**ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ**

|  |
| --- |
| **Преэклампсия. Эклампсия.** |
| **Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде** |

1. **Хроническая артериальная гипертензия это:**

А) повышение АД ≥140/90 мм рт. ст. до беременности или в течение первых 20 недель беременности, которое обычно сохраняется в течение более 42 дней после родов

Б) повышение АД ≥130/80 мм рт. ст. до беременности или в течение первых 20 недель беременности, которое обычно сохраняется в течение более 42 дней после родов

В) повышение АД ≥140/90 мм рт. ст. до беременности или в течение первых 25 недель беременности, которое обычно сохраняется в течение более 42 дней после родов

**2. Умеренная преэклампсия это:**

А) осложнение беременности, родов и послеродового периода, характеризующееся повышением после 25-й недели беременности САД ≥130 мм рт. ст. и/или ДАД ≥90 мм рт. ст. независимо от уровня АД в анамнезе в сочетании с протеинурией ≥0,3 г в сутки или ≥ 0,3 г/л в 2-х порциях мочи, взятых с интервалом в 6 час.

Б) осложнение беременности, родов и послеродового периода, характеризующееся повышением после 20-й недели беременности САД ≥160 мм рт. ст. и/или ДАД ≥100 мм рт. ст. независимо от уровня АД в анамнезе в сочетании с протеинурией ≥0,3 г в сутки или ≥ 0,3 г/л в 2-х порциях мочи, взятых с интервалом в 6 час.

В) осложнение беременности, родов и послеродового периода, характеризующееся повышением после 20-й недели беременности САД ≥140 мм рт. ст. и/или ДАД ≥90 мм рт. ст. независимо от уровня АД в анамнезе в сочетании с протеинурией ≥0,3 г в сутки или ≥ 0,3 г/л в 2-х порциях мочи, взятых с интервалом в 6 час.

**3.Тяжелая преэклампсия это:**

А) осложнение беременности, родов и послеродового периода, характеризующееся повышением САД ≥160 мм рт. ст. и/или ДАД ≥110 мм рт. ст. в сочетании с протеинурией ≥5 г в сутки или ≥ 3 г/л в 2-х порциях мочи, взятых с интервалом в 6 час, или хотя бы одним другим параметром, свидетельствующим о присоединении полиорганной недостаточности, на фоне гестационной АГ.

Б) осложнение беременности, родов и послеродового периода, характеризующееся повышением после 20-й недели беременности САД ≥160 мм рт. ст. и/или ДАД ≥110 мм рт. ст. независимо от уровня АД в анамнезе в сочетании с протеинурией ≥5 г в сутки или ≥ 3 г/л в 2-х порциях мочи, взятых с интервалом в 6 час, или хотя бы одним другим параметром, свидетельствующим о присоединении полиорганной недостаточности .

В) осложнение беременности, родов и послеродового периода, характеризующееся повышением после 20-й недели беременности САД ≥140 мм рт. ст. и/или ДАД ≥100 мм рт. ст. независимо от уровня АД в анамнезе в сочетании с протеинурией ≥5 г в сутки или ≥ 3 г/л в 2-х порциях мочи, взятых с интервалом в 6 час, или хотя бы одним другим параметром, свидетельствующим о присоединении полиорганной недостаточности .

**4. Для уточнения диагноза внутрисосудистого гемолиза необходимо дополнительное получить данные лабораторных исследований:**

А) наличие фрагментированных эритроцитов (шизоцитов) (норма 0-0,27%); уровень лактатдегидрогеназы (ЛДГ) >600 МЕ/л; уровень непрямого билирубина >12 г/л; снижение уровня гаптоглобина <0,3 г/л.

Б) наличие фрагментированных эритроцитов (шизоцитов) (норма 0-0,27%); уровень лактатдегидрогеназы (ЛДГ) >600 МЕ/л; уровень тромбоцитов; снижение уровня гаптоглобина <0,3 г/л.

