	Экстрагенитальная патология и беременность	
1.	**Для приступа мочекаменной болезни при беременности характерно**	
1.	гипоизостенурия	
2.	лейкоцитурия	
3.	дизурия	
4.	резкие боли по ходу мочеточника	
2.	**Для диагностики мочекаменной болезни во время беременности наиболее целесообразно применить следующие методы исследования**	
1.	Обзорную рентгенографию	
2.	Экскреторную урографию	
3.	цистоскопию	
4.	УЗИ	
3.	**В I триместре беременности для лечения пиелонефрита можно назначить**	
1.	Полусинтетические пенициллины	
2.	тетрациклин	
3.	бисептол	
4.	фурагин	
4.	**Оптимальный метод родоразрешения при пиелонефрите**	
1.	кесарево сечение в плановом порядке	
2.	роды через естественные родовые пути с эпизиотомией	
3.	кесаревосечение в родах	
4.	роды через естественные родовые пути	
5.	**Пиелонефрит беременных...**	
1.	чаще встречается во второй половине беременности	
2.	Чаще левосторонний	
3.	Обычно стрептококковой этиологии	
4.	не оказывает влияния на эритропоэз	
6.	**Гломерулонефрит у беременных...**	
1.	Чаще встречается после родов	
2.	считается одной из причин предлежания плаценты	
3.	Рано осложняется развитием преэклампсии	
4.	при благоприятном течении являемся показанием к ранней выписке	
7.	**На развитие гестационного пиелонефрита влияет (3)**	
1.	Инфицирование организма	
2.	Изменение гормонального баланса	
3.	давление матки и варикозно расширенных вен на мочеточник	
4.	Ранний токсикоз	
8.	**Протеинурия, гипопротеинемия в сочетании с эритроцитурией и отеками наиболее характерны для**	
1.	Острого гломерулонефрита	
2.	пиелонефрита	

3.	преэклампсии	
4.	Амилоидоза почек	
9.	**Железодефицитную анемию и анемию, обусловленную инфекцией, отличает друг от друга (2)**	
1.	Снижение уровня ферритина	
2.	снижение содержания железа в сыворотке	
3.	повышение уровня общей железосвязывающей способности	
4.	Снижение цветового показателя	
10.	**При выборе диетического режима беременным с железодефицитной анемией следует прежде всего рекомендовать**	
1.	Мясные продукты	
2.	Гречневую крупу	
3.	яблоки	
4.	Сырую печень	
11.	**Оценку эффекивности лечения манифестного дефицита железа от начала лечения препаратами железа проводят**	
1.	через 2-3 недели от начала лечения препаратами железа	
2.	в период приема препаратов железа	
3.	спустя день после отмены препаратов железа	
4.	спустя месяц после отмены препаратов железа	
12.	**Железодефицитная анемия у беременных возникает в результате**	
1.	имевшегося ранее латентного дефицита железа	
2.	Хронической кровопотери у беременной	
3.	несовместимости с плодом по системе АВО	
4.	несовместимости с мужем по системе АВО	
13.	**При нарушении кишечного всасывания дефицит железа целесообразно восполнить**	
1.	Внутривеннымв ведением препаратов железа	
2.	диетой с богатым содержанием белков и витаминов	
3.	диетой с большим количеством мясных продуктов	
4.	Переливанием эритромассы	
14.	**Беременным женщинам с хронической железодефицитной анемией следует**	
1.	принимать препарат железа внутрь до родов и весь период кормления ребенка грудью	
2.	включить в пищевой рацион гречневую кашу	
3.	включить в диету красную рыбу, гранаты и морковь	
4.	перелить эритроцитную массу перед родами	
15.	**Агрегационная способность тромбоцитов снижается при**	
1.	Болезни Виллебранда	
2.	гемофилии С	
3.	гемофилии В	
4.	в раннем послеоперационном периоде	
16.	**К характерным осложнениям во время беременности и родов у больных сахарным**	

