении эмбриона после 12 дня эмбрионального развития формируется

- А. неразделившиеся (сиамские) близнецы +
- Б. дихориальная диамниотическая двойня
- В. монохориальная диамниотическая двойня
- Г. монохориальная моноамниотическая двойня

346) Что характерно для монозиготных близнецов

- А. генетически идентичны, одного пола, часто похожи фенотипически, аномалии развития у них встречаются в 2 раза чаще, чем у dizиготных двоен +
- Б. у каждого эмбриона формируются отдельная плацента и амниотическая полость

- В. генетически идентичны, разного пола, часто похожи фенотипически  
Г. аномалии развития у них встречаются в 2 раза реже, чем у dizygoticных двойн

347) Выберите одно правильное утверждение

- А. для спонтанного многоплодия (без ВРТ) действует правило Хеллина +  
Б. неразделившиеся (сиамские) близнецы характерны только для дихориальной диамниотической двойни  
В. монозиготные близнецы могут быть одного или разного пола  
Г. частота монозиготной двойни достигает 70% от всех многоплодных беременностей

348) Маловодие у плода-донора (максимальный вертикальный карман (МВК) менее 2 см) и многоводие у плода-реципиента (МВК более 8 см до 20 недель и более 10 см после 20 недель беременности) при сохраненной визуализации мочевого пузыря плода-донора – это \_\_ стадия фето-фетального трансфузионного синдрома

- А. I +  
Б. II  
В. III  
Г. IV

349) Признаки выраженной дискордантности количества амниотической жидкости без визуализации наполнения мочевого пузыря плода-донора – это \_\_ стадия фето-фетального трансфузионного синдрома

- А. I  
Б. II +  
В. III  
Г. IV

350) На фоне выявленного многоводия/маловодия диагностируются нарушения кровотока у одного или обоих плодов: в артериях пуповины выявляются нулевой или реверсный диастолический компонент, реверсная А-волна в венозном протоке или пульсирующий спектр в вене пуповины (возможны различные комбинации нарушений кровотока, выявляемых при цветном доплеровском картировании (ЦДК)) - это \_\_ стадия фето-фетального трансфузионного синдрома

- А. I  
Б. II  
В. III +  
Г. IV

351) Что характерно для IV стадии фето-фетального трансфузионного синдрома

- А. гибель обоих плодов  
Б. гибель одного плода  
В. асцит, гидроперикард, плевральный выпот и отёк подкожно-жировой клетчатки головы и туловища +

Г. в артериях пуповины выявляются нулевой или реверсный диастолический компонент, реверсная А-волна в венозном протоке или пульсирующий спектр в вене пуповины

352) Для 1 типа синдрома селективной задержки роста плода характерно  
А. положительный диастолический компонент кровотока в артерии пуповины плода с задержкой роста +  
Б. «нулевой» кровоток в артерии пуповины  
В. «реверсный» кровоток в артерии пуповины  
Г. интермитентный кровоток в артерии пуповины

353) Для 3 типа синдрома селективной задержки роста плода характерно  
А. интермитентный кровоток в артерии пуповины +  
Б. «нулевой» кровоток в артерии пуповины  
В. «реверсный» кровоток в артерии пуповины  
Г. положительный диастолический компонент кровотока в артерии пуповины плода с задержкой роста

354) Для 3 стадии синдрома анемии-полицитемии характерно  
А. водянка плода-донора  
Б. признаки сердечной недостаточности у плода-донора +  
В. внутриутробная гибель одного или обоих плодов  
Г. увеличение максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии плода-донора и уменьшение максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии реципиента

355) Для 4 стадии синдрома анемии-полицитемии характерно  
А. водянка плода-донора +  
Б. признаки сердечной недостаточности у плода-донора  
В. внутриутробная гибель одного или обоих плодов  
Г. увеличение максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии плода-донора и уменьшение максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии реципиента

356) Для 1 стадии синдрома анемии-полицитемии характерно  
А. водянка плода-донора  
Б. признаки сердечной недостаточности у плода-донора  
В. внутриутробная гибель одного или обоих плодов  
Г. увеличение максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии плода-донора и уменьшение максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии реципиента +

357) Выберите одно неправильное утверждение  
А. риск развития аномалий плодов при беременности двойней не выше, чем при одноплодной беременности +  
Б. физикальное и лабораторное обследование проводится согласно клиническим рекомендациям «Нормальная беременность»  
В. при наступлении беременности в результате ВРТ расчет срока

беременности должен быть сделан по дате внутриматочного введения эмбрионов следующим образом: дата переноса «плюс» 266 дней (38 недель) «минус» число дней, равное сроку культивирования эмбрионов

Г. многоплодная беременность диагностируется при получении результатов УЗИ с визуализацией 2-х и более эмбрионов

358) Выберите одно правильное утверждение

- А. не рекомендовано направлять пациентку с многоплодием на рутинное проведение биохимического скрининга 2-го триместра, который включает исследование уровня ХГ, альфа-фетопротеина, неконъюгированного эстрадиола в сыворотке крови (тройной скрининг), а также уровня ингибина А (четверной скрининг) +
- Б. при гибели одного из плодов до 10 недель беременности для скрининга хромосомных заболеваний не рекомендовано использовать комбинацию результата УЗИ плода и исследования уровней ХГ и РАРР-А
- В. при многоплодной беременности тремя и более эмбрионами рекомендовано рассмотреть вопрос о проведении селективной элиминации избыточных эмбрионов (фетоцид) в сроке до 10 недель
- Г. для исключения анеуплоидии плода пациентке может быть предложено неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) до 10 недель беременности

359) Серийная амниоредукция выполняется

- А. при I стадии фето-фетального трансфузионного синдрома, диагностированном в сроке более 26 недель +
- Б. при IV стадии фето-фетального трансфузионного синдрома в случае отсутствия противопоказаний в сроке беременности 16-26 недель
- В. при II стадии фето-фетального трансфузионного синдрома, диагностированном в сроке более 16 недель
- Г. при III стадии фето-фетального трансфузионного синдрома в случае отсутствия противопоказаний в сроке беременности 28-34 недель

360) При неосложнённой беременности монохориальной двойней рекомендовано родоразрешение в \_\_\_ недель беременности

- А. 35-36
- Б. 36-37 +
- В. 37-38
- Г. 38-39

361) При неосложнённой беременности дихориальной двойней рекомендовано родоразрешение в \_\_\_ недель беременности

- А. 35-36
- Б. 36-37
- В. 37-38 +
- Г. 38-39

362) При неосложнённой беременности тройней рекомендовано родоразрешение в \_\_\_ недель беременности

- А. 35-36 +
- Б. 37-38
- В. 36-37
- Г. 38-39

363) Выберите одно правильное утверждение

- А. пациентке с многоплодием индукцию и родостимуляцию окситоцином рекомендовано проводить по тем же показаниям и в том же режиме, что и при родах одноплодной беременностью +
- Б. при монохориальной двойне пуповину первого плода рекомендовано пережать через 10 минут после рождения для предотвращения возможной потери крови второго плода через существующие сосудистые анастомозы плаценты
- В. рекомендовано активное ведение 2-го периода родов вторым плодом с оптимальным интервалом рождения близнецов не более 60 минут всем пациентам
- Г. при косом или поперечном положении второго плода не рекомендовано провести наружный акушерский поворот на головку плода

364) При гибели одного плода из дихориальной двойни

- А. рекомендовано экстренное родоразрешение
- Б. показана антибактериальная терапия
- В. рекомендовано наблюдать в стационаре до родоразрешения
- Г. пролонгирование беременности возможно до доношенного срока +

365) При наличии синдрома обратной артериальной перфузии рекомендуется

- А. экстренное влагалищное родоразрешение
- Б. экстренное оперативное родоразрешение
- В. экстренная фетоскопическая лазерная коагуляция сосудов пуповины акардиального плода
- Г. выжидательная тактика ведения монохориальной диамниотической двойни при отсутствии признаков прогрессирования заболевания +

366) Беременной с монохориальным многоплодием, осложненным синдромом анемии-полицитемии

- А. в сроках от 16 до 28 недель рекомендована фетоскопическая лазерная коагуляция сосудистых анастомозов плаценты +
- Б. при невозможности фетоскопии и лазерной коагуляции сосудистых анастомозов плаценты в сроках от 16 до 32 недель не рекомендовано хирургическое лечение в виде внутриутробного переливания крови плоду с анемией
- В. рекомендовано родоразрешение после 36 недель беременности
- Г. при отсутствии признаков тяжёлой анемии плода-донора беременность рекомендовано вести консервативно с ежедневным УЗИ плодов

367) Что не является показанием к селективному фетоциду

- А. синдром селективной задержки роста одного из плодов +
- Б. грубые аномалии развития одного из плодов

- В. IV стадия фето-фетального трансфузионного синдрома в случае отсутствия технической возможности выполнения лазерной коагуляции
- Г. сочетание фето-фетального трансфузионного синдрома с синдромом селективной задержки роста одного из плодов при дискордантности более 40%

368) Назовите фактор риска развития дистоции плечиков

- А. маловодие
- Б. тазовое предлежание плода
- В. многоплодная беременность
- Г. масса плода 4000-4500 г +

369) При дистоции плечиков рекомендовано

- А. дать указание роженице прекратить тужиться +
- Б. оказывать давление на дно матки для профилактики осложнений в родах
- В. пересекать пуповину при обвитии для профилактики гипоксии плода
- Г. тянуть за головку плода, отклонять головку в стороны и вниз для профилактики родового травматизма

370) Выберите одно неправильное утверждение – при успешном выполнении приема МакРобертс

- А. заднее плечико опускается ниже крестца +
- Б. лобковый симфиз отклоняется кпереди
- В. пояснично-крестцовый угол выпрямляется
- Г. уменьшается угол наклона таза

371) При оказании помощи при дистоции плечиков каждый из приемов первой линии не должен продолжаться более \_\_ секунд

- А. 15
- Б. 30 +
- В. 45
- Г. 60

372) При оказании помощи при дистоции плечиков суммарно время на выполнение приемов первой линии не должно превышать \_\_ минут

- А. 3
- Б. 5 +
- В. 10
- Г. 15

373) К приемам первой линии оказания помощи при дистоции плечиков не относится прием

- А. Заванелли +
- Б. Рубин
- В. Жакмира
- Г. Гаскин

374) К приемам первой линии оказания помощи при дистоции плечиков не

относится прием

- А. «захват переднего плечика плода» +
- Б. «надлобковое давление»
- В. «извлечение задней ручки»
- Г. «задняя аксиллярная slingовая тракция»

375) Назовите осложнение, которое возможно при форсированном применении приема МакРобертса

- А. парез плечевого нерва у новорожденного +
- Б. атоническое кровотечение
- В. перелом ключицы у плода
- Г. разрыв матки

376) При выполнении приема «надлобковое давление» давить необходимо

- А. над лоном на плечо со стороны грудной клетки плода, в направлении к позвоночнику женщины и латерально
- Б. над лоном на плечо со стороны спинки плода, в направлении к позвоночнику женщины и латерально +
- В. над лоном на плечо со стороны спинки плода, в направлении к позвоночнику женщины и медиально
- Г. над лоном на плечо со стороны грудной клетки плода, в направлении к позвоночнику женщины и медиально