В) наличие фрагментированных эритроцитов (шизоцитов) (норма 0-0,27%); уровень лактатдегидрогеназы (ЛДГ) >400 МЕ/л; уровень непрямого билирубина >12 г/л; снижение уровня гаптоглобина <0,3 г/л.

**5. Клиническая картина HELLP синдрома включает следующие симптомы:**

А) боли в эпигастрии или в правом верхнем квадранте живота; тошнота или рвота; чувствительность при пальпации в правом верхнем квадранте живота; ДАД ≥110 мм рт. ст.; массивная протеинурия (> 5 г/сутки) ; отеки; АГ .

Б) боли в эпигастрии или в правом верхнем квадранте живота; тошнота или рвота; головная боль; чувствительность при пальпации в правом верхнем квадранте живота; ДАД ≥110 мм рт. ст.; массивная протеинурия (> 5 г/сутки) ; отеки; АГ .

В) боли в эпигастрии; тошнота или рвота; головная боль; живота; ДАД ≥110 мм рт. ст.; массивная протеинурия (> 5 г/сутки) ; отеки; АГ .

**6. При умеренной ПЭ рекомендовано назначить УЗИ плода каждые:**

А) 3-4 недели для контроля динамики роста плода;

Б) 2-3 недели для контроля динамики роста плода;

В) 4-5 недель для контроля динамики роста плода;

**7. При антигипертензивной терапии рекомендовано назначить УЗИ плода и ультразвуковую допплерографию маточно-плацентарного кровотока:**

А) каждые 5-8 дней;

Б) каждые 7-10 дней;

В) каждые 12-14 дней;

**8. Рекомендовано назначить КТГ плода с 26 недель беременности:**

А) один раз в неделю при умеренной ПЭ и ежедневно при тяжелой ПЭ;

Б) два раз в неделю при умеренной ПЭ и через день при тяжелой ПЭ;

В) один раз в неделю при умеренной ПЭ и два раза в неделю при тяжелой ПЭ;

**9. Антигипертензивная терапия рекомендована при АД ≥140/90 мм рт. ст.:**

А) в любом сроке беременности ;

Б) начиная со второго триместра беременности;

В) только в третьем триместре беременности;

**10. При проведении антигипертензивной терапии рекомендовано считать целевым (безопасным для матери и плода) уровень:**

А) САД 120-130 мм рт. ст., ДАД - 70-85 мм рт. ст.

Б) САД 130-150 мм рт. ст., ДАД - 80-95 мм рт. ст.

В) САД 140-150 мм рт. ст., ДАД - 90-95 мм рт. ст.

**11. При тяжелой гипертензии (САД ≥160 и/или ДАД ≥110 мм рт. ст.) рекомендованы:**

А) метилдопа (перорально) или нифедипин (перорально) ;

Б) метилдопа (перорально);

В) нифедипин (перорально);

**12. Критерии отмены магнезиальной терапии :**

А) отсутствие судорог в течении 12 часов; отсутствие признаков повышенной возбудимости ЦНС (гиперрефлексия, гипертонус); нормализация АД (ДАД ≤90 мм рт. ст.); нормализация диуреза (≥ 50 мл/час) ;

Б) отсутствие судорог в течении 24 часов; отсутствие признаков повышенной возбудимости ЦНС (гиперрефлексия, гипертонус); нормализация АД (ДАД ≤90 мм рт. ст.); нормализация диуреза (≥ 50 мл/час) ;

В) отсутствие судорог в течении 12 часов; отсутствие признаков повышенной возбудимости ЦНС (гиперрефлексия, гипертонус); нормализация АД (ДАД ≤80 мм рт. ст.); нормализация диуреза (≥ 70 мл/час);

**13. При тяжелой ПЭ и эклампсии рекомендована продленная ИВЛ в следующих случаях:**

А)нарушение сознания любой этиологии (лекарственные препараты, отек головного мозга, нарушение кровообращения, объемный процесс, гипоксия); кровоизлияние в мозг; шок; острое повреждение легких или острый респираторный дистресс-синдром (РДС), альвеолярный отек легких; нестабильная гемодинамика (некорректируемая АГ ≥140/90 мм рт. ст. или АГ, требующая назначения адренергических и дофаминергических средств (С01СА);

Б) нарушение сознания любой этиологии (лекарственные препараты, отек головного мозга, нарушение кровообращения, объемный процесс, гипоксия); коагулопатическое кровотечение; шок; альвеолярный отек легких; нестабильная гемодинамика (некорректируемая АГ ≥160/100 мм рт. ст. или АГ, требующая назначения адренергических и дофаминергических средств (С01СА); прогрессирующая полиорганная недостаточность;

В) нарушение сознания любой этиологии (лекарственные препараты, отек головного мозга, нарушение кровообращения, объемный процесс, гипоксия); кровоизлияние в мозг; коагулопатическое кровотечение; шок; острое повреждение легких или острый респираторный дистресс-синдром (РДС), альвеолярный отек легких; нестабильная гемодинамика (некорректируемая АГ ≥160/100 мм рт. ст. или АГ, требующая назначения адренергических и дофаминергических средств (С01СА); прогрессирующая полиорганная недостаточность .

**14. При ТМА и верифицированном диагнозе ТТП (ADAMTS 13 <10%) в послеродовом периоде рекомендован:**

А) плазмаферез и трансфузия плазмы;

Б) плазмоферез;

В) трансфузия плазмы;

**15. В послеродовом периоде при сохраняющихся клинико-лабораторных проявлениях ТМА рекомендовано проводить дифференциальную диагностику между:**

А) HELLP-синдромом;

Б) ТТП и аГУС, ТМА;

В) HELLP-синдромом, ТТП и аГУС, и при наличии технических возможностей проводить ПО для предотвращения лавинообразного характера развития ТМА;

**16. Рекомендована профилактика РДС плода у пациенток с тяжелой ПЭ с:**

А) 22 до 34 недель беременности по схеме ;

Б) 24 до 32 недель беременности по схеме ;

В) 24 до 36 недель беременности по схеме ;

**17. При ПЭ рекомендовано родоразрешение в неотложном порядке после стабилизации состояния при:**

А) постоянной эпигастральной боли, тошноте или рвоте; прогрессирующем ухудшении функции печени и/или почек; эклампсии; артериальной гипертензии, не поддающейся медикаментозной коррекции; нарушении состояния плода по данным КТГ; нулевом или отрицательном кровотоке в венозном протоке; ЗРП <5 перцентиля и одновременной патологии фетальной или фетоплацентарной перфузии (нулевой или реверсный кровоток в маточной артерии); выраженном маловодии (<5 см) в 2-х исследованиях с интервалом в 24 часа при сроке беременности более 30 недель;[

Б) постоянной головной боли и нарушении зрения; постоянной эпигастральной боли, тошноте или рвоте; прогрессирующем ухудшении функции печени и/или почек; эклампсии; артериальной гипертензии, не поддающейся медикаментозной коррекции; количестве тромбоцитов <100\*109/л; нарушении состояния плода по данным КТГ; отрицательном или нулевом кровотоке в артерии пуповины; нулевом или отрицательном кровотоке в венозном протоке; ЗРП <5 перцентиля и одновременной патологии фетальной или фетоплацентарной перфузии (нулевой или реверсный кровоток в маточной артерии); выраженном маловодии (<5 см) в 2-х исследованиях с интервалом в 24 часа при сроке беременности более 30 недель ;

В) постоянной головной боли и нарушении зрения; прогрессирующем ухудшении функции печени и/или почек; эклампсии; количестве тромбоцитов <100\*109/л; нарушении состояния плода по данным КТГ; отрицательном или нулевом кровотоке в артерии пуповины; нулевом или отрицательном кровотоке в венозном протоке; ЗРП <5 перцентиля и одновременной патологии фетальной или фетоплацентарной перфузии (нулевой или реверсный кровоток в маточной артерии);