	диабетом относятся (2)	
1.	маловодие	
2.	Преждевременное прерывание беременности	
3.	Раннее развитие преэклампсии	
17.	**Для новорожденных, родившихся у матерей с сахарным диабетом, характерна (3)**	
1.	Большая масса тела	
2.	гипогликемия	
3.	гипергликемия	
4.	Высокая частота респираторных расстройств	
18.	**При беременности больные сахарным диабетом могут получать (2)**	
1.	диетотерапию с ограничением углеводов и жиров	
2.	инсулинотерапию	
3.	Сахароснижающую терапию группы сульфанилмочевины	
4.	бигуаниды	
19.	**Показанием для проведения теста на толерантность к глюкозе во время беременности является (3)**	
1.	рождение крупного ребенка в анамнезе	
2.	мертворождения в анамнезе	
3.	Наличие диабета у родителей	
4.	Повышенный уровень глюкозы натощак	
20.	**Критерии диагностики манифестного сахарного диабета во время беременности (3)**	
1.	гликемия натощак в венозной плазме более 7,0 ммоль/л	
2.	гликемия в венозной плазме в любое время дня, независимо от приема более 11,1/л	
3.	Гликированный гемоглобин более 6,5%	
4.	гликемия натощак в венозной плазме более 5,2 ммоль/л	
21.	**Ультразвуковой критерий диабетической фетопатии**	
1.	Увеличение размеров плода	
2.	Двуконтурность головки плода	
3.	Все ответы верны	
4.	многоводие	
22.	**Информативно ли определение гликированного гемоглобина у беременных**	
1.	да	
2.	нет	
23.	**Отдаленные последствия гипергликемии во время беременности для ребенка (3)**	
1.	Риск сердечно-сосудистых заболеваний	
2.	СД 2 типа	
3.	ожирение	
4.	дцп	
24.	**Критерии диагностики гестационного сахарного диабета при определении гликемии натощак**	
1.	более 5,1 ммоль/л, но менее 7 ммоль/л	

2.	8,5 ммоль/л	
3.	более 11,1 ммоль/л	
4.	более 7,0 ммоль/л	
25.	**Гестационный сахарный диабет это**	
1.	Гипергликемия, впервые выявленная во время беременности	
2.	Повышение уровня сахара в плазме крови в ходе проведения прегравидарной подготовки	
3.	Повышение сахара крови в плазме крови беременной выше 11 ммоль/л	
4.	Наличие до беременности сахарного диабета I типа	
26.	**Критерием гестационного сахарного диабета при первом обращении является уровень глюкозы в плазме крови натощак**	
1.	≥5,1, но ‹7,0 ммоль/л	
2.	≥7,0 но ≤ 11 ммооль/л	
3.	≥4,2, но≤5,2 ммоль/л	
4.	Выше 11 ммоль/л	
27.	**Оптимальными сроками беременности для проведения глюкозотолерантного теста считаются**	
1.	24-28 недель	
2.	До 24 недель	
3.	32-36 недель	
4.	После 36 недель	
28.	**Самой частой патологией сердца у беременных является**	
1.	Пролапс митрального клапана	
2.	Пролапс трикуспидального клапана	
3.	Стеноз аортального клапана	
4.	Дефект межжелудочковой перегородки	
29.	**Наиболее информативным и безопасным методом диагностики порока сердца у беременной считается**	
1.	ЭХО-КГ	
2.	ЭКГ	
3.	КТГ	
4.	Рентген грудной клетки	
30.	**Макросомия плода характерна для пациенток с**	
1.	Сахарным диабетом	
2.	Заболеваниями сердечно-сосудистой системы	
3.	Хроническим колитом	
4.	Гипотиреозом	
31.	**Для пациенток с коарктацией аорты, сопровождающейся высокой артериальной гипертензией, оптимальный метод родоразрешения**	
1.	Кесарево сечение	
2.	Роды через естественные родовые пути	
3.	Вакуум-экстракция плода в конце II периода родов	

4.	Наложение акушерских щипцов в конце II периода родов	
32.	**Беременным с ГСД и угрозой преждевременных родов противопоказано назначение**	
1.	Гексопреналина	
2.	Нифедипина	
3.	Сульфатамагния	
4.	Атосибана	
33.	**Какой лечебный стол по Певзнеру необходимо назначить пациентке с гестационным сахарным диабетом?**	
1.	Стол №9	
2.	Стол №7	
3.	Стол №15	
4.	Стол №3	

