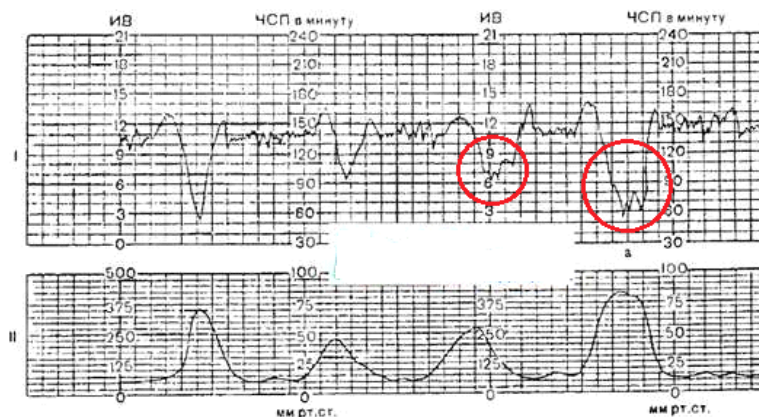


## Акушерство и гинекология

1. В понятие перинатальной смертности входит:
2. Беременная Р, 31 год вызвала СМП с жалобами на подтекание околоплодных вод в течении 15 минут, в сроке беременности 30 недель. Из анамнеза беременность – 3, где 1 беременность закончилась преждевременными родами, ребенок живой, последующая беременность прервалась в сроке 18 недель. На какой уровень стационарной помощи должна быть направлена женщина согласно приказу регионализации?
3. К оказанию ручного пособия по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании приступают с момента:
4. Повторнородящая 26 лет с размерами таза 26-25-28-18 см. и беременностью 39 недель поступила через 3 часа от начала родовой деятельности с целыми околоплодными водами. При поступлении отмечаются отеки на голенях и стопах, АД 145/90 мм.рт.ст. на обеих руках. ОЖ-96 см., ВСДМ-38 см., положение плода продольное, предлежит головка, прижата к входу в таз. Сердцебиение плода 140 уд. в мин. Во время наружного акушерского исследования появились жалобы на локальную боль в области пупка. Матка в состоянии выраженного тонуса, напряжена, сердцебиение плода приглушенное. Из половых органов появились скудные кровянистые выделения. Дальнейшая врачебная тактика
5. Имеются показания к наложению полостных акушерских щипцов. Плод живой, средних размеров. При влагалищном исследовании: открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Головка плода в полости малого таза. Стреловидный шов в левом косом размере. Малый родничок справа спереди. В каком размере малого таза надо наложить щипцы и какая ложка щипцов при этом будет "блуждающей"?
6. Во втором периоде родов при нахождении головки плода в узкой части полости малого таза на КТГ плода регистрируются децелерации. (см картинку). Определите тип децелерации и патологию характерной для данного типа децелерации?



7. Повторнородящая 28 лет со сроком беременности 37-38 недель поступила с жалобами на подтекание околоплодных вод в течении 5 часов, родовой деятельности нет. Диагностировано тазовое предлежание плода Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 145 ударов в 1 минуту. Предполагаемая масса плода 3100,0 ±200,0. Ваша тактика согласно протоколу МЗ РК №10 от 04.07.2014г «Преждевременный разрыв плодных оболочек»:
8. Указанные особенности биомеханизма родов: - долгое стояние головки плода стреловидным швом в косом размере во входе в малый таз; - выраженное сгибание головки плода; - строго синклитическое вставление головки плода характерны для следующей формы анатомически узкого таза