**18. При ГАГ и умеренной ПЭ в сроке с 24 0 до 336 недель беременности рекомендована:**

А) выжидательная тактика ведения;

Б) преиндукция родов;

В) плановое родоразрешение;

**19. При тяжелой ПЭ и ЗРП <5 перцентиля в сроке <336 недель беременности:**

А) не рекомендовано родоразрешение при отсутствии отрицательной динамики в состоянии беременной и стабильном состоянии плода;

Б) рекомендовано начать преиндукцию родов;

В) рекомендовано родоразрешение путем операции КС;

**20. При ГАГ или умеренной ПЭ в качестве предпочтительной лечебной тактики рекомендовано родоразрешение в:**

А) 376 недель беременности;

Б) 366 недель беременности;

В) 376 недель беременности;

**21. Индукция родов рекомендована у беременных с хронической артериальной гипертензией и контролируемыми цифрами АД (до 160/110 мм. рт. ст.) в:**

А) 37-38 недель беременности;

Б) 38-39 недель беременности;

В) 36-37 недель беременности;

**22. Индукция родов у беременных с гестационной артериальной гипертензией с учетом ее тяжести и эффективности терапии рекомендована:**

А) после 37 недель беременности и более;

Б) после 38 недель беременности;

В) после 39 недель беременности.

**23. При тяжелой ПЭ в сроке 22-24 недели беременности рекомендована следующая тактика ведения беременности:**

А) прекращение беременности или при отсутствии жизнеугрожающей ситуации - родоразрешение через естественные родовые пути;

Б) пролонгирование беременности до срока 26 недель беременности;

В) прекращение беременности путем операции кесарева сечения;

**24. При тяжелой ПЭ в сроке 25-33 недели беременности рекомендована следующая тактика ведения беременности:**

А) прекращение беременности путем операции кесарева сечения;

Б) пролонгирование беременности при отсутствии неконтролируемой АГ, прогрессирования органной дисфункции у матери, дистресса-синдрома плода, профилактика РДС плода, КС – по акушерским показаниям;

В) начать преиндукцию родов с целью досрочного родоразрешения.

**25. . При тяжелой ПЭ в сроке в сроке ≥ 34 недель беременности рекомендована следующая тактика ведения беременности:**

А) лечение, подготовка, родоразрешение, КС - по акушерским показаниям;

Б) кесарево сечение в срочном порядке после подготовки;

В) пролонгирование беременности с целью подготовки плода к досрочному родоразрешению.

**26. При КС при отсутствии противопоказаний рекомендованы следующие методы анестезии:**

А) эпидуральная;

Б) спинальная;

В) комбинированная спинально-эпидуральная;

Г) общая анестезия;

Д) все перечисленное.

**27. В случае ведения родов через естественные родовые пути с целью обезболивания родов рекомендована:**

А) эпидуральная аналгезия ;

Б) спинальная аналгезия;

В) комбинированная спинально-эпидуральная.

**28. В послеродовом периоде при тяжелой АГ рекомендована антигипертензивная терапия до достижения целевых значений:**

А) САД <140 мм рт. ст. и ДАД <90 мм рт. ст.;

Б) САД <160 мм рт. ст. и ДАД <110 мм рт. ст.;

В) САД <120 мм рт. ст. и ДАД <80 мм рт. ст.;

**29. При тяжёлой АГ необходимо начинать гипотензивную терапию с преимущественным применением препаратов:**

А) нифедипин, нитроглицерин;

Б) допегид;

В) магнезиальная терапия;

Г) все перечисленное.

**30. В период лактации в качестве антигипертензивной терапии рекомендовано назначать:**

А) нифедипин;

Б) эналаприл;

В) метилдопа;

Г) все перечисленное.