	Гипоксия плода, асфиксия новорожденного	
1.	**Различают следующие формы гипоксии плода (2)**	
1.	Острая и хроническая гипоксия	
2.	Компенсированная, субкомпенсированная и декомпенсированная	
3.	Простая и смешанная	
2.	**Причинами острой гипоксии плода во время беременности могут быть (3)**	
1.	Гистопатический разрыв матки	
2.	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	
3.	Тромбоз сосудов пуповины	
4.	Механический разрыв матки	
3.	**Хроническая гипоксия плода во время беременности может возникать при (4)**	
1.	Плацентарной недостаточности	
2.	Хронической гипоксии матери	
3.	Системных заболеваниях плода	
4.	Экзо- и эндогенной интоксикации	
5.	Низком прикреплении плаценты	
4.	**Для диагностики гипоксии плода используют (3)**	
1.	КТГ	
2.	Допплерометрию фето-плацентарного кровотока	
3.	Определение pH/лактата крови плода (из предлежащей головки)	
4.	Биохимические и биофизические показатели крови матери	
5.	**При диагностике гипоксии плода в родах чаще всего используют (3)**	
1.	Кардиотокографию	
2.	Оценку характера околоплодных вод	
3.	Метод Залинга (или определение лактата в крови из предлежащей головки плода)	

4.	Плацентосцинтиграфию	
6.	**Для оценки дыхательной недостаточности недоношенных новорожденных используют**	
1.	Шкалу Сильвермана	
2.	Шкалу Апгар	
7.	Для профилактики РДС проводят введение	
1.	Кортикостероидов	
2.	Дыхательных аналептиков	

	Гнойно-септическиезаболевания	
1.	**В развитии послеродовых гнойно-септических заболеваний играет роль (4)**	
1.	Преждевременное излитие околоплодных вод	
2.	наличие экстрагенитальной патологии	
3.	Инфицирование родовых путей	
4.	Длительный безводный промежуток	
5.	Плацентарная недостаточность	
2.	**Наиболее частым гнойно-септическим осложнением, развивающимся в послеродовом периоде после кесарева сечения, является**	
1.	мастит	
2.	эндометрит	
3.	раневаяинфекция	
4.	пиелонефрит	
5.	тромбофлебит	
3.	**Какие микроорганизмы наиболее часто вызывают послеродовый эндометрит**	
1.	энтеробактерии, неспорообразующие анаэробы	
2.	стафилококки	
3.	стрептококки, спорообразующие анаэробы	
4.	вирусы	
5.	микоплазмы	
4.	**Акушерский перитонит чаще возникает после**	
1.	родов	
2.	Раннего самопроизвольного выкидыша	
3.	Кесарева сечения	
4.	Искусственного аборта	
5.	Позднего самопроизвольного выкидыша	
5.	**Клинические признаки акушерского перитонита (3)**	
1.	Вздутие живота	
2.	Парез кишечника	
3.	тахикардия, несоответствующая температуре	
4.	Нагрубание молочных желез	
6.	**Основным диагностическим критерием септического шока является**	
1.	Наличие гнойного очага	

2.	повышение АД	
3.	Неврологическая симптоматика	
4.	полиурия	
7.	**Первый этап распространения послеродовой инфекции по классификации Сазонова-Бартельса включает (4)**	
1.	Послеродовый эндометрит	
2.	инфильтрат промежности и расхождение швов	
3.	Послеродовая язва	
4.	гнойная рана на стенке влагалища	
5.	тромбофлебит	
8.	**Перитонит после кесарева сечения может быть следствием (3)**	
1.	инфицирования брюшной полости во время операции	
2.	несостоятельности шва на матке на фоне эндометрита	
3.	нарушения барьерной функции кишечника при парезе	
4.	Использования регионарной анестезии	
9.	**Второй этап распространения послеродовой инфекции по классификации Сазонова-Бартельса включает**	
1.	метроэндометрит	
2.	параметрит	
3.	аднексит	
4.	тромбофлебит	

	Токсикозы. Преэклампсия	
1.	**Основные звенья патогенеза преэклампсии (3)**	
1.	Нарушение микроциркуляции	
2.	Вазоспазм	
3.	Нарушение миграции трофобласта	
4.	Вазодилятация	
2.	**Изменения в сосудах при преэклампсии (4)**	
1.	Эндотелиоз	
2.	Нарушение синтеза вазодилятаторов	
3.	Вазоспазм	
4.	Повышение проницаемости сосудистой стенки	
5.	Отложение холестерина	
3.	**Основные симптомы преэклампсии (3)**	
1.	Артериальная гипертензия	
2.	Протеинурия	
3.	Отеки	
4.	Полиурия	
4.	**Симптомы преэклампсии в критической стадии (4)**	
1.	Головная боль. Тяжесть в затылке	