9. Вы проводите консультирование первобеременной женщины 38 лет о родах. Женщина очень озабочена о предстоящих родах и интересуется различными видами обезболивания во время родов, особенно пудендальная анестезия. Какой неврологический эффект при пудендальной анестезии?
10. Повторнородящая, 36 лет, поступила с диагнозом: Беременность 36 недель 4 дня, индуцированная ЭКО. Дихориальная, диамниотическая двойня. При поступлении: жалоб нет. АД 140/90, белок в разовой моче 1,6 г/л. Допплерометрия – МППК и гемодинамика плодов не нарушены. По УЗИ вес плодов 2650,0 и 2800,0. Положение плодов: 1 плод в тазовом и 2 плод в головном предлежании. Дальнейшая тактика:
11. В роддом поступила первобеременная 35 лет, в удовлетворительном состоянии. Беременность 40 недель. В анамнезе - бесплодие 7 лет. Размеры таза - 24-27-30-19.5 см. Предполагаемая масса плода - 3600 г. Родовая деятельность в течение 10 ч. В момент осмотра схватки по 25-30 с через 7-8 минут. Воды не изливались. При наружном акушерском исследовании в дне матки определяется округлая баллотирующая часть плода, над входом в малый таз - часть плода небаллотирующая, небольших размеров. Сердцебиение плода выслушивается слева выше пупка 150 ударов в минуту. При влагалищном исследовании: шейка сглажена, края ее толстые, открытие 5-6 см. Плодный пузырь цел. Предлежат ягодицы плода. Диагональная конъюгата- 12 см. Следует избрать следующую акушерскую тактику
12. В отделении патологии для родоразрешения госпитализирована беременная со сроком беременности 41 недель+4 дня. Паритет родов: Б-3, Р-2 При влагалищном исследовании: степень зрелости шейки матки по Бишоп более 7 баллов. КТГ плода в пределах нормы. Выберите метод индукции при данной ситуации и метод родоразрешения
13. У роженицы Д, произошли самостоятельные роды 3, в затылочном предлежании в сроке 39 недель. 3 период родов ведётся активно. В течении 20мин признаков отхождения плаценты нет, кровотечения нет. Тактика врача в данном клиническом случае согласно протоколу МЗ РК №10 от 10.12.2015 «Ведение родов»:
14. Роженица поступила в латентной фазе родов в 10 часов утра. Головка 5\5. Шейка раскрыта на 4 см. 2 схватки за 10 мин., продолжительностью 20 сек. В 14 часов головка, по-прежнему, остается в положении 5\5; шейка раскрыта на 4 см., 3 схватки за 10 мин., продолжительностью 30 сек. Плодный пузырь разорвался самостоятельно, амниотическая жидкость светлая. В 16 часов схватки такие же, раскрытие маточного зева 4см. Ваш диагноз и дальнейшая тактика согласно протоколу МЗ РК №36 от 27.12.2017 «Аномалии родовой деятельности»:
15. Согласно протоколу МЗ РК №36 от 27.12.2017г «Оценка плода» доплерометрия проводится с:
16. Больная К. 32 недель беременности, поступила с жалобами на сильный кашель с мокротой гнойного характера, на одышку (ЧДД 30-32 в минуту), на слабость, головные боли, на повышение температуры тела до 38,0С. Из анамнеза: Б-4,Р-2,А-1. Наследственность не отягощена. Перенесённые заболевания: болезнь Боткина, туберкулез в детстве. Курит до 10 сигарет в день в течении 10 лет. При физикальном обследовании: справа ниже угла лопатки притупление перкуторного звука, при аускультации – там же на фоне ослабленного дыхания выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Ваш предварительный диагноз и дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза
17. Беременная 38 лет доставлена скорой помощью в ОПБ, срок беременности 33 недель, с жалобами на боли в эпигастрии с иррадиацией в спину, которые усиливаются после приема пищи, тошноту, неоднократную рвоту. Данные жалобы беспокоят в течении 2х дней. Кожные покровы бледные, АД 100/70 мм рт.ст., пульс 88 уд/мин., ритмичный. При осмотре живот

мягкий, болезненный в эпигастральной области. Ваш предположительный диагноз и какие из лабораторных данных помогут уточнить диагноз:

18. У беременной Ж, 31 год, со сроком 19 недель гестации при случайном определении уровня глюкозы обнаружено повышение глюкозы до 11 ммоль/л. Для дальнейшей диагностики направлена на определение глюкозы венозной плазмы натощак – 6,8 ммоль/л. Поставьте диагноз:
19. Согласно протоколу МЗ РК № 10 от 04.07.2014 «Ведение женщин фертильного возраста с пороками сердца, в том числе беременных» по клинической классификации к порокам сердца у беременных с оценкой материнского риска ВОЗ IV относиться :
20. Беременная Н, 36 лет, в сроке 35 недель гестации поступила в родильный дом с жалобами на слабость, отсутствие аппетита, тошноту и рвоту, а так же с жалобами на боли в правом верхнем квадранте и головные боли в течении 3 дней. Объективно: состояние тяжелой степени тяжести, желтушность кожных покровов, отеки на нижних конечностях. АД 150/100 мм рт.ст. ОАМ cito: протеинурия 0,65г/л. Госпитализирована в ОАРИТ для дальнейшей диагностики и лечения. Выявлены 7 положительных критериев Swansea. Ваш диагноз согласно протоколу МЗ РК №12 от 29.09.2016 «Болезни печени, связанные с беременностью»:
21. Беременная со сроком беременности 31-32 недели, родовое излитие околоплодных вод. Состояние удовлетворительное. АД 110/70 мм рт ст. Пульс 78 ударов в минуту. Матка не возбудима. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 136 ударов в минуту. Подтекают светлые околоплодные воды в небольшом количестве, без запаха. Какова схема антибактериальной терапии согласно протоколу МЗ РК №10 от 04.07.2014г «Преждевременный разрыв плодных оболочек»:
22. Беременная наблюдается в консультативно-диагностическом отделении со сроком беременности 34 недель с резус отрицательной принадлежностью крови с титром антител 1:32. УЗИ плода: ПВП –2250 гр, ИАЖ -22см, внутренние органы без особенностей, двойной контур отсутствует. Какова дальнейшая тактика ведения данной пациентки согласно протоколу МЗ РК №10 от 04.07.14 «Изосерологическая несовместимость крови матери и плода»?
23. Укажите терапию первой линии при иммунной тромбоцитопении во время беременности согласно протоколу МЗ РК №10 от 04.07.14 «Иммунная тромбоцитопения и беременность»
24. Беременная К, 29 лет, со сроком гестации 30 недель в моче обнаружены бактерии ++. Произведено культуральное исследование мочи где обнаружено E.coli 105 КОЕ. Клинических данных за патологию мочеполовой системы нет. Ваша дальнейшая тактика согласно протоколу МЗ РК №36 от 27.12.2017г «Инфекции мочевых путей при беременности, родах и послеродовом периоде»:
25. В женской консультации на диспансерном учете состоит пациентка со сроком беременности 18-19 недель. У пациентки периодически повышается диастолическое давление до 90 мм.рт.ст. и более. При обследовании выявлена протеинурия 0,09г/л, при переутомлении беспокоит головная боль. Наиболее вероятный диагноз и тактика ведения согласно протоколу МЗ РК №36 от 27.12.2017 «Артериальная гипертензия у беременных»:
26. Физиологические сроки восстановления эндометрия после родов:
27. Принципы лечения послеродового эндометрита согласно протоколу МЗ РК №36 от 27.12.2017 " Послеродовый эндометрит":
28. Родильница К., 35 лет, на 15-е сутки поступила в гинекологическое отделение с жалобами на повышение температуры тела до 39° С, обильные гнойные выделения из влагалища с

гнилостным запахом, боли в области внизу живота и поясницы, общую слабость. 14 дней назад произошли роды, II, срочные; общая продолжительность родов составила 12 часов 10 минут, безводный промежуток — 10 часов. Объективно: общее состояние тяжелое, заторможена. Кожные покровы бледные, влажные. Тоны сердца приглушены, пульс ритмичный, 112 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен серым налетом. Живот мягкий, не вздут, при пальпации болезненный в нижних отделах; симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Гинекологическое исследование: цервикальный канал проходим для I поперечного пальца за внутренний зев. Матка мягкая, увеличена соответственно 10 неделям беременности, болезненная. В проекции маточных сосудов пальпируются увеличенные и болезненные тяжи. Выделения обильные, гнойные, с резким неприятным запахом. К какому этапу гнойно-септических инфекций относиться данная ситуация согласно классификации Сазонова-Бартельса?

