

**ВСЕРОССИЙСКАЯ ОЛИМПИАДА ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ
«ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ»**

Выберите один правильный ответ

1. Высокая точность теста ПАМГ (Amnisure) обусловлена:

- А. Высокой базальной концепцией белка во влагалище.
- Б. Высокой концентрацией белка в амниотической жидкости.
- В. Высокой базальной концепцией белка во влагалище.
- Г. Низкой концентрацией белка в амниотической жидкости.

2. Профилактика респираторного дистресс-синдрома плода:

- А. Проводится дексаметазоном, потому что он эффективнее.
- Б. Проводится бетаметазолом, потому что он эффективнее.
- В. Проводится и дексаметазолом, и бетаметазолом, поскольку нет различий в их эффективности.
- Г. Выбор препарата зависит от чувствительности рецепторного аппарата альвеол плода.

3. Обоснована ли выжидательная тактика при преждевременном излитии вод на сверххранных сроках беременности?

- А. Рекомендуются не дольше, чем на 48 часов, поскольку длительное пролонгирование ухудшает прогноз для плода.
- Б. Рекомендуются не дольше, чем на 24 часа, поскольку длительное пролонгирование ухудшает прогноз для плода.
- В. Обоснована, поскольку пролонгирование беременности увеличивает выживаемость и неонатальные исходы.
- Г. Решение о выжидательной тактике принимает пациентка.

4. Как влияет кесарево сечение при преждевременном излитии вод в сверххранных сроках на перинатальные исходы?

- А. При массе плода от 750 – 999 граммов и сроке беременности от 26 недель значительно увеличивает выживаемость новорожденных.
- Б. При массе плода до 750 граммов и сроке беременности до 26 недель значительно улучшает перинатальные исходы.
- В. При массе плода от 750 – 999 граммов и сроке беременности от 26 недель не влияет на перинатальные исходы.
- Г. При массе плода до 750 граммов и сроке беременности до 26 недель значительно увеличивает выживаемость новорожденных.

5. Как изменяется уровень цитокинов в крови при преждевременном излитии околоплодных вод?

- А. Уровень провоспалительных цитокинов снижается.
- Б. Уровень противовоспалительных цитокинов повышается.
- В. Уровень провоспалительных цитокинов повышается, а противовоспалительных цитокинов – снижается.
- Г. Уровни провоспалительных и противовоспалительных цитокинов не меняются.

6. Пациентка 30 лет. Группа крови В (III) Rh(-). Вторая беременность, вторые роды. При первой беременности была проведена профилактика в 28 недель и в первые 72 часа после родов (родился Rh(+) ребенок). При настоящей беременности на сроке 13 недель был введен антирезусный гамма-глобулин по причине кровяных выделений. Какой будет дальнейшая профилактика у этой пациентки?

- А. Антирезусный гамма-глобулин повторно вводится только в первые 72 часа после родов при рождении Rh(+) ребенка.
- Б. Антирезусный гамма-глобулин повторно вводится в 25 недель.
- В. Антирезусный гамма-глобулин повторно вводится только в 28 недель.
- Г. Антирезусный гамма-глобулин повторно вводится в 28 недель и в первые 72 часа после родов при рождении Rh(+) ребенка.

7. Какой титр антител на сроке 20 – 22 недели является показанием для направления женщины в перинатальный центр?

- А. 1:512.
- Б. 1:6.
- В. 1:16.

Г. 1:10.

8. Является ли гемотрансфузия в анамнезе показанием для направления беременной в перинатальный центр?

- А. Да.
- Б. Нет.
- В. Только в сроке беременности после 28 недель.
- Г. Только для родоразрешения.

9. В каких случаях доза резонатива в 625 МЕ является достаточной?

- А. При абортax или выкидышах до 12 недель.
- Б. При проведении профилактики родильнице в первые 72 часа после родов Rh(+) ребенком.
- В. При проведении профилактики родильнице в первые 72 часа после родов Rh(-) ребенком.
- Г. При проведении профилактики родильнице в первые 48 часов после родов Rh(+) ребенком.

10. Нужно ли определять титр антител перед введением антирезусного гамма-глобулина в 28 недель, если первое введение препарата было на более ранних сроках?

- А. Нет.
- Б. Да.
- В. Да, если с момента первого введения прошло более 12 недель.
- Г. Да, если планируются естественные роды.

11. Проводится ли профилактика резус-сенсibilизации повторно беременной женщине, если в первую беременность антирезусный гамма-глобулин был введен в положенные сроки?

- А. Проводится, паритет родов не имеет значения.
- Б. Не проводится, так как правильная профилактика в первую беременность исключает развитие сенсibilизации.
- В. Не проводится, так как при повторной беременности, независимо от проведенной профилактики, сенсibilизация не возникает.
- Г. Вопрос о проведении профилактики решается накануне родоразрешения.

12. Как чаще всего развивается гемолитическая болезнь плода?

- А. Постепенно.
- Б. Молниеносно.
- В. Интермиттирующе.
- Г. Течение гемолитической болезни в подавляющем большинстве случаев злокачественное.

13. Вводится ли антирезусный гамма-глобулин при тупых травмах живота во время беременности?

- А. Да.
- Б. Нет, так как риск формирования ретрохориальной гематомы минимален.
- В. Введение гамма-глобулина зависит от срока беременности, при котором произошла травма.
- Г. Введение гамма-глобулина зависит от желания пациентки.

14. Сроки первого введения антирезусного гамма-глобулина при отсутствии антител у беременной?

- А. 18 – 20 недель.
- Б. 26 – 28 недель.
- В. 28 – 32 недели.
- Г. 35 – 37 недель.

15. Пациентка 19 лет, группа крови В(І) Rh(-). Первая беременность, первые роды. В детском возрасте перенесла гемотрансфузию, профилактика резус-сенсibilизации не проведена. Какова правильная тактика ведения?

- А. Наблюдение в ЖК, введение антирезусного гамма-глобулина в 28 недель.
- Б. Наблюдение в ЖК, при появлении антител до 28 недель – направление в перинатальный центр.
- В. Направление в перинатальный центр на сроке 20 – 22 недели независимо от наличия антител.
- Г. Направление в перинатальный центр на сроке 20 – 22 недели при наличии титра антител +1:16.

16. Эффективными методами лечения резус-сенсibilизации являются:

- А. Трансплантация кожного лоскута от мужа.
- Б. Плазмаферез.
- В. Неспецифическая десенсibilизирующая терапия.
- Г. Введение антирезусного гамма-глобулина.

17. Как часто следует обследовать женщину на наличие антител:

- А. 1 раз в неделю.
- Б. 1 раз в 2 недели.
- В. 1 раз в 3 недели.
- Г. 1 раз в месяц.

18. Наиболее чувствительный метод диагностики уровня антител?

- А. Желатиновые пробы.
- Б. Желатиновые карточки.
- В. Гелевые карточки.
- Г. Гелевые пробы.

19. Какие из иммуноглобулинов являются наиболее агрессивными и в совокупности приводят к развитию тяжелых форм гемолитической болезни?

- А. IgG 1,2.
- Б. IgG 2,3.
- В. IgG 1,3.
- Г. IgG 3,4.

20. С какого срока беременности ультразвуковые маркеры гемолитической болезни плода информативны?

- А. С 10 – 11-й недели.
- Б. С 15 – 16-й недели.
- В. С 28-й недели.
- Г. С 20 – 22-й недели.

21. Как расценивается состояние пациентки при нарушении кровотока среднемозговой артерии и его локализации в зоне “С”?

- А. В сроке до 20 недель состояние пациентки стабильное, повторное исследование назначается через 14 – 18 дней.
- Б. В сроке до 25 недель состояние пациентки тяжелое, повторное исследование назначается через 5 – 10 дней.
- В. При массе плода до 2000 граммов назначается внутриутробное переливание.
- Г. После 32 недель и/или массы плода более 2000 граммов – родоразрешение.

22. На каком сроке беременности женщина с резус-сенсibilизацией направляется в перинатальный центр для определения дальнейшей тактики ведения?

- А. В 20 – 22 недели – женщин с отягощенным анамнезом (переливание, выкидыши, наличие детей, перенесших или погибших от гемолитической болезни).
- Б. В 30 – 32 недели – женщин с отягощенным анамнезом (переливание, выкидыши, наличие детей, перенесших или погибших от гемолитической болезни).
- В. В 20 – 22 недели – женщин без отягощенного анамнеза.
- Г. В 26 – 28 недель – женщин без отягощенного анамнеза.

23. Меры профилактики резус-сенсibilизации:

- А. Плазмаферез.
- Б. Неспецифическая профилактика.
- В. Переливание крови с учетом резус-фактора.
- Г. Трансплантация кожного лоскута от мужа.

24. Вращание плаценты встречается в следующих случаях:

- А. Рубец после кесарева сечения + предлежание плаценты.
- Б. Предлежание плаценты.
- В. Рубец после кесарева сечения + нормально расположенная плацента.
- Г. Наличие субмукозной миомы матки.

25. Ультразвуковое исследование при вращении плаценты позволяет оценить следующие параметры:

- А. Наличие миоцитов в области рубца.
- Б. Кровоток в плацентарных сосудах на передней стенке матки.
- В. Количество и размеры плацентарных сосудов.
- Г. Вращение плаценты в заднюю стенку мочевого пузыря.

26. Магнитно-резонансная томография при вращении плаценты позволяет оценить следующие параметры:

- А. Отсутствие миоцитов в области рубца.
- Б. Кровоток в плацентарных сосудах на передней стенке матки.
- В. Количество и размеры плацентарных сосудов.
- Г. Состояние слизистой оболочки мочевого пузыря.

27. При оперативном родоразрешении при вращении плаценты эмболизация маточных артерий проводится:

- А. Перед проведением разреза.
- Б. После извлечения ребенка.
- В. Перед удалением плаценты.
- Г. После иссечения маточной грыжи.

28. Наиболее оптимальной техникой проведения операции кесарева сечения при вращении плаценты является:

- А. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте по старому рубцу.
- Б. Трансплацентарное извлечение ребенка.
- В. Донное кесарево сечение в не плацентарной зоне.
- Г. Экстраперитонеальное кесарево сечение.

29. При операции кесарева сечения при вращении плаценты наиболее предпочтительный метод гемостаза – это:

- А. Баллонная окклюзия общей подвздошной артерии.
- Б. Эмболизация маточных артерий.
- В. Перевязка маточных артерий.
- Г. Перевязка общей подвздошной артерии.

30. Тактика проведения операции при невозможности отделения плаценты из-за высокого риска кровотечения:

- А. Кесарево сечение без удаления плаценты с дальнейшей ее экспульсией.
- Б. Иссечение матки в пределах здоровой ткани.
- В. Перевязка подвздошной артерии с дальнейшим отделением плаценты.
- Г. Перевязка маточной артерии с дальнейшим отделением плаценты.

31. Какие акушерские ситуации чаще заканчиваются абдоминальным родоразрешением:

- А. Патологический преламинарный период.
- Б. Дискоординация родовой деятельности.
- В. Слабость потуг.
- Г. Вторичная слабость родовой деятельности.

32. Укажите критерии отбора пациенток на самопроизвольные роды после кесарева сечения:

- А. Продолжительность между родами более 1 года.
- Б. Продолжительность между родами более 2 лет.
- В. Продолжительность между родами более 3 лет.
- Г. Осложненное течение послеоперационного периода в анамнезе.

33. Наличие «звездчатого» рубца на матке по данным УЗИ может свидетельствовать:

- А. О потенциальной состоятельности рубца.
- Б. О потенциальной несостоятельности рубца.
- В. О незавершенном процессе фиброзирования.
- Г. Внешний вид рубца клинического значения не имеет.

34. Применение эпидуральной анестезии при самопроизвольных родах после кесарева сечения имеет следующие особенности:

- А. Категорически не рекомендуется.
- Б. Применение возможно, ограничений нет.
- В. Применение возможно только в первой фазе родов.
- Г. Применение возможно в случае артериальной гипертензии у роженицы.

35. В каких случаях возможно проведение истмико-корпорального кесарева сечения:

- А. Наличие миомы матки больших размеров.
- Б. Полное раскрытие, нахождение головки плода большим сегментом в узкой части.
- В. Геморрагический шок.

Г. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

36. В ходе какой операции вероятность образования подпапневротических гематом выше:

- А. Лапаротомия по Пфанненштилю.
- Б. Лапаротомия по Джоэл-Кохену.
- В. Модифицированная методика кесарева сечения.
- Г. Нижнесрединная лапаротомия.

37. Рекомендуемая курсовая доза сульфата магния при преэклампсии – это:

- А. 20 граммов.
- Б. 15 граммов.
- В. 5 граммов.
- Г. 4 грамма.

38. Рекомендуемые дозы магния В6 у женщин с гипомагниемией:

- А. 50 – 150 мг в сутки.
- Б. 250 – 500 мг в сутки.
- В. 300 мг в сутки.
- Г. 400 мг в сутки.

39. Влияние магния на сахарный диабет и артериальную гипертензию заключается в следующем:

- А. Гипомагниемия повышает риск развития этих заболеваний.
- Б. Гипомагниемия снижает риск развития этих заболеваний.
- В. Гипермагниемия повышает риск развития этих заболеваний.
- Г. Уровень магния не влияет на развитие данных заболеваний.

40. Дефицит магния приводит к следующим видам акушерской патологии:

- А. Сахарный диабет 1 типа.
- Б. Хроническая гипоксия плода.
- В. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
- Г. Эмболия амниотической жидкостью.

41. В каком количестве должен быть обнаружен белок для постановки диагноза преэклампсии:

- А. Не менее 50 мг/дл.
- Б. Не менее 50 мг в суточном анализе мочи.
- В. Не менее 30 мг в суточном анализе мочи.
- Г. Более 50 мг в суточном анализе мочи.

42. При отсутствии протеинурии у беременной можно подозревать преэклампсию в следующих случаях:

- А. При сочетании гипертензии беременных с полиурией.
- Б. При сочетании гипертензии беременных с никтурией.
- В. При сочетании гипертензии беременных с персистирующей церебральной симптоматикой.
- Г. При сочетании гипертензии беременных с тошнотой.

43. Преэклампсия с ранней манифестацией:

- А. Развивается на фоне метаболического синдрома.
- Б. Развивается на фоне нарушения плацентаций.
- В. Позволяет пролонгировать беременность до 37 – 38 недель.
- Г. Практически никогда не сопровождается тяжелыми формами синдрома задержки роста плода.

44. Преэклампсия с поздней манифестацией:

- А. Чаще развивается на фоне нарушения плацентаций.
- Б. Чаще развивается на фоне метаболического синдрома.
- В. Способствует возникновению преждевременных родов до 34 недель беременности.
- Г. Всегда сопровождается тяжелыми формами синдрома задержки роста плода.

45. Роль мочевой кислоты в диагностике преэклампсии заключается в следующем:

- А. Повышение уровня концентрации мочевой кислоты свидетельствует о плацентарной недостаточности и преэклампсии.
- Б. Снижение уровня концентрации мочевой кислоты свидетельствует о плацентарной недостаточности и преэклампсии.
- В. Колебания показателей мочевой кислоты носят интермиттирующий характер.

Г. Концентрация мочевой кислоты не имеет значения в диагностике преэклампсии.

46. Препаратом выбора для предродового контроля артериальной гипертензии легкой степени является:

- А. Лабетолол.
- Б. Нифедипин.
- В. Метилдопа.
- Г. Бета-блокаторы.

47. Антигипертензивные средства в послеродовом периоде назначаются в следующих случаях:

- А. Только в случае, если систолическое артериальное давление (САД) не ниже 155 мм рт. ст.
- Б. Только в случае, если систолическое артериальное давление (САД) не ниже 160 мм рт. ст.
- В. Только в случае, если систолическое артериальное давление (САД) не ниже 140 мм рт. ст.
- Г. Только в случае, если систолическое артериальное давление (САД) не ниже 180 мм рт. ст.

48. Закончите правильно фразу: «Абсолютно у всех беременных женщин наблюдается...»:

- А. Снижение гликемии натощак (на 0,5 – 1 ммоль/л).
- Б. Повышение гликемии натощак (на 0,5 – 1 ммоль/л).
- В. Снижение гликемии натощак (на 1 – 2 ммоль/л).
- Г. Повышение гликемии натощак (на 1 – 2 ммоль/л).

49. Самым периферическим антагонистом инсулина является:

- А. Прогестерон.
- Б. Кортизол.
- В. Плацентарный лактоген.
- Г. Проклатин.

50. Факторами риска развития гестационного сахарного диабета являются:

- А. Ожирение.
- Б. Низкая двигательная активность.
- В. Беременность сама по себе.
- Г. Наличие сахарного диабета у близких родственников.

51. До какого срока беременности сохраняется риск развития респираторного дистресс-синдрома у новорожденного, если у беременной был обнаружен гестационный сахарный диабет:

- А. До 36-й недели.
- Б. До 37-й недели.
- В. До 38-й недели.
- Г. До 39-й недели.

52. Укажите уровень гипергликемии матери, который влияет на риск развития макросомии плода и акушерских осложнений:

- А. Более 5,8 ммоль/л.
- Б. Более 6,8 ммоль/л.
- В. Более 7,2 ммоль/л.
- Г. Любая, даже незначительная гипергликемия.

53. Самая точная среда, в которой исследуется уровень гликемии, – это:

- А. Цельная кровь.
- Б. Сыворотка крови.
- В. Плазма крови.
- Г. Среда исследования значения не имеет.

54. Укажите критерии манифестного сахарного диабета:

- А. Гликемия натощак в венозной плазме > либо равно 7,0 ммоль/л.
- Б. Гликемия натощак в венозной плазме > либо равно 5,1, но меньше 7,0 ммоль/л.
- В. Гликированный гемоглобин > либо равно 20%.
- Г. Гликемия натощак в венозной плазме > либо равно 7,0 ммоль/л, но меньше 11,1 ммоль/л.

55. Укажите критерии гестационного сахарного диабета:

- А. Гликемия натощак в венозной плазме > либо равно 7,0 ммоль/л.
- Б. Гликемия натощак в венозной плазме > либо равно 5,1, но меньше 7,0 ммоль/л.
- В. Гликированный гемоглобин > либо равно 6,5%.

Г. Гликированный гемоглобин > либо равно 20%.

56. Укажите критерии манифестного сахарного диабета на фоне проведения глюкозотолерантного теста:

- А. Гликемия более 7 ммоль/л натощак.
- Б. Гликемия > либо равно 5,1 ммоль/л, но не меньше 7,0 ммоль/л.
- В. Гликемия 10,0 ммоль/л через час после теста.
- Г. Гликемия 8,5 ммоль/л через 2 часа после теста.

57. Укажите критерии гестационного сахарного диабета на фоне проведения глюкозотолерантного теста:

- А. Гликемия более 7 ммоль/л натощак.
- Б. Гликемия > либо равно 5,1 ммоль/л, но не меньше 7,0 ммоль/л.
- В. Гликемия 10,0 ммоль/л через 2 часа после теста.
- Г. Гликемия 8,5 ммоль/л через 4 часа после теста.

58. Обратимы ли изменения в плаценте, произошедшие на фоне гипергликемии в 1-м триместре при нормализации и поддержании уровня глюкозы во 2-м и 3-м триместрах:

- А. Да, полностью обратимы.
- Б. Да, обратимы частично.
- В. Обратимы в случае проведения дополнительной терапии.
- Г. Нет, не обратимы.

59. Необходимый среднесуточный уровень глюкозы для предотвращения врожденных пороков развития:

- А. Не должен превышать 7,7 ммоль/л.
- Б. Не должен превышать 6,1 ммоль/л.
- В. Не должен превышать 5,1 ммоль/л.
- Г. Не должен превышать 4,1 ммоль/л.

60. Эмболии околоплодными водами обычно предшествует:

- А. Бурная родовая деятельность.
- Б. Длительный подготовительный период.
- В. Длительный безводный период.
- Г. Повышение артериального давления.