377) Прием Жакмира – это

- А. извлечение задней ручки плода +
- Б. извлечение передней ручки плода
- В. «надлобковое давление»
- Г. перевод плечевого пояса в один из косых размеров плоскости входа в малый таз

378) Для перевода заднего плечика в переднее при дистоции плечиков рекомендован прием

- А. «винт Вудса» +
- Б. Жакмира
- В. МакРобертса
- Г. «надлобковое давление»

379) Назовите прием второй линии при дистоции плечиков

- А. «абдоминально-ассистированные роды» +
- Б. «задняя аксиллярная slingовая операция»
- В. «обратный винт Вудса»
- Г. «извлечение задней ручки»

380) При выполнении приема «надлобковое давление» при дистоции плечиков врач должен стоять

- А. с той стороны матери, куда обращена спинка плода +
- Б. с противоположной стороны матери, куда обращена спинка плода
- В. между ног роженицы

Г. у изголовья роженицы

381) Выберите одно правильное утверждение

- А. суммарно время на выполнение приемов первой линии при дистоции плечиков не должно превышать 10-15 минут
- Б. в результате успешного выполнения приема Жакмира туловище плода рождается биакромиальным размером
- В. прием «винт Вудса» сопряжен с высоким риском расхождения лонного сочленения
- Г. при дистоции плечиков при выполнении внутренних приемов рекомендован разрез промежности +

382) Дайте определение дистоции плечиков

- А. остановка родов после рождения головки плода вследствие отсутствия самопроизвольного опускания плечевого пояса и неэффективности легких вспомогательных тракций в течение более 60 с +
- Б. остановка родов во втором периоде родов вследствие отсутствия самопроизвольного опускания плечевого пояса и неэффективности легких вспомогательных тракций в течение более 3 минут
- В. остановка родов после опускания головки плода в плоскость выхода малого таза вследствие отсутствия самопроизвольного опускания плечевого пояса и неэффективности родостимуляции
- Г. остановка родов в начале второго периода вследствие отсутствия самопроизвольного опускания плечевого пояса и неэффективности легких вспомогательных тракций в течение более 60 с

383) Назовите этиологический фактор тазового предлежания плода

- А. переношенность
- Б. задержка роста плода +
- В. одноплодная беременность
- Г. плацентация в дне матки

384) Какой фактор не относится к этиологическим факторам тазового предлежания плода

- А. врожденные пороки развития плода
- Б. тазовое предлежание в анамнезе
- В. маловодие
- Г. длинная пуповина +

385) Выберите одно неправильное утверждение

- А. частота тазового предлежания плода при доношенной беременности составляет 13-15% +
- Б. предлежание зависит от незрелости вестибулярного аппарата плода
- В. среди всех тазовых предлежаний наиболее часто встречается чисто ягодичное
- Г. чрезмерная подвижность плода – один из этиологических факторов тазового предлежания плода

386) Продолжительность наружного акушерского поворота не должна быть более \_\_\_ мин

- A. 5 +
- Б. 10
- В. 15
- Г. 20

387) Клинически важно подтверждение тазового предлежания плода в \_\_\_ недель беременности

- A. 32
- Б. 34
- В. 36 +
- Г. 38

388) Наружный поворот плода на головку первородящих рекомендовано проводить в срок  $\geq$  \_\_\_ недель беременности

- A. 34
- Б. 36 +
- В. 38
- Г. 40

390) Наружный поворот плода на головку повторнородящих рекомендовано проводить в срок  $\geq$  \_\_\_ недель беременности

- A. 34
- Б. 36
- В. 37 +
- Г. 39

391) Что является противопоказанием для наружного поворота плода на головку

- A. артериальная гипертензия +
- Б. кровотечение в первой половине беременности
- В. отсутствие противопоказаний к родоразрешению путем операции кесарева сечения
- Г. задержка роста плода без нарушения кровообращения в артерии пуповины

392) К предикторам успешного выполнения наружного поворота плода на головку не относится

- A. низкий паритет +
- Б. отсутствие ожирения
- В. прикрепление плаценты на задней стенке матки
- Г. чисто ягодичное предлежание

393) Что относится к предикторам успешного выполнения наружного поворота плода на головку

- A. индекс амниотической жидкости  $> 10$  см +
- Б. абдоминальная пальпация тазового конца
- В. смешанное ягодичное предлежание

Г. ожирение

394) Назовите показание для планового кесарева сечения при тазовом предлежании плода

- А. предполагаемая масса плода  $< 2500$  +
- Б. срок беременности  $< 34$  недель
- В. смешанное предлежание
- Г. многоводие

395) Плановое кесарево сечение при тазовом предлежании плода рекомендуется проводить на сроке  $\geq$  \_\_\_ недель беременности

- А. 37
- Б. 38
- В. 39 +
- Г. 40

396) При проведении родов через естественные родовые пути при тазовом предлежании плода рекомендовано проводить

- А. рутинную нейроаксиальную анальгезию для обезболивания родов
- Б. забор крови из ягодичц плода с целью определения уровня лактата
- В. индукцию родов при наличии показаний +
- Г. родостимуляцию в активную фазу родов

397) После завершения наружного акушерского поворота необходимо провести УЗИ в течение \_\_\_ минут

- А. 30 +
- Б. 60
- В. 90
- Г. 120

398) Выберите одно правильное утверждение

- А. при успешном наружном повороте плода на головку в 5% случаев отмечается спонтанная реверсия плода +
- Б. рекомендовано предлагать пациентке проведение корригирующей гимнастики для самостоятельного поворота плода на головку
- В. наличие рубца на матке не является противопоказанием для проведения наружного поворота плода на головку
- Г. несенсибилизированным резус-отрицательным пациенткам после наружного поворота плода на головку не рекомендуется дополнительно назначать иммуноглобулин человека Rho[D]

399) Назовите фактор риска развития эмболии амниотической жидкостью

- А. тазовое предлежание плода
- Б. возраст матери менее 35 лет
- В. кесарево сечение +
- Г. маловодие

400) Какой фактор не относится к факторам риска развития эмболии

амниотической жидкостью

- А. индукция родов
- Б. травма живота
- В. сахарный диабет
- Г. артериальная гипертензия +

401) Назовите плодовой фактор риска развития эмболии амниотической жидкостью

- А. макросомия +
- Б. гемолитическая болезнь плода
- В. женский пол ребенка
- Г. задержка роста плода

402) Какой плодовой фактор не относится к факторам риска развития эмболии амниотической жидкостью

- А. задержка роста плода +
- Б. дистресс плода
- В. внутриутробная смерть плода
- Г. макросомия

403) Какой симптом не относится к клиническим симптомам эмболии амниотической жидкостью

- А. САД < 80 мм рт.ст +
- Б. цианоз
- В. отек легких
- Г. острая гипоксия плода

404) Какой признак позволяет дифференцировать эмболию амниотической жидкостью с кровотечением

- А. предшествующая лихорадка
- Б. артериальная гипотония
- В. внезапное начало +
- Г. коагулопатия

405) Какой признак позволяет дифференцировать эмболию амниотической жидкостью с анафилактическим шоком

- А. артериальная гипотония
- Б. коагулопатия +
- В. гипоксия
- Г. внезапное начало

406) Какой признак позволяет дифференцировать эмболию амниотической жидкостью с анестезиологической проблемой

- А. гипоксия
- Б. коагулопатия +
- В. артериальная гипотония
- Г. предшествующая лихорадка

407) Выберите одно наиболее правильное утверждение

- А. при регистрации остановки сердечной деятельности и неэффективности сердечно-легочной реанимации необходимо родоразрешение в течение 5 минут +
- Б. при массивной кровопотере хирургическое вмешательство должно быть выполнено не позднее 40 минут от момента установления диагноза
- В. при сроке беременности 20-24 недели аорто-кавальная компрессия незначительна, экстренное родоразрешение не улучшит прогноза
- Г. ручное смещение матки вправо позволяет предотвратить синдром аорто-кавальной компрессии

408) При подозрении на эмболию амниотической жидкостью назначают преднизолон в суммарной дозе \_\_\_ мг в первые сутки

- А. 120-240
- Б. 300-400
- В. 400-500
- Г. 700-800 +

409) Начавшиеся преждевременные роды сопровождаются

- А. регулярной маточной активностью +
- Б. повышенным тонусом матки
- В. открытием наружного зева
- Г. укорочением шейки матки

410) Активные преждевременные роды характеризуются наличием \_\_\_\_\_ схваток в течение 20 минут и открытием шейки матки  $\geq$  \_\_\_ см

- А. 4/4 +
- Б. 2/6
- В. 2/8
- Г. 4/2

411) Что не является фактором риска преждевременных родов

- А. патология шейки матки
- Б. ранний репродуктивный возраст пациентки +
- В. кровотечение на ранних сроках данной беременности
- Г. преждевременные роды у матери пациентки

412) Назовите фактор риска преждевременных родов

- А. многоплодие в анамнезе
- Б. многоводие
- В. тазовое предлежание плода
- Г. индуцированные преждевременные роды в анамнезе у пациентки +

413) Назовите фактор, ассоциированный с повышенным риском преждевременных родов

- А. укорочение длины шейки матки  $\leq 25$  мм и/или расширение шейки матки  $\geq 10$  мм до 24 недель гестации +
- Б. укорочение длины шейки матки  $\leq 30$  мм и/или расширение шейки матки  $\geq$

- 15 мм до 28 недель гестации
- В. укорочение длины шейки матки  $\leq 25$  мм и/или расширение шейки матки  $\geq 15$  мм до 26 недель гестации
- Г. укорочение длины шейки матки  $\leq 30$  мм и/или расширение шейки матки  $\geq 10$  мм до 28 недель гестации

414) Отрицательный результат ПСИФР-1 указывает на низкий риск преждевременных родов в течение \_\_ дней после проведения теста

- А. 7 +  
Б. 14  
В. 30  
Г. 20

415) При неосложненной беременности и преждевременных родах в анамнезе рекомендовано

- А. постельный режим  
Б. ограничение физической активности  
В. половое воздержание  
Г. применение акушерского пессария при укорочении шейки матки менее 25 мм +

416) Для уточнения диагноза преждевременных родов рекомендовано определение

- А. ПАМГ-1 +  
Б. АФП  
В.  $\beta$ -ХГЧ  
Г. РАРР-А

417) При угрожающих преждевременных родах рекомендовано определение антигена

- А. стрептококка группы В +  
Б. стрептококка группа А  
В. стафилококка золотистого  
Г. стафилококка гемолитического

418) Ранние преждевременные роды – это роды, наступившие в сроки беременности

- А. 28<sup>0</sup>-31<sup>6+</sup>  
Б. 24<sup>0</sup>-28<sup>6</sup>  
В. 32<sup>0</sup>-33<sup>6</sup>  
Г. 26<sup>0</sup>-28<sup>6</sup>

419) При какой предполагаемой массе плода рекомендовано плановое кесарево сечение в сроке 38-39 недель беременности:

- А. >4500 грамм +  
Б. >3800 грамм  
В. 4000-4200 грамм

Г. 3500-3800 грамм

420) Какой метод родоразрешения рекомендован для предотвращения повторной дистоции плечиков, если в анамнезе имело место тяжелое осложнение дистоции плечиков (например, мертворождение, паралич плечевого сплетения, перелом ключицы или плеча, асфиксия плода) при предполагаемой массе плода равной или большей, чем была при предыдущих родах:

- А. экстренное кесарево сечение
- Б. плановое кесарево сечение +
- В. роды через естественные родовые пути
- Г. оперативное влагалищное родоразрешение

421) К показаниям для проведения ручного обследования полости матки после родов через естественные родовые пути с рубцом на матке относится все, кроме:

- А. дефект плацентарной ткани
- Б. кровотечение
- В. абдоминальная боль
- Г. роды через естественные родовые пути с рубцом на матке +

422) Акушерский разгружающий пессарий вводится в сроке с:

- А. 12 до 37 недель беременности +
- Б. 24-37 недель беременности
- С. 30-34 недель беременности
- Д. 34-37 недель беременности

423) Акушерский разгружающий пессарий вводится при многоплодной беременности, и является предпочтительным методом в сроке с:

- А. 12 до 34 недель беременности +
- Б. 12 до 37 недель беременности
- С. 30-34 недель беременности
- Д. 34-37 недель беременности

424) Профилактическое введение НМГ может быть продолжено спустя \_\_\_ ч после родов, но не ранее, чем \_\_\_ ч после удаления эпидурального катетера:

- А. 12ч и 4ч +
- Б. 10ч и 2ч
- В. 18ч и 1ч
- Г. 11ч и 3ч

425) Беременным с наследственными тромбофилиями высокого риска (дефицит антитромбина, гомозиготная мутация Лейден, гомозиготная мутация протромбина, сочетание гетерозигот Лейден и протромбина) показана тромбопрофилактика в течение всей беременности и не менее:

- А. 6 недель после родов +
- Б. 4 недель после родов
- В. 2 недель после родов
- Г. 1 недели после родов

426) На каком сроке беременности рекомендовано направлять беременную пациентку на определение антигена стрептококка группы В (*S. agalactiae*) в отделяемом цервикального канала?

- А. в 35-37 недель беременности +
- Б. в 32-34 недели беременности
- В. в 38-40 недель беременности
- Г. в 24-34 недели беременности

427) На каком сроке беременности врачу женской консультации рекомендовано направлять беременную пациентку на определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор):

- А. однократно при 1-м визите +
- Б. в I триместре
- В. во II триместре
- Г. в III триместре

428) С какого срока беременности рекомендовано направлять беременную пациентку врачом женской консультации на проведение кардиотокографии плода с кратностью 1 раз в 2 недели:

- А. с 30 недель беременности
- Б. с 33 недель беременности +
- В. с 35 недель беременности
- Г. с 37 недель беременности

429) Родоразрешение путем кесарева сечения в экстренном порядке при выпадении петель пуповины или ручки плода при головном предлежании соответствует категории неотложности:

- А. I категории +
- Б. II категории
- В. III категории

Г. операция может быть отсрочена

430) Родоразрешение путем кесарева сечения в экстренном порядке при любом варианте предлежания плаценты с кровотечением соответствует категории неотложности:

А. I категории +

Б. II категории

В. III категории

Г. операция может быть отсрочена

431) Родоразрешение путем кесарева сечения в плановом порядке при предполагаемых крупных размерах плода ( $> 4500$  г) соответствует категории неотложности:

А. I категории

Б. II категории

В. III категории +

Г. IV категории

432) Клиническое течение ревмокардита на фоне беременности обычно

А. беременность не влияет на течение ревмокардита

Б. острое

В. вялотекущее +

Г. тяжелое

433) Критические сроки обострения ревматизма во время беременности обусловлены

А. анемией

Б. гиперволемией +

В. ростом и развитием плода

Г. развитием плаценты

434) При активном ревматизме родоразрешение проводится путем

А. операции кесарева сечения +

Б. естественных родов

В. вакуум-экстракции плода

Г. наложения полостных акушерских щипцов

435) Острый ревмокардит является показанием для

А. прерывания беременности +

Б. сохранения беременности

В. пролонгирования беременности в зависимости от состояния пациентки

Г. пролонгирования беременности в зависимости от состояния плода

436) Дифференциальную диагностику гипертонического криза во время беременности необходимо проводить с

- А. тромбоэмболией легочной артерии
- Б. инфарктом миокарда
- В. преэклампсией +
- Г. пороками сердца

437) Клиническим проявлением сахарного диабета у беременных является

- А. увеличение веса
- Б. кожный зуд
- В. урежение мочеиспускания
- Г. жажда, полидипсия +

438) Причиной рождения крупного плода является

- А. сахарный диабет +
- Б. гипертоническая болезнь
- В. преэклампсия
- Г. хронический панкреатит

440) К начальным симптомам начинающейся сердечной декомпенсации у беременной с заболеванием сердца относятся

- А. кашель, влажные хрипы +
- Б. слабая одышка
- В. сухие хрипы
- Г. брадикардия

441) Показанием для операции кесарево сечение является

- А. острая сердечная недостаточность в родах +
- Б. артериальная гипертензия свыше 150/90 мм рт. ст.
- В. недостаточности кровообращения IА стадии
- Г. гипертонического криза в анамнезе

442) Оптимальное положение женщины с сердечной недостаточностью во время родов

- А. горизонтально
- Б. лежа на боку
- В. полусидя +
- Г. с приподнятым ножным концом

443) Плановое родоразрешения женщин с сердечной недостаточностью II – III стадии проводится на сроке

- А. 32-34 недели
- Б. 36 недель +
- В. 38 – 39 недель
- Г. 37 – 38 недель

444) Беременность влияет на течение сахарного диабета посредством

- А. снижения толерантности к глюкозе +

- Б. повышения чувствительности к инсулину
- В. замедления распада инсулина
- Г. ускорения распада инсулина

445) Истинная железодефицитная анемия развивается на сроке беременности

- А. 8 недель
- Б. 10 недель
- В. 16 недель
- Г. 20 недель +

446) При анемии во время беременности уровень гемоглобина достигает значений ниже

- А. 90 г/л
- Б. 100 г/л
- В. 110 г/л +
- Г. 120 г/л

447) Основной возбудитель пиелонефрита во время беременности

- А. *Escherichia coli* +
- Б. грибы рода *Candida*
- В. *Ureaplasma urealyticum*
- Г. *Mycoplasma genitalium*

448) Предрасполагающим фактором развития пиелонефрита во время беременности является

- А. пузырно-мочеточниковый рефлюкс +
- Б. повышение уровня эстрогена
- В. увеличение ОЦК
- Г. нарушение клубочковой фильтрации

449) Гестационный пиелонефрит наиболее часто возникает на сроке беременности

- А. 15-21 недель
- Б. 22-28 недель +
- В. 28-32 недель
- Г. 32 – 36 недель

450) При декомпенсированной стадия артериальной гипотонии во время беременности необходимо

- А. пролонгировать беременность, стабилизировать состояние женщины +
- Б. экстренное родоразрешение путем операции кесарево сечение
- В. провести подготовку родовых путей к родам через естественные родовые пути
- Г. экстренное родоразрешение, вакуум-экстракция плода

**Тесты открытого типа.**

- 451) При тяжелой преэклампсии и эклампсии для профилактики и лечения судорог в качестве препарата 1-ой линии рекомендовано внутривенное введение **магния сульфата** (сульфата магния)
- 452) Для манифестного сахарного диабета характерен уровень гликемии натощак  $\geq 7$  ммоль/л
- 453) Проводной точкой при лицевом предлежании плода является **подбородок**
- 454) При монохориальной двойне плацента имеет **Т** форму (Т-образную)
- 455) Запись, на которой отсутствуют как акцелерации, так и децелерации относится к **монотонному** типу
- 456) Размер диагональной конъюгаты при наличии поперечносуженного таза **13 см**
- 457) Анатомически узкий таз – это таз, при котором хотя бы один из размеров уменьшен на **1,5** см и более (1,5-2=1,5-2,0)
- 458) Всем женщинам (с не выявленным на ранних сроках гестации манифестным сахарным диабетом) на 24-28-й неделе проводят **ГТТ** (глюкозотолерантный тест)
- 459) Ранние преждевременные роды – это роды, наступившие в сроки **28,0 - 31,6 недель** (28-32=28-31,6)
- 460) Согласно стратификации риска послеродового кровотечения наличие хориоамнионита относится к **умеренному** риску (среднему)
- 461) Ранее послеродовое кровотечение – кровотечение, возникшее в течение **24 часов** после родов
- 462) Назовите осложнение тяжелой преэклампсии, характеризующееся гемолизом, повышением печеночных трансаминаз и тромбоцитопенией **HELLP-синдром**
- 463) Появление неврологической симптоматики, нарастание головной боли, нарушение зрения, боли за грудиной, затрудненное носовое дыхание – это предвестник **эклампсии**
- 464) Осложнение беременности, родов и послеродового периода, характеризующееся повышением после 20-й недели беременности САД  $\geq 140$  мм рт.ст и/или ДАД  $\geq 90$  мм рт.ст. независимо от уровня АД в анамнезе в сочетании с протеинурией  $\geq 0,3$  г в сутки относится к

умеренной \_ форме преэклампсии

- 465) Какая форма анатомически узкого таза встречается наиболее часто-  
**\_поперечносуженный\_**
- 466) Асинклитизм Редерера характерен для **\_общеравномерносуженного\_**  
таза
- 467) Как называется осложнение родов, при котором происходит остановка  
родов после рождения головки плода вследствие отсутствия  
самопроизвольного опускания плечевого пояса и неэффективности  
легких вспомогательных низводящих тракций при потугах в течение  
более 60 с- **\_\_дистоция плечиков**
- 468) При родах в чисто ягодичном предлежании после рождения туловища до  
пупка используют ручное акушерское пособие **по Цовьянову I**  
(Н.А.Цовьянову I= Цовьянову Н.А. I)
- 469) Акушерское пособие по Н.А.Цовьянову II – это перевод чисто ножного  
предлежания в **\_смешанное ягодичное\_**
- 470) К какому виду ножного предлежания относится следующая ситуация:  
предлежат ягодицы и одна из ножек (стоп) плода, при этом одна ножка  
разогнута в тазобедренном и коленном суставах **\_неполному** (неполное  
ножное предлежание=неполное)
- 471) Основной клинический симптом полного предлежания  
плаценты **\_кровотечение** (кровотечение из половых путей=маточное  
кровотечение)
- 472) Отслойка плаценты до рождения плода – это **\_ПОНРП\_**  
(преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты)
- 473) Вращение плаценты в мышечный слой матки – это **приращение**  
**плаценты\_** (приращение)
- 474) Прикрепление плаценты в базальном слое слизистой оболочки матки –  
это **\_плотное прикрепление плаценты** (плотное прикрепление)
- 475) Проводной точкой при переднеголовном предлежании является **большой**  
**родничок\_**
- 476) При заднем виде головного предлежания головка плода прорезывается  
окружностью, соответствующей **\_среднему косому\_** размеру
- 477) II период родов продолжается от момента полного раскрытия маточного  
зева до **\_рождения плода\_**

- 478) До 10-й недели беременности основным источником секреции прогестерона является **желтое тело**\_\_\_
- 479) При физиологическом течение беременности осмотр беременных врачом-акушером-гинекологом проводится не менее **5** раз
- 480) Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности с учетом состояния беременной и плода делается врачом-акушером-гинекологом до **20** недели беременности
- 481) Оценка состояния ребенка по шкале Апгар после рождения проводится через **1 и 5 минут**\_\_\_
- 482) Нормальная беременность длится **37-41,6** недель
- 483) Беременной рекомендовано назначить пероральный прием фолиевой кислоты на протяжении первых **12** недель беременности
- 484) Первый момент биомеханизма родов при переднем виде затылочного предлежания **сгибание головки**\_\_\_
- 485) Назовите один метод инвазивной пренатальной диагностики  
**хорионбиопсия=амниоцентез=кордоцентез**
- 486) Продолжительность третьего периода родов не должна превышать **30 минут**\_\_\_
- 487) Физиологическая кровопотеря – кровопотеря менее **10**\_\_\_% ОЦК
- 488) Индекс Соловьева в норме равен **14,5-15 см**\_\_\_
- 489) Период системогенеза относится к **3** триместру беременности (III=третьему)
- 490) Определение высоты дна матки и части плода, находящейся в ней, - это **первый**\_\_\_ прием наружного акушерского исследования (1-й прием Леопольда=первый прием Леопольда=1)
- 491) Если спинка плода обращена к левой стороне матери, то это **первая**\_\_\_ позиция плода (1=I)
- 492) Малый косой размер головки плода равен **9,5 см**\_\_\_
- 493) Наименьшее расстояние между серединой верхневнутреннего края лобковой дуги и наиболее выдающейся точкой мыса крестца называется **истинной конъюгатой**\_\_\_
- 494) Оплодотворение яйцеклетки происходит **в маточной трубе**\_\_\_

- 495) При физиологическом течении беременности осмотр беременной врачом-офтальмологом проводится не менее 1 раза (одного)
- 496) Оценка антенатального развития плода с целью выявления таких нарушений, как задержка роста плода, риск преждевременных родов, риск преэклампсии, хромосомные аномалии и пороки развития плода проводится при сроках беременности 11-14 и 19-21 (11-14 недель и 19-21 неделя)
- 497) При переднем виде затылочного предлежания проводной точной является малый родничок
- 498) Если после прекращения потуги пуповина не втягивается обратно, значит, плацента отделена (отделилась)
- 499) Прямой размер плоскости входа в малый таз равен 11 см
- 500) Большой родничок располагается на месте соединения саггитального, лобного и венечного швов

## **Вопросы для прохождения промежуточной аттестации**

### **Вопрос 1 Аллоиммунизация: особенности ведения беременных**

Ответ

Аллоиммунизация – это образование в материнском организме антител к эритроцитам плода (преимущественно к резус-антигену (антигену D), реже к антигену Duffy и Kell) или к тромбоцитам.

Изосерологическая несовместимость (изоиммунизация) – это образование в крови матери антител в ответ на проникновение антигенов плода, несовместимых либо по группе, либо по резус-фактору.

Гемолитическая болезнь плода (ГБП) - заболевание, характеризующееся гемолизом резус- положительных эритроцитов плода под воздействием анти-Rh (D) антител матери, проникающих в кровотоки плода через плацентарный барьер, при несовместимости крови матери и плода по системе резус, и проявляющееся развитием анемии, увеличением числа бластных форм эритроцитов, повышением концентрации билирубина в крови плода/новорожденного.

**Патогенез резус-сенсibilизации**

После первой беременности резус-отрицательной женщины резус-положительным плодом в материнском организме в некотором количестве образуются антирезус-антитела. При повторном попадании резус-антигенов в сенсibilизированный организм матери инициируется быстрая и массивная продукция IgG, которые вследствие низкой молекулярной массы способны проникать через плацентарный барьер. Проникновение антител в плодовые кровотоки приводит к гемолизу резус-положительных эритроцитов плода.

Диагностика резус-сенсibilизации основывается на постановке прямой и непрямой пробы Кумбса, при которой с помощью антиглобулиновой сыворотки

определяют резус-антитела в крови матери. Резус-сенсibilизация определяется при титре антител 1:4 и более, а клинически значимый риск для плода возникает при титре антител 1:16 и более. Ультразвуковое исследование выполняют начиная с 20-й недели беременности, далее – каждые 4 недели. С 32-й недели – каждые 2 недели, при подозрении на гемолитическую болезнь плода – каждые 3 дня.

Ультразвуковые признаки гемолитической анемии плода: увеличение толщины плаценты на 0,5–1 см по сравнению с нормальной; гепатоспленомегалия; увеличение окружности живота; многоводие; асцит, кардиомегалия, перикардальный выпот, гидроторакс; • повышенная эхогенность кишечника; «двойной контур» головки плода; патологическое положение плода (поза «Будды»); расширение вены пуповины более 10 мм.

Акушерские осложнения, способствующие резус-сенсibilизации

I триместр: внематочная беременность; самопроизвольный аборт; медицинский аборт (при условии, что эти осложнения возникли в сроки более 7–8 нед. беременности)

II триместр: спонтанное или индуцированное прерывание беременности; инвазивные процедуры (амниоцентез, биопсия хориона)

III триместр: преждевременные роды; отслойка плаценты; преэклампсия; многоплодная беременность

Роды и послеродовой период: ручное отделение и выделение плаценты; кесарево сечение; наложение акушерских щипцов

Показания к амниоцентезу:

- Титр антител 1:16 и выше.
- Нарастание титра в динамике +/- анте- или постнатальная гибель плода в анамнезе.
- Повторный амниоцентез (выполняют с интервалом от 1 до 4 нед.).

Сроки выполнения амниоцентеза – 24–26-я неделя [наиболее ранний срок выполнения – 15–18-я неделя (для определения группы крови и резус-фактора плода)]. При амниоцентезе забирают до 10 мл околоплодных вод и методом спектрофотометрии определяют оптическую плотность билирубина в околоплодных водах. Оптимальным диагностическим тестом при ГБП является определение концентрации гемоглобина и непрямого билирубина в крови плода, полученной путем кордоцентеза. Кордоцентез можно выполнять начиная с 18-й недели беременности. До 20-й недели возможно проведение интраперитонеальной трансфузии. После 35-й недели предпочтительнее родоразрешение. Единственным веским показанием к этим вмешательствам являются данные доплерометрии, свидетельствующие об анемии у плода, или высокая оптическая плотность билирубина в околоплодных водах. Другие показания к выполнению инвазивных вмешательств у сенсibilизированных пациенток относительны, так как они усиливают сенсibilизацию. При проведении кордоцентеза кровь плода исследуют на группу крови и Rh, а также определяют Hb и Ht, уровень билирубина, КОС.

Беременные женщины с резус-отрицательной кровью

При постановке беременной на учет в женской консультации необходимо

особое внимание уделять сбору анамнеза, который позволяет выявить возможность сенсбилизации.

#### Тест Клейхауэра–Бетке

- Определение HbF в материнском кровотоке.
- Показан при подозрении на фетоматеринскую трансфузию.
- Позволяет выявить в материнской крови эритроциты плода с помощью техники отмывания на предметном стекле.
- Мазок материнской крови фиксируют и инкубируют в кислотном буфере. Hb взрослого вымывается из эритроцитов, фетальный Hb устойчив к вымыванию.
- После окрашивания мазка клетки с фетальным гемоглобином выглядят темными, материнские эритроциты – прозрачные.
- Наличие клеток плода говорит о фетоматеринской трансфузии при их количестве более 4‰.

#### Ведение беременных с резус-отрицательной кровью

- При постановке на учет определяют группу крови, Rh и титр антител.
- До 32-й недели титр антирезус-антител определяют ежемесячно, с 32-й по 35-ю неделю – 2 раза в месяц, с 35-й недели – 1 раз в неделю.
- Если при сроке беременности 28 нед. антирезус-антитела отсутствуют, профилактически вводят антирезус(D)-иммуноглобулин в дозе 300 мкг внутримышечно. В первые 72 часа после родов препарат вводят повторно в дозе 300 мкг внутримышечно. Если при сроке 28 нед. антирезус-иммуноглобулин не вводят, необходимо контролировать уровень антител, а в послеродовом периоде в первые 72 часа ввести 300 мкг антирезус-иммуноглобулина.
- При выявлении антирезус-антител в титре 1:4–1:16 необходимо повторное определение титра антител через 7–14 дней. При двукратном увеличении титра антител или изначальном 1:32 показан амнио- или кордоцентез.

#### Показания к досрочному родоразрешению

- Достижение 34-недельного срока беременности и высокой оптической плотности непрямого билирубина в амниотической жидкости.
- Достижение 34-недельного срока беременности и уровень Ht плода ниже 30%.
- Ультразвуковые признаки ГБП при 34-недельной беременности.
- Если при беременности до 34 нед. имеются перечисленные выше признаки, показано заменное переливание крови или экстренное родоразрешение после проведения профилактики дистресс-синдрома плода.
- Эффективно применение фенобарбитала в течение 7 дней до родоразрешения для индукции созревания ферментов печени плода.

#### Профилактика резус-сенсбилизации

- Введение антирезус-иммуноглобулина в дозе 300 мкг на 28-й неделе беременности и в первые 72 часа послеродового периода всем женщинам с резус-отрицательной кровью при рождении резус-положительного ребенка.
- Введение антирезус-иммуноглобулина всем неиммунизированным женщинам с резус-отрицательной кровью после проведения процедур, сопровождающихся опасностью фетоплацентарной трансфузии [искусственный аборт, внематочная беременность, инвазивные манипуляции (амниоцентез, кордоцентез), кровотечение во время беременности (предлежание плаценты,

преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты), трансфузии компонентов крови, ручное отделение плаценты и выделение последа, кесарево сечение, наложение акушерских щипцов. В I триместре доза антирезус-иммуноглобулина составляет 75–100 мкг.

**Вопрос 2** Преждевременные роды. Классификация. Факторы риска развития. Профилактика.

Ответ

Преждевременными называют роды, наступившие в сроки беременности от 22 до 36 нед. и 6 дней (154–259 дней) начиная с первого дня последней менструации при регулярном менструальном цикле, при этом масса тела плода составляет от 500 до 2500 г.

Классификация ИР в соответствии со сроком гестации:

- до 28 недель (27 недель 6 дней включительно) - очень ранние ПР, 5% всех преждевременных родов. При этом новорожденные являются глубоко недоношенными, имеют экстремально низкую массу тела (до выраженную незрелость легких (хотя в ряде случаев профилактика РДС эффективна). Прогноз для них крайне неблагоприятный. Показатели заболеваемости и смертности новорожденных крайне высокие.
- 28-30 недель 6 дней - ранние ПР, около 15% всех преждевременных родов. Для новорожденных (тяжелая недоношенность) характерна очень низкая масса тела (до 1500 г), легкие плода незрелые, кортикостероидов удается добиться их ускоренного созревания. Исход родов для плода и постнатальный прогноз более благоприятны.
- 31-33 недели 6 дней - преждевременные роды, около 20% всех преждевременных родов. У новорожденных имеет место недоношенность средней степени.
- 34-36 недель 6 дней - поздние преждевременные роды, 70% всех преждевременных родов. Легкие плода практически зрелые и не требуют введения средств для стимуляции созревания (сурфактанта). Инфекционная заболеваемость новорожденных, родившихся в 34-37 недель беременности, значительно ниже, чем родившихся в более ранние сроки. Пролонгирование беременности при этом сроке не оказывает существенного влияния на показатели смертности новорожденных.

Факторы риска ПР:

Связанные с прошлыми беременностями и/или перенесенными операциями: однократные или более ПР в анамнезе; один или более поздний аборт; два или более медицинских аборта; многократные роды в анамнезе (>4); конизация/ампутация шейки матки.

Относящиеся к данной беременности: низкий социально-экономический уровень жизни; стрессовая ситуация на работе и/или в семье; возраст менее 18 или более 34 лет; многоплодная/индуцированная беременность; алкогольная/никотиновая/лекарственная зависимость; цервико-вагинальная инфекция; маточные кровотечения; предлежание плаценты; инфекция мочевыводящих путей (бессимптомная бактериурия); многоводие; сахарный

диабет (тяжелые формы); тяжелая экстрагенитальная патология; гипертермия; хирургические вмешательства при данной беременности; травмы.

Профилактика преждевременных родов

Первичная профилактика (вне беременности):

- ограничение повторных внутриматочных манипуляций (выскабливание полости матки);
- ограничение количества переносимых эмбрионов при ВРТ.

*Не рекомендуется:*

- рутинное применение поливитаминов до зачатия;
- назначение белково-энергетических пищевых добавок в период беременности;
- дополнительный прием кальция во время беременности;
- дополнительный прием антиоксидантов – витаминов С и Е;
- постельный режим;
- гидратация, используемая в целях нормализации фетоплацентарного кровотока.

Вторичная профилактика (в период беременности):

- внедрение антитабачных программ среди беременных;
- назначение вагинального прогестерона в капсулах беременным с короткой шейкой матки (10–25 мм) или с ПР в анамнезе.

**Вопрос 3** Первичная слабость родовой деятельности. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика.

Ответ

Под аномалиями родовой деятельности понимают расстройства сократительной деятельности матки, приводящие к нарушению механизма раскрытия шейки матки и/или продвижения плода по родовому каналу. Эти расстройства могут касаться любого показателя сократительной деятельности – тонуса матки, интервала между сокращениями, интенсивности, продолжительности, ритмичности, частоты и координированности сокращений.

Классификация: патологический прелиминарный период; первичная слабость родовой деятельности; вторичная слабость родовой деятельности (слабость потуг как ее вариант); чрезмерно сильная родовая деятельность с быстрым и стремительным течением родов; дискоординированная родовая деятельность.

Первичная слабость родовой деятельности. Клинически первичная слабость родовой деятельности проявляется редкими слабыми непродолжительными схватками в латентную фазу I периода родов. По мере прогрессирования родового акта сила, продолжительность и частота схваток не нарастают либо увеличение этих параметров выражено незначительно. Для первичной слабости родовой деятельности характерны определенные клинические признаки: сниженная возбудимость и тонус матки. Схватки с самого начала родовой деятельности остаются редкими, короткими, слабыми (15–20 с): – частота за 10 мин не превышает 1–2 схватки; – сила сокращения слабая; схватки носят регулярный характер, безболезненные или малоболезненные; отсутствие прогрессирующего раскрытия шейки матки (менее 1 см/ч у повторнородящих, 0,5 см/ч у первородящих в латентную фазу родов и менее 1 см/ч в активную фазу родов); длительное стояние предлежащей части во входе в малый таз; вялый плодный пузырь, слабо наливающийся в схватку (функционально неполноценный); отсутствие растягивания краев маточного зева во время схватки при влажной исследовании.

Диагноз основывают на: оценке основных показателей сократительной деятельности матки; замедлении темпа раскрытия маточного зева; отсутствии

поступательного движения предлежащей части плода. Латентной фазой считают промежуток времени от начала регулярных схваток до появления структурных изменений в шейке матки (до раскрытия маточного зева на 4 см). В норме раскрытие маточного зева в латентную фазу I периода у первородящих происходит со скоростью 0,4–0,5 см/ч, у повторнородящих — 0,6–0,8 см/ч. Общая продолжительность этой фазы составляет у первородящих около 7 ч, у повторнородящих — 5 ч. При слабости родовой деятельности сглаживание шейки матки и раскрытие маточного зева замедляется (менее 1–1,2 см/ч). Обязательное диагностическое мероприятие в подобной ситуации — оценка состояния плода, которая служит методом для выбора адекватного ведения родов.

Терапия первичной слабости родовой деятельности должна быть строго индивидуальной. Выбор метода лечения зависит от состояния роженицы и плода, наличия сопутствующей акушерской или экстрагенитальной патологии, продолжительности родового акта. В состав лечебных мероприятий входят: амниотомия; назначение комплекса средств, усиливающих действие эндогенных и экзогенных утеротоников; введение препаратов непосредственно увеличивающих интенсивность схваток; применение спазмолитиков; профилактика гипоксии плода.

Показанием для амниотомии служит неполноценность плодного пузыря (плоский пузырь) или многоводие. Главное условие для данной манипуляции — раскрытие маточного зева на 3–4 см. Амниотомия может способствовать выработке эндогенных ПГ и усилению родовой деятельности.

В тех случаях, когда слабость родовой деятельности диагностирована при раскрытии маточного зева 4 см и более, целесообразно использовать ПГ-F2a (динопрост 5 мг). Препарат вводят внутривенно капельно, разведённый в 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида с начальной скоростью 2,5 мкг/мин. Обязателен мониторинг за характером схваток и сердцебиением плода. При недостаточном усилении родовой деятельности скорость введения раствора можно увеличивать вдвое каждые 30 мин, но не более чем до 20 мкг/мин, так как передозировка ПГ-F2a может привести к чрезмерной активности миометрия вплоть до развития гипертенуза матки.

**Вопрос 4** Клинически узкий таз. Причины. Диагностика. Акушерская тактика.

Ответ

Клинический узкий таз (связан с процессом родов) - это несоответствие между головкой плода и тазом матери, независимо от размеров последнего.

Частыми причинами клинически узкого таза является анатомическое сужение таза, крупный плод или их сочетание, неблагоприятные предлежания и вставления головки плода: лобное, лицевое или задний вид затылочного предлежания; высокое прямое стояние стреловидного шва; асинклитические вставления, разгибания головки при тазовом предлежании, гидроцефалия

Основными признаками клинически узкого таза являются: длительное (более 1 часа) стояние головки в плоскостях малого таза; нарушение синхронизации процессов раскрытия шейки матки и продвижения плода; выраженная конфигурация головки; образование большой родовой опухоли; неблагоприятные предлежания и вставления головки: задний вид, разгибательные варианты, асинклитизм, клиновидное вставление, высокое прямое стояние стреловидного шва; отсутствие продвижения головки плода при полном раскрытии шейки матки; несоответствие механизма родов форме таза; наличие болезненных схваток; беспокойное поведение роженицы; появление потуг при головке, расположенной выше, чем в узкой части полости малого таза; затруднение или прекращение самопроизвольного мочеиспускания; нарушение сократительной

деятельности матки; болезненность при пальпации нижнего сегмента; гипоксия плода; положительный признак Вастена.

Для определения признака Вастена ладонь располагают на поверхность симфиза и передвигают вверх, на область предлежащей головки. При положительном признаке Вастена передняя поверхность головки находится выше поверхности симфиза или на одном уровне, что указывает на несоответствие между тазом матери и головкой плода.

Несмотря на то, что несоответствие таза матери и головки плода свидетельствует о резком затруднении или невозможности его рождения через естественные родовые пути, которое происходит во втором периоде родов, признаки клинически узкого таза могут появиться уже в конце первого периода родов. К таким признакам относятся неблагоприятные формы вставления головки (задний вид, переднеголовное вставление, прямое стояние стреловидного шва), отек шейки матки, появление потуг при высоко расположенной головке (прижата ко входу в малый таз), чрезмерная конфигурация и отек головки.

Во втором периоде родов добавляются признаки: отсутствие продвижения головки, дальнейшее увеличение родовой опухоли, длительное стояние (более 1 часа) головки в одной плоскости. Затем присоединяются остальные.

#### Классификация клинически узкого таза

Относительное несоответствие (I степень). При первой степени клинически узкого таза признаками клинического несоответствия считают: вставление головки плода, характерное для данной формы узкого таза, её умеренная конфигурация. У первородящих, кроме того, наблюдается слабость родовой деятельности в конце первого периода родов.

Абсолютное несоответствие (II степень). Диагноз клинически узкого таза второй - третьей степени несоответствия включает следующие диагностические признаки: особенности вставления головки не соответствуют форме таза, имеет место выраженная конфигурация головки, выраженная родовая опухоль на головке плода, появляются потуги при высоко стоящей головке, женщина беспокойна, шейка матки свисает в виде рукава во влагалище, нижний сегмент матки резко болезненный, шейка матки отекает, отсутствует продвижение головки во время схватки при полном раскрытии шейки матки, появляются аномалии родовой деятельности, сукровичные выделения из родовых путей, имеет место гипоксия плода, нарушение мочеиспускания, признак Вастена положительный.

Ведение родов при клинически узком тазе. Течение родов при клинически узком тазе характеризуется большим числом осложнений, среди которых ведущее место занимает несвоевременное излитие околоплодных вод (50-60%) и аномалии родовой деятельности (40%); внутриутробная гипоксия плода (14%). Для решения вопроса о срочном абдоминальном родоразрешении при клинически узком тазе достаточно 2-3 признаков абсолютного несоответствия. Все роженицы с клинически узким тазом II степени несоответствия должны быть родоразрешены путем экстренной операции кесарева сечения. Проведение кесарева сечения при клинически узком тазе представляет определенные трудности, особенно при полном раскрытии шейки матки и при низком расположении головки. Во время операции обнаруживается резкое истощение нижнего сегмента матки, иногда - гематома на задней стенке матки. Повышенная кровоточивость требует дополнительного хирургического гемостаза и введения свежзамороженной плазмы при наличии капиллярного кровотечения, коагулопатии, геморрагического синдрома или массивной кровопотере.

## **Вопрос 5** Предлежание плаценты. Причины. Диагностика Тактика ведения.

Ответ

Предлежание плаценты – это патологическое состояние, при котором плацента располагается в области нижнего сегмента матки, при этом частично или полностью перекрывает внутренний зев. Предлежание плаценты встречается в 0,2–3% случаев всех беременностей. Материнская смертность достигает 0,9%. Частота осложнений у матери составляет 23%, перинатальные потери – 17–26%, а частота преждевременных родов – 20%. При наличии рубца на матке после кесарева сечения частота предлежания плаценты достигает 10%.

Полное предлежание плаценты – внутренний зев перекрыт дольками плаценты, плодные оболочки при влагалищном исследовании в пределах зева не определяются.

Неполное предлежание – нижний край плаценты находится у краев внутреннего зева, не заходя на них.

Низкое прикрепление плаценты характеризуется расположением плацентарной площадки в нижнем сегменте матки, но ее край при этом не достигает внутреннего зева.