29. Перинатальным периодом считается промежуток времени, начинающийся
30. Показанием для заменного переливания крови при гемолитической болезни новорожденного является почасовой прирост билирубина, равный:
31. У новорожденного отсутствуют признаки дыхания, он цианотичен, не реагирует на раздражение, пульс около 90 ударов в минуту, конечности свисают: Первоначальная оценка по шкале Апгар составляет:
32. К какому коду в классификации FIGO (2011г) относится интрамуральная миома согласно протоколу МЗ РК №36 от 09.06.2016 "Миома матки"?
33. На графике представлен нормальный менструальный цикл. Укажите гормон Эстрадиол и Ингибин В согласно ниже представленному графику:
34. Укажите заболевание характерное для данных клинических симптомов: отсутствия менструации и беременности, множества премордиальных фолликулов в ткани яичника (при гистологическом исследовании), положительной пробы с прогестероном у большинства женщин, повышенные уровни ФСГ и ЛГ в плазме крови
35. Больная 31 лет с нормальным менструальным циклом состоит на учете по поводу первичного бесплодия. В качестве терапии решено начать стимуляцию овуляции кломифеном. Какую информацию врач должен предоставить перед началом терапии?
36. При обследовании больной с бесплодием результат КПИ индекса соответствует 80%. О каком гормональном состоянии свидетельствует данный результат
37. Женщина 48 лет, обратилась к участковому гинекологу с незначительными жалобами на дискомфорт области промежности, «хлопанье» воздуха. При гинекологическом осмотре на зеркалах шейка матки имеет нормальные размеры, чистая. При измерении стадийности при POP-Q точка D локализуется близко на расстоянии менее 6см от входа во влагалище (см картинку).
38. Укажите схему лечения бактериального вагиноза у беременных согласно протоколу МЗ РК № 14 от 09.07.16 «Воспалительные заболевания промежности, вульвы и влагалища (бартолинит, вульвит, вагинит)
39. 35 летняя женщина пришла на профилактический осмотр. Жалоб не имеет. При объективном осмотре на больших и малых половых губах наблюдаются узелки величиной от 1-2 мм до 1—2 см, мягкой консистенции, не спаянные с подлежащими тканями, бледно-розового цвета. Ваша тактика?
40. Больная 32 лет обратилась в гинекологическое отделение с жалобами на обильные, длительные, нерегулярные менструации. Произведено диагностическое раздельное

выскабливание полости матки. Гистологический анализ – железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. К какой классификационной категории относится данная причина согласно протоколу МЗ РК №10 от 04.07.14 "Нарушение менструального цикла»?

41. Девушка 18 лет с жалобами на прибавку массы тела и изменение внешности; общую слабость; слабость в мышцах рук и ног; снижение памяти; депрессию; боли в костях; головные боли. При осмотре обнаружено: лицо лунообразное. Кожа истончена, имеет мраморный оттенок, сухая, шелушится, под кожей виден сосудистый рисунок, акне. Выраженные жировые отложения на лице, шее, груди, животе, спине с растяжением кожи - стрии багровой окраски. Рост невысокий, сутулость, худые конечности, «лягушачий живот». Со стороны сердечно-сосудистой системы - кардиомиопатия, аритмия, артериальная гипертензия. На рентгенограмме – микроаденома гипофиза. Какой из перечисленных предварительных диагнозов НАИБОЛЕЕ вероятен?
42. Пациентке 46 лет, жалобы на мажущие коричневые выделения из половых путей в течении 14 дней с начала менструации. Паритет родов: Р-1, А-0, В-0. В анамнезе 9 лет назад - гиперплазия эндометрия без атипии. На данный момент, шейная миома без признаков пролиферативного роста (д28мм), эктопия шейки матки (CIN1), наботковые кисты. Какова ваша тактика?
43. Больная 31 год с первичным трубно-перитонеальным бесплодием готовится для экстакорпорального оплодотворения. При проведении ГСГ обнаружено: (см картинку). Какова дальнейшая тактика при ведении данной пациентки?
44. Укажите методику хирургической стерилизации женщины в описанной технике : 1) лапаротомия 2) оттягивание трубы кверху до образования петли 3) раздавливание трубы в области петли мощной клеммой 4) перевязка лигатурой
45. У больной М. (24 года), при осмотре выявлено: олигофрения, усиленное накопление подкожно-жировой клетчатки в области живота, таза, бёдер и грудных желёз, круглое лицо, масса тела превышает норму, кожа мягкая, имеет мраморный вид, волосы на лобке и в подмышечных впадинах скудные, наружные половые органы недоразвиты, влагалище узкое, матка меньше нормы, аменорея. Ваш диагноз и нарушением какого уровня обусловлена аменорея?
46. Женщина 48 лет. Беспокоит анемия, по поводу которой постоянно принимает препараты железа. Мenses регулярные, по 5 дней, через 28 дней, но сгустками и обильные, межменструальных кровотечений нет. На УЗИ ОМТ: интерстициальный миоматозный узел по передней стенке диаметром 21мм , по задней стенке субмукозный узел диаметром 10мм. В динамике по УЗИ за последние два года активного роста миом нет. Ваша тактика согласно протоколу МЗ РК №9 от 09.06.16 «Миома матки»?
47. Пациентка Ж, 28 лет обратилась с жалобами на затяжное маточное кровотечение после задержки менструации на 3 месяца. Из анамнеза: первичное бесплодие 4 лет. Гинекологический осмотр – без особенностей. Произведено раздельное диагностическое выскабливание полости матки по контролем гистероскопии. Гистологический анализ: железистая гиперплазия эндометрия. Для регуляции менструального цикла в данном случае целесообразно назначит:
48. Больная К, 34 года обратилась с жалобами на кровотечение в течении 3-х дней. Паритет родов: Б-3, Р-2, А-1. Из анамнеза: медикаментозный аборт 2 мес назад. Менструальная функция с 13 лет регулярная. Последний менструальный цикл 2 недели назад, с послемеуастуальными мажущими выделения в течении 3 дней. При вагинальном исследовании без особенностей. Выделения кровянистые, обильные. УЗИ ОМТ: В полости матки определяется гиперэхогенное