2.	Нарушения зрения	
3.	Боли в эпигастральной области	
4.	Тошнота	
5.	Гиперемия	
5.	**Медикаментозная терапия преэклампсии (4)**	
1.	Антигипертензивные средства	
2.	Дезагреганты	
3.	Инфузионная терапия	
4.	Магнезии сульфат	
5.	Антибиотики	
6.	**Лечение тяжелой преэклампсии направлено на (3)**	
1.	Профилактику приступа эклампсии	
2.	Восстановление функции жизненно-важных органов	
3.	Быстрое и бережное родоразрешение	
4.	Нормализация ОЦК при помощи гемотрансфузии	
7.	**Основные компоненты лечения HELLP-синдрома (4)**	
1.	Инфузионная и заместительная трансфузионная терапия	
2.	Иммунодепрессия	
3.	Гепатопротекция	
4.	Антибактериальная терапия	
5.	Терапия, направленная на нормализацию гемостаза	
8.	**Особенность ведения родов при преэклампсии (4)**	
1.	Постоянныймониторинг цифр АД	
2.	Антигипертензивная терапия	
3.	Регионарная анестезия	
4.	Ранняя амниотомия	
5.	Назначение кардиотоников	
9.	**Возможные осложнения у плода при преэклампсии (4)**	
1.	Хроническая гипоксия	
2.	Острая гипоксия	
3.	Внутриутробная задержка роста	
4.	Внутриутробная пневмония	
5.	Антенатальная гибель	
10.	**Лекарственная терапия при преэклампсии (3)**	
1.	Сульфат магния	
2.	Антигипертензивные препараты	
3.	Инфузионная терапия	
4.	Антибактериальная терапия	
11.	**Проявления токсикоза беременных (4)**	
1.	Рвота беременных	
2.	Слюнотечение	

3.	Желтуха	
4.	Пиелонефрит	
5.	Гепатоз	
12.	**Основные симптомы рвоты беременных тяжелой степени (4)**	
1.	Тошнота	
2.	Рвота более 10 раз в сутки	
3.	Снижение массы тела	
4.	Ацетонурия	
5.	Диарея	
13.	**Основные методы лечения рвоты беременных (2)**	
1.	Противорвотные средства	
2.	Инфузионная терапия	
3.	Антибактериальная терапия	
14.	**Степень тяжести преэклампсии (3)**	
1.	Рвота беременных	
2.	Умеренная преэклампсия	
3.	Тяжелая преэклампсия	
4.	Критическая стадия тяжелой преэклампсии	
15.	**Экстрагенитальные заболевания, способствующие развитию преэклампсии (4)**	
1.	Сахарный диабет	
2.	Гипертоническая болезнь	
3.	Нарушение жирового обмена	
4.	Патология почек	
5.	Хроническая пневмония	
16.	**Симптомы критической стадии преэклампсии (4)**	
1.	Головная боль	
2.	Тошнота, рвота	
3.	Боли в эпигастрии	
4.	Нарушение зрения	
5.	Сердечно-сосудистая недостаточность	
17.	**Симптомы эклампсии (2)**	
1.	Судорожный припадок	
2.	Коматозное состояние	
3.	Брадикардия	
18.	**Клинические проявления HELLP-синдрома (4)**	
1.	Желтуха	
2.	Боли в правом подреберье	
3.	Рвота с кровью	
4.	Кровоизлияния в места инъекций	
5.	Полиурия	
19.	**Цель инфузионной терапии при преэклампсии (4)**	

1.	Увеличение объема циркулирующей крови	
2.	Дезинтоксикация	
3.	Устранение гемоконцентрации	
4.	Коррекция электролитных и метаболических нарушений	
5.	Устранение гипопротеинемии	
20.	**Возможные осложнения эклампсии (5)**	
1.	Анурия	
2.	Амавроз	
3.	Кровоизлияние в мозг	
4.	Отслойка сетчатки	
5.	Полиорганная недостаточность	
6.	Истмико-цервикальная недостаточность	
21.	**Тактика врача в первом периоде родов у рожениц с преэклампсией (4)**	
1.	Адекватное обезболивание	
2.	Раннее вскрытие плодного пузыря	
3.	Применение антигипертензивных средств	
4.	Применение седативных средств	
5.	Тщательный мониторинг АД и состояния плода	
22.	**Наиболее оптимальный метод обезболивания родов при преэклампсии**	
1.	Ингаляционная анестезия	
2.	Введение наркотических анальгетиков	
3.	Эпидуральная анестезия	
4.	Местная анестезия	
23.	**Изменения лабораторных показателей при тяжелой преэклампсии (4)**	
1.	Тромбоцитопения	
2.	Повышение печеночных ферментов	
3.	Гипопротеинемия	
4.	Лейкоцитоз	
5.	Повышение креатинина	
24.	**Изменения лабораторных показателей при HELLP-синдроме (3)**	
1.	Повышение билирубина	
2.	Повышение печеночных ферментов	
3.	Тромбоцитопения	
4.	Повышение креатинина	

	Акушерскийтравматизм	
1.	**Симптомы угрожающего механического разрыва матки (3)**	
1.	Сильные боли внизу живота во время схваток	
2.	Высокое стояние контракционного кольца	
3.	Отек наружных половых органов	
4.	Кровяные выделения из половых путей	

2.	**Симптомы начавшегося механического разрыва матки (4)**	
1.	Боли внизу живота	
2.	Гипертонус матки	
3.	Боли в пояснице справа	
4.	Дистресс плода	
5.	Кровяные выделения из половых путей	
3.	**Симптомы угрожающего гистопатического разрыва матки (рубец после кесарева сечения) во время беременности (2)**	
1.	Боли в эпигастральной области	
2.	Тошнота, рвота	
3.	Кровяные выделения из половых путей	
4.	**Основные причины гистопатических разрывов матки во время беременности (4)**	
1.	Рубец на матке после кесарева сечения	
2.	Рубец на матке после миомэктомии	
3.	Рубец на матке после перфорации матки при внутриматочных манипуляциях	
4.	Рубец на матке после иссечения трубного угла при интерстициальной внематочной беременности	
5.	Операция удаления придатков матки	
5.	**Симптомы угрожающего гистопатического разрыва матки (рубец после миомэктомии) во время беременности (2)**	
1.	Боли в пояснице	
2.	Тошнота, рвота	
3.	Высокое стояние контракционного кольца	
4.	Кровяные выделения из половых путей	
6.	**Симптомы угрожающего гистопатического разрыва матки (рубец после кесарева сечения) во время родов (3)**	
1.	Тошнота	
2.	Боли в эпигастральной области	
3.	Дискоординация родовой деятельности	
4.	Кровяные выделения из половых путей	
7.	**Симптомы неполного разрыва матки в раннем послеродовом периоде при повторных родах (5)**	
1.	Рождение ребенка в удовлетворительном состоянии	
2.	Боли внизу живота слева или справа	
3.	Обильные кровяные выделения	
4.	При ручном обследовании матки нарушение ее целостности не выявляется	
5.	Слева (или справа) определяется тугоэластической консистенции образование, наличие которого подтверждено при УЗИ	
6.	Болезненность при пальпации правого подреберья	
7.	Увеличение печени	

8.	**Метод родоразрешения пациенток, имевших в анамнезе разрыв промежности III степени**	
1.	Плановое кесарево сечение	
2.	Экстренное кесарево сечение при наличии отклонений от нормального течения родов	
3.	Самопроизвольные роды с рассечением промежности	
9.	**Профилактика разрыва промежности (2)**	
1.	Своевременная диагностика угрозы разрыва промежности	
2.	Перинеотомия	
3.	Срединно-латеральная эпизиотомия	
4.	Ведение родов без защиты промежности	
10.	**Тактика врача при рубце на матке и развитии слабости родовой деятельности**	
1.	Активация окситоцином	
2.	Кесарево сечение	
3.	Активация энзапростом	
11.	**Факторы, способствующие разрыву промежности (4)**	
1.	Неадекватная защита промежности	
2.	Рубцовые изменения промежности вследствие травмы во время предшествующих родов	
3.	Слабость родовой деятельности	
4.	Быстрые роды	
5.	Крупный плод	

	Акушерские операции. Кесарево сечение. Рубец на матке	
1.	**Основные показания к экстренному кесареву сечению во время беременности (4)**	
1.	Преждевременная отслойка плаценты, кровотечение	
2.	Тяжелая форма преэклампсии, неподдающаяся терапии	
3.	Эклампсия	
4.	Ухудшение состояния беременной и/или плода при экстрагенитальных заболеваниях	
5.	После трансплантации почки	
2.	**Основные осложнения у матери, являющиеся показанием к кесареву сечению во время родов (4)**	
1.	Утомление роженицы	
2.	Клинически узкий таз	
3.	Угрожающий, начавшийся, свершившийся разрыв матки	
4.	Нарушения сократительной деятельности матки, отсутствие эффекта от лечения	
5.	Преждевременные роды (36 недель гестации) и чисто ягодичное предлежание у повторнородящей	
6.	Ножное предлежание плода	
3.	**Показания к кесареву сечению при тазовом предлежании плода у первородящих с нормальными размерами таза (3)**	
1.	Предполагаемая масса плода менее 2500г. или более 3800г.	

2.	Смешанное ягодичное предлежание	
3.	Болезненные схватки	
4.	Излитие околоплодных вод при неподготовленной шейке матки	
4.	**Показания к кесареву сечению при тазовом предлежании у повторнородящих с нормальными размерами таза (2)**	
1.	Смешанное ягодичное предлежание при предполагаемой массе плода 3200 г.	
2.	Чистое ягодичное предлежание при предполагаемой массе плода более 4000 г.	
3.	Ножное предлежание при предполагаемой массе плода 3100 г.	
4.	Чистое ягодичное предлежание, почти полное раскрытие шейки матки, выпадение пуповины	
5.	**Каким разрезом чаще всего вскрывается брюшная стенка для осуществления первого кесарева сечения в нижнем сегменте матки (2)**	
1.	По Пфанненштилю	
2.	По Джоел-Коэну	
3.	Нижнесрединная лапаротомия	
4.	По Волковичу-Дьяконову	
6.	**В каком отделе, как правило, рассекается матка при кесаревом сечении**	
1.	В нижнем сегменте поперечным разрезом	
2.	В нижнем сегменте продольным разрезом с переходом на тело матки (истмико-корпоральное рассечение)	
3.	В теле матки по средней линии	
7.	**Наиболее целесообразная методика операции кесарева сечения**	
1.	Корпоральное кесарево сечение	
2.	Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте	
3.	Экстраперитонеальное кесарево сечение	
4.	Малое кесарево сечение	
8.	**Вид обезболивания при кесаревом сечении (3)**	
1.	Комбинированный эндотрахеальный наркоз	
2.	Эпидуральная анестезия	
3.	Спинальная анестезия	
4.	Местная анестезия	
9.	**Объективные методы оценки состояния рубца на матке после операции кесарева сечения вне беременности (3)**	
1.	Магнитно-резонансная томография	
2.	Гистерография	
3.	Ультразвуковое исследование	
4.	Гистероскопия	
5.	Кардиотокография	
10.	**Противопоказания к наложению акушерских щипцов (5)**	
1.	Мертвый плод	

2.	Клинически узкий таз	
3.	Неполное раскрытие шейки матки	
4.	Преждевременные роды	
5.	Угрожающий разрыв матки	
6.	Расположение головки выше плоскости узкой части малого таза	
11.	**Модели щипцов, используемые в настоящее время для оперативного родоразрешения**	
1.	Щипцы Лазаревича	
2.	Щипцы Симпсона-Феноменова	
3.	Щипцы Негеле	
12.	**Основное действие акушерских щипцов на головку плода**	
1.	Захват	
2.	Вращение	
3.	Влечение	
13.	**Показания к наложению акушерских щипцов (2)**	
1.	Вторичная слабость родовой деятельности при головке в плоскости узкой части малого таза	
2.	Угрожающий разрыв промежности	
3.	Острая гипоксия плода	
4.	Хроническая гипоксия плода	

	Кровотечения	
1.	**Причины кровотечения во второй половине беременности (3)**	
1.	Предлежание плаценты	
2.	Резус-сенсибилизация	
3.	Анемия беременных	
4.	Разрыв матки	
5.	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	
2.	**Наиболее информативный метод диагностики предлежания плаценты**	
1.	Амниоскопия	
2.	Кардиотокография	
3.	Трансвагинальная УЗ эхография	
4.	Бимануальное влагалищное исследование	
3.	**Основной клинический симптом предлежания плаценты**	
1.	Боль в животе	
2.	Тонус матки	
3.	Кровотечение	
4.	Неправильное положение плода	
4.	**Оптимальный срок для кесарева сечения при предлежании плаценты**	
1.	36-37	
2.	41	