Причины предлежания плаценты: хронический базальный эндомиометрит.; рубцовые и дистрофические изменения в слизистой оболочке матки; патология миометрия (миома матки, аденомиоз, пороки развития матки); кесарево сечение в анамнезе; многоплодная беременность.

Клиническая картина предлежания плаценты: возможные эпизоды кровотечений без болевого синдрома и повышенного тонуса матки; наружное кровотечение алой кровью, наружный объем кровопотери соответствует состоянию больной; высокое расположение предлежащей части плода или неправильное его положение; развитие признаков дистресса плода, степень дистресса плода соответствует объему наружной кровопотери.

Тактика ведения беременных с предлежанием плаценты. Наблюдение и лечение беременных при сроке свыше 22 нед. осуществляется в акушерском стационаре III уровня. Необходимо соблюдение строгого постельного режима с применением препаратов спазмолитического и токолитического действия. В плановом порядке кесарево сечение.

## **Вопрос 6** Послеродовое кровотечение. Алгоритм действия.

Ответ

Послеродовое кровотечение – это клинически значимая кровопотеря, составляющая  $\geq 500$  мл при родах через естественные родовые пути и  $\geq 1000$  мл при кесаревом сечении. Послеродовое кровотечение возникает в 5% всех родов.

Тактика ведения: оценка состояния и контроль жизненно важных функций организма (АД, пульс, температура тела, ЧДД); катетеризация мочевого пузыря – мочевой пузырь должен быть пустым; катетеризация 1 или 2 периферических вен для начала инфузии кристаллоидов в отношении 3:1 к объему кровопотери. Использование катетера 14-го или 16-го размера; согревание женщины (накрыть одеялом, поменять влажные простыни на сухие); определение группы крови, резус-фактора.

Очередность мероприятий при маточном кровотечении в раннем послеродовом периоде: 1-я очередь Окситоцин 2-я очередь Энзапрост начальная доза и способ введения 10 МЕ в/м или 5 ЕД в/в (медленно) 2,5 мг в мышцу (шейку) матки. Повторные дозы (первые 30 минут) 20 МЕ в/в капельно в 1 л раствора со скоростью 60 капель/ мин 2,5 мг каждые 15 минут максимальная доза (1–3 ч), не более 3 л жидкости, содержащей окситоцин 8 доз (20 мг)

После введения утеротонических препаратов для временного контроля за кровотечением проводится бимануальная компрессия матки. Техника: 1. Надеть стерильные перчатки, войдите рукой во влагалище и сожмите руку в кулак 2. Расположите кулак в переднем своде и надавите им на переднюю стенку матки. 3. Другой рукой через переднюю брюшную стенку надавите на заднюю стенку матки по направлению к руке, введенной во влагалище. 4. Продолжайте сдавливание, пока кровотечение не остановится и матка не начнет сокращаться.

При продолжающемся кровотечении (одновременно): мобилизация всего свободного персонала; оценка объема кровопотери; оценка состояния женщины, контроль жизненно важных функций организма (постоянный мониторинг АД, пульса, температуры тела, ЧДД) с ведением карты интенсивного наблюдения; продолжить по возможности быстрое введение кристаллоидов в отношении 3:1 к объему кровопотери; развернуть операционную (лучше раньше, чем поздно); клинический анализ крови (Hb, Ht, тромбоциты, время свертывания); коагулограмма; прикроватный тест на свертываемость; повернуть пациентку на бок и согреть; обеспечить подачу кислорода через маску со скоростью 8 л/мин.; обеспечить наличие препаратов крови: свежзамороженной плазмы, эритроцитарной массы в необходимом количестве.

Методами временной остановки кровотечения являются сдавливание брюшной аорты и внутриматочная тампонада.

Лапаротомия (поэтапный хирургический гемостаз)

1. Повторить инъекцию 1 дозы (0,25 мг) простагландина в матку.
2. Наложить хирургические компрессионные швы: по методике БалогунЛинча (Christopher Balogun-Lynch) при наличии разреза на матке или матрасного шва при сохраненной целостности полости матки.
3. Произвести последовательную перевязку сосудов (восходящих ветвей маточных артерий и ветвей яичниковых артерий с обеих сторон).
4. Перевязать внутренние подвздошные артерии.
5. Произвести экстирпацию матки без придатков.

**Вопрос 7** Послеродовый эндометрит. Причины. Диагностика. Лечение.

Ответ

Послеродовой эндомиометрит – это инфекционное воспаление внутренней поверхности матки и миометрия.

Возбудителями послеродового эндометрита являются ассоциации аэробных и анаэробных условно-патогенных микроорганизмов, входящих в состав нормальной микрофлоры половых путей у женщин: *Escherichia coli* (17– 35%), *Enterococcus faecalis* (37–52%), *Bacteroides fragilis* (5%). Также возбудителями служат бактерии *Proteus spp.*, *Klebsiella spp.*, *Enterobacter spp.*, *Fusobacterium spp.*, *Peptococcus spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, *Staphylococcus spp.* (*S. aureus* 3–14%) и *Chlamydia trachomatis* (2–5%).

Факторы риска: гематометра; дисбиотические и воспалительные заболевания нижних отделов родовых путей; послеродовые кровотечения; послеродовой травматизм; оперативное родоразрешение (кесарево сечение); большая продолжительность родов (в том числе продолжительность безводного промежутка более 12 ч); низкий социально-экономический статус пациенток; заболевания, вызывающие иммуносупрессию (ВИЧ, активные формы гепатита); задержка фрагментов последа в полости матки.

По клиническому течению различают легкую, среднетяжелую и тяжелую формы послеродового эндометрита.

## Клиническая картина:

- Классическая форма - на 1-5-е сутки после родов возникают: повышение температуры тела более 38° С; озноб; появление гнойных выделений из влагалища с неприятным запахом; болезненность внизу живота, особенно при пальпации (ощупывании) матки врачом; слабость, головные боли; сухость кожных покровов; повышение частоты сердечных сокращений (выше 100 ударов в минуту).
- Abortивная форма - проявляется на 2-4-е сутки после родов. Начинают развиваться симптомы, характерные для классической формы послеродового эндометрита, однако при начале лечения они быстро исчезают и состояние женщины улучшается.
- Стертая форма - возникает в более позднем периоде, на 5—7-е сутки после родов. Чаще всего имеет волнообразное течение — за периодом «болезни» следует период «улучшения», сменяющийся новым обострением заболевания. Для этой формы характерно: незначительное повышение температуры тела (менее 38°С); отсутствие озноба; нормальное самочувствие женщины (нет слабости, головных болей); боли внизу живота незначительные.

Диагностика основывается на данных анамнеза, результатах физикального, лабораторного, бактериологического (исследование образцов тканей или экссудата) и инструментального (УЗИ, гистероскопия) исследования. В клиническом анализе крови отмечается лейкоцитоз со сдвигом формулы влево (до 10% и более незрелых форм).

Эхографические признаки послеродового эндометрита и нарушения процессов репарации в области шва на матке: субинволюция матки; увеличение матки и расширение ее полости; наличие в полости матки различных по величине и эхогенности включений; прерывистые или непрерывные линейные эхопозитивные структуры на стенках матки, связанные с отложениями фибрина; неоднородность миометрия (в области рубца, передней и задней стенок матки); локальное изменение структуры миометрия в области швов в виде участков пониженной эхогенности; деформация полости матки в области рубца («ниша») при несостоятельности шва на матке; усиление сосудистого рисунка, появление резко расширенных сосудов; отсутствие положительной динамики при наличии гематом в области послеоперационного шва; пузырьки газа в полости матки в виде точечных эхопозитивных включений.

Гистероскопию выполняют не только с диагностической (в том числе биопсия), но и с лечебной целью: санация полости матки, введение антисептиков и др.

Лечение послеродового эндометрита комплексное и включает медикаментозную терапию (антибактериальную, инфузионную, противовоспалительную, десенсибилизирующую, седативную и др.), немедикаментозную терапию [при стихании воспалительного процесса: физиотерапия (ультрафиолетовое облучение крови, лазерное облучение крови, озонотерапия, диадинамотерапия, лечение синусоидальным модулированным током, флюктуоризация, электрофорез йода)] и при необходимости — хирургическое вмешательство. Длительность терапии составляет 7–10 дней. Через 24–48 ч после клинического улучшения возможен перевод пациентки на пероральный прием препаратов. Лечение является эффективным в случае купирования основных симптомов заболевания в течение 48–72 ч.

Рекомендуемые схемы антибактериальной терапии:

- Амоксициллин+клавулановая кислота (в дозе 1,2 г в/в 3 раза/сут.).
- Цефалоспорины II–III поколения [цефуроксим (по 1,5 г в/в 3 раза/сут.) или цефтриаксон (в дозе 2,0 г в/в 1 раз/сут.)] в сочетании с метронидазолом (в дозе 500 мг в/в 3 раза/сут.).
- Клиндамицин (в дозе 900 мг в/в 3 раза/сут.) в сочетании с гентамицином (в дозе 5 мг/кг на одно внутривенное или внутримышечное введение 1 раз/сут.).

Для профилактики кандидоза применяют флуконазол (150 мг однократно) в конце антибиотикотерапии, по показаниям – повторно через 3 дня.

При выявлении анаэробной флоры: метронидазол (в дозе 200 мг 3 раза/сут. внутривенно струйно или капельно каждые 8 часов) с последующим переходом к схеме перорального приема. Для потенцирования действия антибиотиков назначают протеолитическую терапию.

Утеротоническая терапия включает в себя введение окситоцина в дозе 5 МЕ в/м или в/в.

При тяжелой интоксикации показаны экстракорпоральная детоксикация (плазмаферез), парентеральное введение 5% раствора глюкозы, декстранов, повидона (гемодез), белковых препаратов.

Общий объем переливаемой жидкости составляет 2,5 л.

Хирургическое лечение

Показано при выявлении остатков плацентарной ткани, плодных оболочек, а также при гемато- или лохиометре. Проводятся вакуум-аспирация, кюретаж. По окончании санации необходим лаваж полости матки антисептиками (полигексанид) 2 раза/сут. (в течение 2–3 сут.).

Профилактика

Во всех случаях при выполнении кесарева сечения показано однократное интраоперационное (после пережатия пуповины) введение одной терапевтической дозы антибиотика широкого спектра действия:

- цефалоспорины I–II поколения (цефазолин, цефутоксим);
- аминопенициллин с ингибитором  $\beta$ -лактамаз (амокксициллин + клавулановая кислота). По показаниям проводят плановую дородовую санацию родовых путей.

**Вопрос 8** Разгибательные предлежания плода. Биомеханизм родов при переднеголовном предлежании.

Ответ

Различают: переднеголовное, лобное и лицевое (ко входу в малый таз обращены соответственно теменная область, лоб или лицо плода). Причины разгибательных предлежаний: сниженный тонус матки, ее некоординированные сокращения, слабый брюшной пресс, узкий таз, пониженный тонус мускулатуры дна таза, слишком маленькие или, наоборот, большие размеры плода, боковое смещение матки. Роды при разгибательных предлежаниях головки плода относятся к патологическим.

Переднеголовное предлежание плода (I степень разгибания): большой родничок является проводной точкой, головка прямым размером проходит плоскости малого таза. Прямой размер – это расстояние от надпереносья до наружного затылочного выступа (12 см).

Лобное предлежание (II степень разгибания): проводной точкой является лоб. Головка проходит все плоскости таза большим косым размером (расстояние от

подбородка до наружного затылочного выступа, составляет 13–13,5 см)

Лицевое предлежание плода (III степень разгибания): проводная точка – подбородок. Головка проходит родовые пути вертикальным размером (расстояние от подъязычной кости до середины большого родничка, составляет 9,5–10 см).

Биомеханизм родов при разгибательном предлежании включает в себя пять основных моментов.

Первый момент – разгибание головки, степень которого определяется вариантом предлежания. Второй момент – внутренний поворот головки с образованием заднего вида (затылок размещается в крестцовой впадине). Третий момент – сгибание головки плода после образования точки фиксации у нижнего края лобкового симфиза. При переднеголовном предлежании ею является лоб, при лобном – область верхней челюсти, при лицевом – подъязычная кость. Во время третьего момента механизма родов при лицевом предлежании рождается головка.

Четвертый момент при переднеголовном и лобном предлежании заключается в разгибании головки после фиксации затылка у вершины копчика. Четвертый момент (при лицевом предлежании) и пятый момент (при переднеголовном и лобном предлежаниях) включают в себя внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки.

При переднеголовном предлежании головка плода в результате изменения конфигурации становится брахицефалической, т.е. вытянутой в сторону темени. При лобном предлежании головка вытягивается в сторону лба. При лицевом предлежании вытягиваются губы и подбородок плода. При разгибательных головных предлежаниях возможны и другие аномалии вставления головки: высокое прямое стояние головки, низкое (глубокое) поперечное стояние головки, асинклитизм.

Диагноз переднеголовного предлежания плода ставят на основании данных влагалищного исследования: большой и малый роднички головки плода находятся на одном уровне или большой ниже малого. Роды происходят через естественные родовые пути, ведение их имеет выжидательный характер. Если имеются показания (гипоксия плода, спазм и ригидность мышц родового канала) и соответствующие условия, можно оказать инструментальное пособие в виде наложения акушерских щипцов или использования вакуум-экстрактора. Защита промежности роженицы проводится так же, как и при затылочном предлежании. Кесарево сечение необходимо при несоответствии размеров таза роженицы и головки плода.

### **Вопрос 9** Признаки отделения плаценты.

Ответ

Признак Шредера: после отделения плаценты тело матки сокращается, становится более плотным, контуры его более четкими, хорошо видимыми глазом. Матка становится более узкой и плоской. В связи с тем, что плацента перемещается в нижний сегмент матки или во влагалище, дно матки поднимается и определяется на 4–5 см выше пупка несколько правее от него. При этом над лобком появляется мягкое возвышение.

Признак Альфельда. После того как отделенная плацента опустилась в нижний сегмент матки или во влагалище, удлиняется наружный отрезок пуповины. Для наблюдения за этим признаком необходимо сразу после рождения младенца наложить на пуповину на уровне половой щели зажим Кохера или лигатуру. После отделения плаценты зажим оказывается на расстоянии 10–12 см от половой щели.

Признак Клейна. Необходимо попросить роженицу потужиться. При этом пуповина выходит за пределы половой щели. Если после прекращения потуги пуповина не втягивается обратно, значит, плацента отделена.

Признак Штрассмана является одним из наиболее достоверных и проверяется следующим образом: стоя сбоку от роженицы, необходимо одной рукой взять пуповину выше наложенного зажима и слегка сдавить ее. Вторая рука производит легкое поколачивание по матке в различных ее участках. Если плацента еще соединена со стенкой матки, то поколачивание матки по крови, заполняющей межворсинчатые пространства, передается на содержимое капилляров ворсинок, а из них – крови, наполняющей вену пуповины. Рука, держащая пуповину, почувствует при этом легкий толчок – флюктуацию. При отделившейся плаценте флюктуация отсутствует

Признак Чукалова–Кюстнера. Если надавить ребром ладони на переднюю брюшную стенку в надлобковой области, то при неотделившейся плаценте пуповина втягивается во влагалище. При отделившейся плаценте пуповина не втягивается.

### **Вопрос 10** Эклампсия. Причины. Акушерская тактика.

Ответ

Эклампсия – развитие судорожного приступа, серии судорожных приступов на фоне преэклампсии при отсутствии других причин, способных вызвать судорожный припадок. Типичный симптом – приступ судорог поперечнополосатой мускулатуры всего тела, продолжающийся в среднем 1–2 мин и состоящий из четырех последовательно сменяющихся фаз: 1-я фаза – мелкие фибриллярные подергивания мышц лица, век (продолжительность 30 с); 2-я фаза (наиболее опасная) – тонические судороги всех мышц тела, в том числе дыхательной мускулатуры (продолжительность 10–20 с); 3-я фаза – клонические судороги (продолжительность 30 с–1,5 мин); 4-я фаза – разрешение припадка. Из рта выделяется пена, окрашенная кровью, лицо постепенно розовеет. Начинает прощупываться пульс. Зрачки постепенно сужаются. После припадка следует коматозное состояние. Больная без сознания, громко дышит.

Редкая и чрезвычайно тяжелая форма эклампсии – бессудорожная. Характерными симптомами являются головная боль, потемнение в глазах, слепота, высокое АД, коматозное состояние. Такая форма эклампсии часто связана с кровоизлияниями в мозг.

Диагностика: выявление характерных для гестоза симптомов: отеки, АГ, протеинурия; контроль массы тела, АД в динамике на обеих руках, суточное мониторирование АД.

- Клинический анализ крови ( $\downarrow$ тромбоциты,  $\uparrow$ Ht), биохимический анализ крови ( $\downarrow$ альбумин,  $\uparrow$ креатинин,  $\uparrow$ мочевая кислота,  $\uparrow$ печеночные ферменты), исследование коагуляционных свойств крови, общий анализ мочи, определение количества белка в суточной моче ( $\geq 300$  мг), суточный диурез.
- Показания к КТ или МРТ: судорожный приступ до 20-й недели или через 48 ч после родов; эклампсия, резистентная к терапии магния сульфатом; появление грубой очаговой неврологической симптоматики (гемипарез), кома.
- УЗИ, доплерометрия, КТГ плода.
- Осмотр терапевта, нефролога, невролога, окулиста – исследование состояния глазного дна, анестезиолога-реаниматолога (по показаниям).

Акушерская тактика.

- Беременных с тяжелым гестозом, преэклампсией, эклампсией экстренно

госпитализируют в ближайший акушерский стационар, имеющий отделение интенсивной терапии и отделение для выхаживания недоношенных детей.

- Лечение проводится совместно с анестезиологами-реаниматологами в отделении интенсивной терапии.
- При выявлении тяжелых форм преэклампсии (HELLP-синдром, острый жировой гепатоз, эклампсия) незамедлительно информируют главного врача родильного дома или заместителя главного врача по родовспоможению ГКБ.

## **Ситуационные задачи для прохождения промежуточной аттестации**

### Задача 1.

В приемное отделение родильного дома по направлению врача женской консультации поступила беременная 35 лет. Срок беременности 14–15 нед. Беременность вторая. Первая беременность закончилась преждевременными оперативными родами в 36 нед. в связи с тяжелой преэклампсией. В анамнезе хронический пиелонефрит в стадии ремиссии. Вне беременности эпизодов повышения АД не отмечала. В течение последних 2 недель отмечает появление отеков нижних конечностей, кистей рук. На момент осмотра жалоб не предъявляет. При обследовании: АД 135/90 мм рт.ст., протеинурия 0,25 г/л. По данным УЗИ размеры плода соответствуют сроку беременности, показатели кровотока нормальные.

1. Диагноз.
2. Нуждается ли пациентка в госпитализации?
3. Целесообразно ли проведение гипотензивной терапии?
4. Методы профилактики преэклампсии.

Ответ.

- 1) Беременность 14–15 нед. Рубец на матке после кесарева сечения. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Отягощенный соматический анамнез: хронический пиелонефрит в стадии ремиссии.
- 2) Не нуждается. Показано динамическое наблюдение за состоянием беременной и плода в амбулаторных условиях, обследование мочевыделительной системы.
- 3) Нецелесообразно при АД менее 140/90 мм рт.ст.
- 4) Беременным группы высокого риска по преэклампсии рекомендуется прием аспирина (75 мг/сут.) с 12-й недели до родов, беременным с низким потреблением кальция – препараты кальция (не менее 1 г/сут.).

### Задача 2.

В родильный дом бригадой скорой медицинской помощи доставлена беременная 25 лет с жалобами на повышение АД, отеки нижних конечностей. Срок беременности 34–35 нед. При поступлении АД 150/100 мм рт.ст. По данным лабораторных исследований протеинурия 1,2 г/л, тромбоцитов в крови  $150 \times 10^9$ /л. По данным УЗИ определяется один плод в головном предлежании, размеры плода соответствуют сроку беременности. Допплерометрия:

нарушение кровотока в правой маточной артерии.

1) Диагноз.

2) Тактика ведения, терапия.

3) На 3-и сутки пребывания в стационаре на фоне терапии зафиксировано повышение АД до 170/110 мм рт.ст., появилась головная боль. По данным лабораторных исследований протеинурия 3,5 г/л, тромбоциты  $95 \times 10^9$ /л. При влагалищном исследовании: шейка матки 2,5 см, отклонена кзади, плотная, цервикальный канал закрыт. Диагноз, дальнейшая тактика?

Ответ.

1) Беременность 34–35 нед. Головное предлежание. Умеренно выраженная преэклампсия. Фетоплацентарная недостаточность, компенсированная форма. Нарушение маточно-плацентарного кровообращения 1А.

2) Госпитализация в отделение патологии беременных, терапия сульфатом магния ( $MgSO_4$ ): 25% раствор 24 мл внутривенно в течение 15 мин, затем 4–8 мл/ч инфузوماتом, антигипертензивная терапия (нифедипин 10 мг под контролем АД, затем Допегит 250 мг 2–3 раза/сут.), динамическое наблюдение за состоянием беременной и плода (КТГ ежедневно, доплерометрия 1 раз в 3 дня), мониторинг клинико-лабораторных показателей.

3) Тяжелая преэклампсия. Продолжить терапию преэклампсии, инфузионная терапия (кристаллоиды) под контролем диуреза, готовить к срочному оперативному родоразрешению (часы). Терапию сульфатом магния продолжать в течение 24 ч после родоразрешения.

Задача 3.

В родильный дом бригадой скорой медицинской помощи доставлена беременная в бессознательном состоянии. Медицинской документации при себе нет. Со слов очевидцев, на улице случился припадок, сопровождавшийся потерей сознания и судорогами. При поступлении АД 110/65 мм рт.ст., пульс 95 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Живот увеличен соответственно доношенному сроку беременности. Отмечаются выраженные отеки нижних конечностей, передней брюшной стенки. Матка в гипертонусе. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное 90 сокращений/мин. Влагалищное исследование: шейка матки центрирована, длиной 2 см, умеренно размягчена, цервикальный канал пропускает 1 палец. Плодный пузырь цел, головка плода прижата ко входу в малый таз. Выделения из половых путей кровянистые.

1) Диагноз.

2) Неотложная помощь

3) Какие обследования необходимо произвести для уточнения диагноза?

4) Родоразрешение: срочность, метод.

Ответ.

1) Доношенная беременность. Головное предлежание. Экламптическая кома. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

2) Катетеризация периферической вены толстым катетером, магниезиальная

терапия (4 г в течение 5 мин, затем поддерживающая терапия 1–2 г/ч под контролем АД и ЧСС), миорелаксация, интубация, ИВЛ.

3) За время проведения неотложных мероприятий выполнить УЗИ для подтверждения преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

4) Экстренное (минуты) кесарево сечение. Магнезильную терапию продолжать в течение 24 ч после родоразрешения.

#### Задача 4.

В родильный дом бригадой скорой медицинской помощи доставлена беременная бихориальной биамниотической двойней с жалобами на тянущие боли внизу живота. Срок беременности 27–28 нед. Сердцебиение первого плода ясное, ритмичное, 150 уд./мин, сердцебиение второго плода не определяется. При осмотре: матка в тонусе, возбудима при пальпации, шейка матки длиной 2 см, умеренно размягчена, цервикальный канал пропускает кончик пальца, плодные оболочки целы. По данным УЗИ, первый плод в головном предлежании, размеры соответствуют сроку беременности, сердцебиение определяется, второй плод в тазовом предлежании, фетометрические показатели отстают на 3 нед., сердцебиение не определяется. Выделения из половых путей слизистые.

1) Диагноз.

2) Тактика: неотложная помощь, маршрутизация, план ведения беременности, метод и сроки родоразрешения.

Ответ.

1) Беременность 27–28 нед. Бихориальная биамниотическая двойня. Головное предлежание первого плода. Антенатальная гибель второго плода. Угроза преждевременных родов.

2) Острый токолиз в течение 48 ч с целью профилактики РДС у плода и перевода беременной в перинатальный центр. Профилактика коагулопатических осложнений. Динамическое наблюдение за состоянием плода (УЗИ, доплерометрия). Подготовка к оперативному родоразрешению. Экстренное кесарево сечение при появлении признаков страдания плода.

#### Задача 5.

В родильный дом бригадой скорой медицинской помощи доставлена повторнородящая с жалобами на излитие околоплодных вод, нерегулярные тянущие боли внизу живота. В женской консультации не наблюдалась. Срок беременности по дате последней менструации 37 нед. Окружность живота 119 см, высота стояния дна матки 41 см. Размеры таза нормальные. Вторым приемом Леопольда определяется много мелких частей. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. При аускультации определяется сердцебиение плода справа ниже пупка 140 уд./мин и слева на уровне пупка 130 уд./мин. По данным УЗИ, определяются два плода в головном предлежании, две плаценты, два амниона, размеры плодов соответствуют сроку беременности, масса первого плода 2900 г, второго плода – 2700 г. Шейка матки сглажена, открытие маточного зева

1–2 см, плодного пузыря нет, головка плода прижата ко входу в малый таз, подтекают светлые околоплодные воды.

- 1) Диагноз.
- 2) Тактика.
- 3) План ведения родов.

Ответ.

1) Беременность 37 нед. Бихориальная биамниотическая двойня. Головное предлежание первого плода. Преждевременное излитие околоплодных вод.

2) Госпитализировать в родильное отделение, следить за развитием регулярной родовой деятельности в течение 12 ч.

3) Роды через естественные родовые пути, под кардиомониторным наблюдением за состоянием плодов и с мерами профилактики кровотечения в III периоде родов и в раннем послеродовом периоде. После рождения первого плода произвести влагалищное исследование, роды вести соответственно акушерской ситуации.

Задача 6.

В родильный дом бригадой скорой медицинской помощи доставлена первородящая 22 лет с жалобами на тянущие боли внизу живота. Срок беременности 34–35 нед. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд./мин. Положение плода продольное, тазовый конец плода расположен низко над входом в малый таз (тазовое предлежание). Матка при пальпации возбудима. Влагалищное исследование: шейка матки длиной 1 см, центрирована, размягчена. Цервикальный канал пропускает два пальца. Плодный пузырь цел. Определяются ягодички плода. Выделения из половых путей слизистые.

- 1) Диагноз.
- 2) Тактика ведения родов.

Ответ.

1) Беременность 34–35 нед. Чистое ягодичное предлежание. Угроза преждевременных родов. Истмико-цервикальная недостаточность.

2) Госпитализация в отделение патологии беременных. Пролонгирование беременности. Массивный токолиз (Гинипрал) в течение 48 ч. При положительном эффекте – перевод на таблетированную форму препарата. Если нужно, устанавливают акушерский пессарий. При отсутствии эффекта от токолиза – родоразрешение путем кесарева сечения.

Задача 7.

Состоялись срочные роды одним плодом в переднем виде затылочного предлежания у первородящей 20 лет без сопутствующей соматической патологии. Длительность I периода 7 ч, II периода 55 мин (потуги 20 мин). При открытии маточного зева на 3–4 см в связи с жалобами пациентки на чрезмерно болезненный характер схваток выполнена эпидуральная анестезия. При

открытии маточного зева 7 см самопроизвольно излились светлые околоплодные воды в количестве примерно 250 мл, безводный промежуток 1 ч 15 мин. Родился живой доношенный мальчик массой 3400 г с длиной тела 52 см, без видимых травм и пороков развития, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. При прорезывании теменных бугров для профилактики кровотечения введен раствор метилэргобревина 1,0 в/в. Через 15 мин самостоятельно отделилась плацента и выделился послед. Плацента 22×24×2,5 см, целая, оболочки все, длина пуповины 60 см. В условиях продолженной эпидуральной анестезии родовые пути осмотрены в зеркалах – шейка матки целая, небольшой разрыв слизистой оболочки левой боковой стенки влагалища восстановлен тремя отдельными викриловыми швами, промежность цела. Общая кровопотеря 250 мл.

- 1) Можно ли отнести данные роды к нормальным?
- 2) Есть ли замечания по ведению родов?

Ответ.

1) Можно, соблюдены все условия нормальных родов. В соответствии с инструкцией, опубликованной в приказе Минздрава РФ №1130Н, роды могут быть обезболены; повреждения родовых путей незначительны.

2) Профилактика послеродового кровотечения осуществляется путем рутинного введения 10 ЕД окситоцина в/в либо в/м в 1-ю минуту после рождения плода. Допустимо применение карбетоцина в дозе 100 мкг (1 мл) в/в или в/м для предупреждения атонии матки у рожениц с повышенным риском послеродового кровотечения. Метилэргобревин для лечения послеродового кровотечения применяют по строгим показаниям: его нельзя вводить при гипертензии, сердечно-сосудистых заболеваниях, преэклампсии.

Задача 8.

В родильный дом бригадой скорой медицинской помощи доставлена первородящая 27 лет с жалобами на подтекание околоплодных вод, регулярные схваткообразные боли внизу живота с промежутками 15–20 мин, длящиеся 15–20 с. Срок беременности 39–40 нед. Со слов беременной, околоплодные воды излились 2 ч назад, светлые. При осмотре: положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд./мин. Влагалищное исследование: шейка матки 0,5 см, края мягкие, податливые, цервикальный канал пропускает два пальца, плодный пузырь не определяется, головка плода прижата ко входу в малый таз. Подтекают светлые околоплодные воды.

- 1) Диагноз.
- 2) Можно ли на данном этапе отнести роды к нормальным?
- 3) Тактика.

Ответ.

1) Беременность 39–40 нед. Головное предлежание. Дородовое излитие околоплодных вод.

2) Пациентка еще не вступила в роды, поэтому судить о том, являются ли они нормальными, невозможно.

3) Госпитализация в родильное отделение для наблюдения за развитием регулярной родовой деятельности в течение 12 ч безводного промежутка. Роды вести через естественные родовые пути под кардиомониторным наблюдением за состоянием плода, с профилактикой кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде (окситоцин 10 ЕД в/в в 1-ю минуту после рождения плода).

#### Задача 9.

На диспансерном учете в диагностическом клиническом центре при перинатальном центре состоит беременная 35 лет с резус-отрицательной кровью. Срок беременности 27–28 нед. Беременность вторая. Первая закончилась срочными родами без осложнений, после родов у ребенка диагностирована легкая форма ГБН. Из анамнеза: травматический разрыв селезенки в раннем детстве, переливание крови. При лабораторном исследовании выявлены антиэритроцитарные антитела в титре 1:128. По данным УЗИ определяется один плод в тазовом предлежании, размеры плода соответствуют сроку беременности, плацента утолщена, многоводие. Допплерометрия: НМПК 1А, значения максимальной скорости кровотока в средней мозговой артерии плода соответствуют зоне В.

- 1) Диагноз.
- 2) Какие диагностические исследования необходимо провести для оценки состояния плода?
- 3) Тактика ведения беременности в зависимости от полученных результатов.

#### Ответ

1) Беременность 27–28 нед. Тазовое предлежание. Резус-конфликтная беременность. Признаки ГБП по данным УЗИ. Фетоплацентарная недостаточность, компенсированная форма. Нарушение маточно-плацентарного кровообращения 1А.

2) Динамическое наблюдение. На данном сроке, учитывая соответствие максимального кровотока в средней мозговой артерии плода зоне В, показано контрольное измерение его через 5 дней. При достижении зоны А необходимо проведение кордоцентеза и заменного переливания крови. При стабилизации состояния показаны УЗИ и доплерометрия 1 раз в 2–3 нед. Контроль титра антител 1 раз в месяц.

#### Задача 10

В приемное отделение родильного дома доставлена повторнородящая 28 лет. Со слов пациентки, в течение 6 ч схватки регулярные, 20 мин назад излились светлые околоплодные воды. Срок беременности 38–39 нед. Размеры таза 26–29–30–18,5 см. Окружность живота 85 см, высота стояния дна матки 35 см. Схватки каждые 2 минуты, длятся 40–45 с, достаточно сильные, болезненные. Между схватками матка расслабляется полностью, при пальпации безболезненна во всех отделах. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 144 уд./мин, выслушивается ниже пупка. Положение плода

продольное, над лобком головка не определяется. Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, вся внутренняя поверхность лобкового симфиза и 2/3 крестцовой впадины заняты головкой плода. Плодный пузырь не определяется, стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок слева. Выделения из половых путей слизистые. Моча выведена катетером без затруднений, светлая. Признак Вастена – головка расположена вровень с лобковым симфизом

- 1) Диагноз.
- 2) В какой плоскости малого таза находится головка?
- 3) Тактика ведения родов.

Ответ

- 1) Беременность 38–39 нед. Низкое поперечное стояние стреловидного шва, первая позиция. II период родов. Простой плоский таз, I степень сужения.
- 2) В узкой части полости малого таза.
- 3) Показана выжидательная тактика – наблюдение за продвижением головки, характером родовой деятельности, мочеиспусканием, сердечной деятельностью плода. При отсутствии динамики или при ослаблении родовой деятельности – прибегнуть к влагалищному оперативному родоразрешению (наложению акушерских щипцов или вакуум-экстрактора в зависимости от акушерской ситуации).