образование в области дна размером 1,7см, в ЦДК режиме четко картируется. Ваша дальнейшая тактика:

49. Пациентке Г, 46 лет. Жалобы на боли внизу живота. Менструации регулярные, через 24-25 дней, по 1-2 дня, скудные. Б- 5, Р-3, А -2. В течение последних 10 лет на УЗИ ОМТ миома матки. Вагинально: матка увеличена до 12 нед беременности, плотно-эластической консистенции, в области дна ближе к правому углу матки пальпируется образование размерами 8х9см. заключение УЗИ ОМТ: Миома матки, узел размерами 79х86мм, тип -3 по FIGO. Ваша тактика согласно протоколу МЗ РК №9 от 09.06.16 «Миома матки»?
50. Основной метод гемостаза при АМК – L репродуктивного периода, гемоглобин 88г/л, эритроциты 2,9\*10<sup>12</sup>/л, гемодинамика стабильная согласно протоколу МЗ РК №10 от 04.07.14 "Нарушение менструального цикла»?
51. Ложное преждевременное половое созревание гетеросексуального типа чаще всего обусловлено
52. У девочки 2-х лет мама отметила затруднение при мочеиспускании, редкое мочеиспускание. При УЗИ ОМТ отмечается, что влагалище визуализируется на всем протяжении. При осмотре вход во влагалище отсутствует, под клитором точечное отверстие. Диагноз?
53. Девочка 15лет обратилась к детскому гинекологу с жалобой на отсутствие менструации и вторичных половых признаков. Половая формула: Ма1 Р1 Ах0 Ме0. В анамнезе хронический тонзилит, при обследовании УЗИ –патологии не выявлено. Ваш предположительный диагноз:
54. Лечение девочек с нарушением полового развития в пубертатном периоде по типу "стертой" вирилизации
55. При УЗИ ОМТ у девушки 16 лет обнаружена фолликулярная киста правого яичника 5\*4см, ТЭ 1,4см. Ваша тактика:
56. Мама девочки 6 лет, обратилась к детскому гинекологу с жалобами на набухание левой молочной железы. Проведено полное обследование. Выставлен диагноз: Преждевременное половое развитие. Изолированное телархе. Какова тактика лечения:
57. Какая из перечисленных клинических характеристик узлового образования молочной железы относится к фиброаденоме:
58. Из перечисленных этиопатогенетических факторов дисгормональной патологии молочной железы выделить первостепенный:
59. Пациентке 64 лет с диагнозом лейомиосаркома матки T1N0M0, I стадия выполнено хирургическое лечение (экстирпация матки с придатками). Выберите тактику дальнейшего лечения:
60. Какая из перечисленных патологий эндометрия является облигатным предраковым процессом эндометрия:
61. У больной по поводу опухоли яичника выполнена овариоэктомия. При гистологическом исследовании дано заключение о метастатическом поражении. Рак какой локализации наиболее часто метастазирует в яичники?
62. У больной 38 лет выявлен пузырьный занос. При гинекологическом осмотре через один месяц после удаления пузырьного заноса тело матки не увеличено. Титр хорионического гонадотропина – 1000, кровянистых выделений нет. Какова тактика ведения пациентки:
63. Какие антибиотики применяются при инфекции, вызванной *Mycoplasma genitalium* при резистентности к макролидам согласно протоколу МЗ РК № 24 от 29.07.2017
64. Какая из перечисленных клинических картин характерна для сифилиса плода:

65. Женщина 22 лет обратилась к гинекологу с жалобами на обильные выделения из влагалища с неприятным запахом в течение 2 месяцев. При осмотре отмечены умеренная гиперемия и отёчность слизистой преддверия и влагалища, проба с 10% КОН положительная. В мазках – лейкоциты в небольшом количестве, «ключевые» клетки > 20%, грамм – положительные кокки. Ваш диагноз:
66. У больной Н., 27 лет, ведущей беспорядочную половую жизнь, наблюдается одностороннее увеличение и уплотнение миндалины, эритема медно-красного цвета с четкими границами, эрозия или язва отсутствуют, отмечаются температурная реакция и болезненность при глотании. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, плотно-эластической консистенции, подвижные и безболезненные при пальпации. КСР отрицательные. Ваш предварительный диагноз?
67. У жены установлен диагноз первичного серопозитивного сифилиса. Половая жизнь с мужем регулярная. Муж обследован. Клинико-серологических признаков сифилиса не выявлено. Подлежит ли муж лечению, если да, то какому:
68. Какова ваша тактика если у беременной при серологическом обследовании выпали положительные серологические реакции (РВ - +4; микрореакция - +4), но клинических проявлений сифилиса нет? Половой партнер не обследован:
69. У 32 летней женщины с преэклампсией произошли роды на сроке 39 недель. Во время родов отмечается большое количество мекония в амниотической жидкости. Оценка новорожденного по шкале Апгар 7 и 8 баллов на 1 и 5 минуте соответственно. Какое из нижеприведённых утверждений является верным по отношению к данной ситуации?
70. Для осуществления обезболивания во время родов вы проводите эпидуральную анестезию. Что в это время Вы будете мониторировать в обязательном порядке?
71. Женщина, 26 лет, 12 часов после кесаревого сечения (39 недель, мальчик, здоров) под спинальной анестезией. Послеоперационный период без особенностей. В последние несколько часов она стала утомленной, вялой. На данный момент: Т 37.1°C, ЧСС 118, АД 79/ 51, ЧД 22, Sp O2 94% без подачи кислорода. Конечности холодные, отечные. Гемоглобина 90 г/л. В/в введение болюса жидкости не улучшило ее показатели. Установлен катетер центральной вены, артериальный катетер. ЦВД – 15 мм.рт.ст., форма артериальной волны говорит о пониженном сердечном выбросе. Пациентка стала жаловаться на одышку, которая становится хуже в положении лежа. Вид шока.
72. Женщина, 32 года, повторные срочные роды, во время которых отмечалось повышение АД, сопровождающееся увеличением ЧСС, болью за грудиной, одышкой, страхом смерти, цианозом. Спустя два часа после рождения мертвого плода, развилась клиника отека легких, синдрома диссеминированного внутрисосудистого свёртывания. Какой диагноз вы предполагаете?
73. У 32 летней женщины с преэклампсией произошли роды на сроке 39 недель. Во время родов отмечается большое количество мекония в амниотической жидкости. Оценка новорожденного по шкале Апгар 7 и 8 баллов на 1 и 5 минуте соответственно. Какое из нижеприведённых утверждений является верным по отношению к данной ситуации?
74. После проведения экстренной операции роженица переведена на искусственное дыхание в связи с развившейся дыхательной недостаточностью. У больного напряжение кислорода в артериальной крови составляет 60 мм рт. ст., а углекислого газа – 25 мм рт. ст. Начинают коррекцию параметров ИВЛ с ... .