3.	38	
4.	40	
5.	**Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты может произойти (3)**	
1.	Вовремя беременности	
2.	В первом периоде родов	
3.	Вовтором периоде родов	
4.	В третьем периоде родов	
6.	**Причина преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (2)**	
1.	Гипоксия плода	
2.	Рубец на матке	
3.	Маловодие	
4.	Преэклампсия	
7.	**Причина преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты во время родов (2)**	
1.	Резкое уменьшение внутриматочного объема (излитие вод, рождение первого плода из двойни)	
2.	Слабость родовой деятельности	
3.	Дискоординация родовой деятельности	
4.	Клинически узкий таз	
8.	**Причина острой гипоксии плода при преждевременной отслойке плаценты (2)**	
1.	Гипертонус матки	
2.	Хроническая плацентарная недостаточность	
3.	Излитие околоплодных вод	
4.	Нарушение маточно-плацентарного кровотока	
9.	**Наиболее информативный метод диагностики преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты**	
1.	Кардиотокография	
2.	Трансвагинальная УЗ эхография	
3.	Амниоскопия	
4.	Трансабдоминальная УЗ эхография	
10.	**Тактика врача при острой гипоксии плода при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты во втором периоде родов и головке плода в узкой части малого таза**	
1.	Кесарево сечение	
2.	Выжидательное ведение родов	
3.	Акушерские щипцы	
11.	**Причины развития ДВС-синдрома в родах (3)**	
1.	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	
2.	Гипотоническое кровотечение	
3.	Разрыв матки	
4.	Анемия беременных	
12.	**Возможные осложнения в раннем послеродовом периоде при преждевременной**	

	отслойке нормально расположенной плаценты (2)	
1.	Гипотоническое кровотечение	
2.	Коагулопатическое кровотечение	
3.	Приступ эклампсии	
4.	Задержка частей последа в матке	
13.	**Причины кровотечения из родовых путей в раннем послеродовом периоде (4)**	
1.	Задержка части последа в матке	
2.	Гипотония или атония матки	
3.	Разрыв матки или мягких тканей родовых путей	
4.	Нарушения гемостаза	
5.	Полное плотное прикрепление плаценты	
14.	**Основные причины кровотечения в третьем периоде родов (4)**	
1.	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	
2.	Гипотония матки	
3.	Частичное плотное прикрепление или врастание плаценты	
4.	Ущемление отделившейся плаценты	
5.	Нарушения гемостаза	
15.	**Врачебная тактика при кровотечении в третьем периоде родов и отсутствии признаков отделения плаценты (2)**	
1.	Прием Креде-Лазаревича	
2.	Ручное отделение плаценты и выделение последа	
3.	Эмболизация маточных артерий	
4.	Прием Абуладзе	
16.	**Признаки отделения плаценты в третьем периоде родов**	
1.	Кюстнера-Чукалова	
2.	Креде-Лазаревича	
3.	Абуладзе	
4.	Леопольда	
17.	**Прием для выделения отделившегося последа (2)**	
1.	Кюстнера-Чукалова	
2.	Креде-Лазаревича	
3.	Абуладзе	
4.	Леопольда	
18.	**Признаки полного плотного прикрепления или врастания плаценты в III периоде родов (2)**	
1.	Признаки отделения плаценты отсутствуют	
2.	Кровяных выделений из половых путей нет	
3.	Умеренные кровяные выделения	
4.	Обильное кровотечение	
19.	**Симптомы при частичном плотном прикреплении или врастании плаценты в III периоде родов (2)**	
1.	Кровотечение	
2.	Отсутствие признаков отделения плаценты	

3.	Гипотония матки	
4.	Высокое стояние дна матки	
20.	**Тактика врача при частичном истинном врастании плаценты в III периоде родов (2)**	
1.	Чревосечение, экстирпация матки	
2.	Эмболизация маточных артерий, чревосечение, удаление участка матки с плацентой	
3.	Попытка ручного удаления плаценты	

	Изосерологическая несовместимость крови матери и плода	
1.	**Что может явиться причиной резус-сенсибилизации (4)**	
1.	переливание крови без учета резус-фактора	
2.	Артифициальный аборт	
3.	Самопроизвольный выкидыш	
4.	Роды резус-положительным ребенком	
5.	Запоздалые роды	
2.	**На чем основывается диагноз "резус-сенсибилизация"**	
1.	на наличии в сыворотке крови резусных антител	
2.	при наличии у беременной резус-отрицательной крови	
3.	при наличии у супруга резус-положительной крови	
3.	Назовите подклассы иммуноглобулинов (антител) которые приводят к развитию гемолитической болезни плода	
1.	Иммуноглобулины М	
2.	Иммуноглобулины G	
4.	**Какой характер изменения титра антител чаще всего приводит к развитию тяжелых форм гемолитической болезни плода**	
1.	возрастающий	
2.	снижающийся	
3.	неизменный	
5.	**Перечислите ультразвуковые признаки гемолитической болезни плода (4)**	
1.	Утолщение плаценты	
2.	многоводие	
3.	увеличение размеров печени и селезенки плода	
4.	Наличие асцита	
5.	желтуха у плода	
6.	**Назовите патогенетически обоснованный метод лечения тяжелых форм гемолитической болезни плода**	
1.	Десенсибилизирующая терапия	
2.	Внутриутробное переливание крови	
3.	плазмоферез	
4.	гемосорбция	
7.	**Признаки отечной формы гемолитической болезни плода**	
1.	Желтушность кожных покровов	

2.	Снижение показателей гемоглобина	
3.	многоводие	
4.	анасарка	
8.	**Назовите основной метод лечения тяжелых форм гемолитической болезни новорожденных**	
1.	Заменное переливания крови	
2.	фототерапия	
3.	Переливание эритроцитарной массы	
9.	**Показания для введения антирезусного гаммаглобулина с целью профилактики резус-сенсибилизации (3)**	
1.	искусственный и самопроизвольный выкидыш	
2.	рождение ребенка с резус-положительной кровью	
3.	Внематочная беременность	
4.	Низкий титр резус-антител	
10.	**Наиболее часто встречающимися эритроцитарными антигенами, способными вызвать гемолитическую болезнь плода и новорожденного, являются**	
1.	Антигены С	
2.	Антиген D	
3.	Антигены Е	
4.	СистемаКелл, Даффи	
5.	СистемаЛютера, Льюиса	
11.	**На наличие групповой несовместимости крови матери и плода показывает определение в крови матери**	
1.	Естественных альфа и бета антител	
2.	Иммунных альфа и бета антител	
3.	Rh антител	
12.	**К развитию гемолитической болезни плода и новорожденного приводят следующие продукты внутрисосудистого гемолиза у плода**	
1.	Непрямой билирубин (свободный)	
2.	Прямой билирубин (связанный)	
3.	Прямой и непрямой билирубин	
13.	**Гемолитическая болезнь у плода и новорожденного протекает более благоприятно, если сенсибилизация вызвана**	
1.	Резус-сенсибилизацией в результате предшествующих беременностей и родов	
2.	Резус-сенсибилизацией в результате гемотрансфузий резус-несовместимой крови	
3.	Сенсибилизацией, обусловленной несовместимостью крови матери и плода по системе АВО	
14.	**Наиболее информативным методом диагностики гемолитической болезни плода является**	
1.	Увеличение толщины плаценты, многоводие, определяемые при УЗ исследовании	
2.	Показатели оптической плотности билирубина в околоплодных водах, полученные путем амниоцентеза	
3.	Гепатоспленомегалия, асцит по данным УЗИ	

4.	Уровень гемоглобина и гематокрита в крови плода, полученные путем кордоцентеза	
15.	**Титр резус - антител в крови матери необходимо определять**	
1.	1 раз в 2 недели	
2.	1 раз в неделю	
3.	1 раз в месяц	
4.	1 раз в триместр	
16.	**Специфическую профилактику Rh-сенсибилизации у рожениц с Rh(-) кровью необходимо проводить**	
1.	При наличии Rh антител в крови матери	
2.	При рождении новорожденного с Rh положительной кровью у рожениц с Rh отрицательной кровью при отсутствии Rh антител	
3.	При рождении новорожденного с Rh отрицательной кровью у рожениц с Rh отрицательной кровью и наличием Rh антител	
4.	При наличии иммунных альфа и бета антител	
17.	**Для заменного переливания крови при гемолитической болезни новорожденного, вызванной резус-конфликтом, у новорожденных, перенесших в антенатальном периоде внутриутробное переливание крови путем кордоцентеза используют**	
1.	Одногруппная Rh (-) кровь	
2.	Одногруппная Rh (+) кровь	
3.	Кровь 0 (1) группы, Rh (-)	
18.	**Антенатальная диагностика гемолитической болезни плода, вызванная резус несовместимостью крови матери и плода включает (3)**	
1.	Данные эхографии	
2.	Исследование околоплодных вод, полученных путем трансабдоминального амниоцентеза	
3.	Определение функционального состояния плода по данным кардиомониторного исследования	
4.	Определение титра антител	
19.	**Показанием для проведения раннего заменного переливания крови является (3)**	
1.	Наличие или появление желтухи в первые часы жизни	
2.	Содержание непрямого билирубина в пуповинной крови 68.4 ммоль/л	
3.	Низкий уровень гемоглобина (150 г/л и менее)	
4.	Абсолютные цифры непрямого билирубина (307 ммоль/л и более)	