75. Роженица 33 лет поступила в роддом на плановое кесарево сечение. Сразу же после укладывания роженицы на операционный стол у нее возникла артериальная гипотония в сочетании с брадикардией, тошнотой, рвотой, одышкой. Описанные явления исчезли, как только роженицу слегка повернули со спины в полубоковое положение. Наиболее вероятная причина:
76. В палату интенсивной терапии и реанимации роддома доставлена роженица 22 лет с обильным кровотечением из половых путей. Определяются резко выраженная бледность кожных покровов, тахикардия. Артериальное и центральное венозное давление крови значительно снижены. В случае отсутствия эритроцитарной массы с целью восполнения объема циркулирующей крови используется:
77. При появлении первых симптомов или подозрении на амниотическую эмболию вероятнее всего в первую очередь необходимо в/в ввести
78. Комплекс интенсивной терапии и реанимации новорожденного при тяжелой асфиксии и остановке кровообращения включает?
79. В гинекологическое отделение доставлена больная с предполагаемым диагнозом: «Внематочная беременность». Решено выполнить диагностическую пункцию. При разрыве маточной трубы кровь в первую очередь скапливается;
80. В гинекологическое отделение поступила больная с диагнозом: «Внематочная беременность». Пункция заднего свода влагалища показала наличие крови в дугласовом пространстве. Необходимо перевязать сосуды в области;
81. Во время экстирпации матки при перевязке маточной артерии был поврежден правый мочеточник что связано с взаимоотношениями между мочеточником и маточной артерией:
82. Проводя блокаду полового нерва для обезболивания родов акушер-гинеколог ориентируется на:
83. Иррадиация болей в область наружных половых органов и в область медиальной поверхности бедра при камне мочеточника объясняется следующим анатомическим фактором:
84. Место анастомоза артерий надампулярного отдела прямой кишки называется «критической точкой» Зудека;
85. Гнойные затеки из около маточного клетчаточного пространства распространяются в:
86. Укажите области, в которые могут распространиться гнойные затеки из предпузырного клетчаточного пространства:
87. Какие сосуды впадают в нижнюю полую вену в области угла, образованного нижней полой веной и правой почечной, в забрюшинном пространстве?
88. Укажите, чем ограничено висцеральное клетчаточное пространство прямой кишки:
89. Пациентка 38 лет. Беременность 25 недель +3 дня, в экстренном порядке доставлена в приемный покой. Предъявляет жалобы на внезапно возникшую одышку, кашель, кратковременный эпизод потери сознания, боль за грудиной. Объективно: кожа бледная, холодная, акроцианоз. АД=70 и 50 мм.рт.ст. ЧСС=Ps=125 в мин. Эхокардиография: расширение правых отделов сердца, парадоксальное движение межжелудочковой перегородки в диастолу. Какой препарат необходимо назначить в данной ситуации, для улучшения сократительной способности миокарда?
90. У пациентки диагностирована гестационная гипертензия. АД=160 и 105 мм.рт.ст. PS=ЧСС=100 в мин. Какой препарат необходимо назначить в данной клинической ситуации в качестве первоочередного лечения, согласно клиническому протоколу РЦРЗ МЗСР РК (27.12.17)?



91. Пациентка 37 лет, кесарево сечение в родах. Сопутствующая патология: экзогенно-конституциональное ожирение, андроидный тип, стабильное. ИМТ=43 кг/м<sup>2</sup>. Какой препарат составит основу профилактики сосудистых событий в данной ситуации, согласно клиническому протоколу диагностики и лечения РЦРЗ МЗСР РК (27.08.15)?
92. Пациентка 25 лет. Беременность 12 недель. Внебольничная пневмония с локализацией в верхней доле справа, средней степени тяжести, смешанной (*Mycoplasma pneumoniae*+*Chlamydothila pneumoniae*) этиологии. ДН I. Какой препарат составит основу рациональной фармакотерапии в данной клинической ситуации, согласно клиническому протоколу МЗ РК (04.2013)?
93. У пациентки 26 лет, Беременность 35 недель+6 дней, в анамнезе: сахарный диабет, тип 1, средней степени тяжести. Каковы особенности инсулинотерапии в данном случае, согласно клиническому протоколу МЗ РК (12.12.2013)?
94. У пациентки с явлениями преэклампсии протеинурия-0,5 г/л, отек диска зрительного нерва, повышение уровня АЛАТ, АСАТ. Роды запланированы в течение 24 часов. Какой препарат составит основу противосудорожной фармакотерапии в данном случае, согласно клиническому протоколу РЦРЗ МЗСР РК (27.12.17)?
95. Какая из видов внематочной беременности сопровождается наличием большого количества выпота в малом тазу?
96. При какой патологии органов малого таза желателен проведение трансперинеального ультразвукового исследования?
97. Какая патология матки представлена на эхограмме?



98. При проведении в эхографии беременной в сроке 23-24 недель беременности в области передней стенки живота плода свободно определяются плавающие петли кишечника с различной степенью расширения. Признаки многоводия. Какую патологию плода можно заподозрить?
99. При эхографии плода в сроке 25-26 недель беременности определяется выраженный подкожный отёк (наличие двойного контура), признаки асцита. Указанные изменения сочетаются с многоводием, плацентомегалией. Эхографические признаки:
100. Ультразвуковым признаком истмико-цервикальной недостаточности является: