



Акушерство и гинекология

Высшее образование

DOCX · PDF

Задач: 2

Вопросов: 24

Сформировано: 25.07.2026, 02:28 МСК · База обновлена: 21.07.2026, 05:45 МСК

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПЕРЕД НАЧАЛОМ

1

Материалы предназначены для одного покупателя

Используйте файлы только для личной подготовки. Не передавайте их третьим лицам, не публикуйте, не размещайте в открытом доступе и не перепродавайте полностью или частично.

2

Источник материалов — ФМЗА

Вопросы и ситуационные задачи получены только из опубликованных материалов Методического центра аккредитации специалистов.

[Официальный сайт fmza.ru](https://fmza.ru) >

3

Ответы можно проверить самостоятельно

Используйте комплект при прохождении репетиционного экзамена и убедитесь, что выбранные ответы совпадают с результатом официальной системы.

[Открыть репетиционный экзамен](#) >

4

Состав материалов может обновляться

ФМЗА может изменять формулировки, порядок и состав заданий. Перед подготовкой используйте актуальную версию комплекта и сверяйтесь с официальным источником.

Важно: MedikCase систематизирует материалы ФМЗА для самостоятельной подготовки, не изменяя смысл вопросов и ответов. Актуальность комплекта можно проверить в официальном репетиционном экзамене.

Сайт, обновления и поддержка

- medikcase.ru
- Telegram: [@medikcase](https://t.me/@medikcase)
- support@medikcase.ru



Сайт



Telegram

Содержание

Ситуационная задача 0001

Ситуационная задача 0002

Ситуационная задача 0001

Образование: Высшее образование | Специальность: Акушерство и гинекология

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

На приём к гинекологу пришла женщина 58 лет

1.2. Жалобы

Недержание мочи, зуд, жжение, сухость во влагалище, раздражительность.

1.3. Анамнез заболевания

Жалобы появились после менопаузы, наступившей 5 лет назад. На протяжении 3 лет отмечает недержание мочи, кровянистые выделения после полового акта.

1.4. Анамнез жизни

Первая менструация в 11 лет, цикл установился через 3 месяца, цикл 28 дней, по 4-5 дней, менструации регулярные, безболезненные. Последняя менструация 5 лет назад. В анамнезе 2 беременности, 1 роды. Гинекологические заболевания отрицает. Аллергический анамнез неотягощён.

1.5. Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, АД 120/80, рост 168 см, масса тела 63 кг. Окраска кожных покровов бледно-розовая, кожные покровы чистые, эластичные. Видимые слизистые оболочки влажные, розовой окраски. Оволосение по женскому типу. Молочные железы симметричные, безболезненные. Живот в объеме не увеличен, безболезненный. Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Исследование при помощи зеркал: стенка влагалища истончена, воспалена, складчатость уменьшена, имеются множественные петехиальные кровоизлияния. Шейка матки цилиндрической формы. Наружный зев щелевидный. Выделений нет. Бимануально: матка в физиологическом положении, обычных размеров, плотная, подвижная. Придатки матки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Влагалищные своды свободны.

1. План обследования

Вопрос 1.

Необходимыми для постановки диагноза инструментально-лабораторными методами обследования, в данном случае, являются

1. суточный анализ мочи по Зимницкому
2. исследование свертывающей системы крови
3. глюкоза венозной крови натощак
4. определение pH влагалища
5. биохимический анализ крови
6. индекс состояния влагалища

Правильные ответы: 4 — определение pH влагалища; 6 — индекс состояния влагалища

Гинекология / гл. ред. Савельева Г. М., Сухих Г. Т., Серов В. Н., Радзинский В. Е., Манухин И. Б. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 1056 с. - ISBN 978-5-9704-5739-9

(1)

(1)

Вопрос 2.

Учитывая pH влагалища пациентки, данные влагалищного исследования, индекс вагинального здоровья составляет 1 балл и характеризуется

- ① отсутствием эластичности
- 2. нерыхлым, тонким эпителием
- 3. обильными слизистыми выделениями
- 4. серозно-гнойным транссудатом
- 5. наличием атипичных клеток стенок влагалища
- ⑥ высшей степенью атрофии

Правильные ответы: 1 — отсутствием эластичности; 6 — высшей степенью атрофии

При высшей степени атрофии наблюдается активное снижение коллагеновых волокон стенки влагалища, за счет чего снижается эластичность.

Гинекология / гл. ред. Савельева Г. М. , Сухих Г. Т. , Серов В. Н. , Радзинский В. Е. , Манухин И. Б. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 1056 с. - ISBN 978-5-9704-5739-9

(1)

При высшей степени атрофии внутренняя среда влагалища становится щелочной, за счет снижения количества лактобактерий.

Гинекология / гл. ред. Савельева Г. М. , Сухих Г. Т. , Серов В. Н. , Радзинский В. Е. , Манухин И. Б. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 1056 с. - ISBN 978-5-9704-5739-9

(1)

2. Диагноз

Вопрос 3.

На основании данных анамнеза и клинико-лабораторного обследования, клиническим диагнозом в данной ситуации является

- 1. Аэробный рецидивирующий вульвовагинит
- 2. Кандидоз влагалища, наружных половых органов
- ③ Генитоуринарный менопаузальный синдром
- 4. Хронический рецидивирующий цервицит

Правильный ответ: 3 — Генитоуринарный менопаузальный синдром

На основании жалоб (недержание мочи, зуд, жжение, сухость во влагалище, раздражительность), анамнеза, влагалищного исследования, данных клинико-лабораторного обследования: определение вагинального pH (pH - 6,2) и определение индекс состояния влагалища- 1 балл.

Гинекология / гл. ред. Савельева Г. М. , Сухих Г. Т. , Серов В. Н. , Радзинский В. Е. , Манухин И. Б. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 1056 с. - ISBN 978-5-9704-5739-9

(1) (2)

Вопрос 4.

Дифференциальную диагностику данного заболевания следует проводить с

1. рецидивирующим бактериальным вагинозом
2. дисплазией шейки матки и влагалища
- 3. невралгией пудендального нерва**
4. хроническим рецидивирующим эндометритом

Правильный ответ: 3 — невралгией пудендального нерва

Дифференцировать данные патологии необходимо из-за схожести клинических проявлений, таких как, болезненные ощущения при мочеиспускании, усиливающиеся в положении сидя, боли в области клитора, промежности. Характерны частые позывы к мочеиспусканию.

При невралгии пудендального нерва нет картины выраженной атрофии, так же нет взаимосвязи между дебютом симптоматики и началом периода менопаузы, характерных для генитоуринарного менопаузального синдрома

Гинекология / гл. ред. Савельева Г. М. , Сухих Г. Т. , Серов В. Н. , Радзинский В. Е. , Манухин И. Б. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 1056 с. - ISBN 978-5-9704-5739-9

(1)

3. Лечение

Вопрос 5.

Основной стратегией при лечении генитоуринарного менопаузального синдрома в данном случае является заместительная терапия

1. глюкокортикостероидами
- 2. эстрогенами**
3. андрогенами
4. прогестероном

Правильный ответ: 2 — эстрогенами

При наличии симптомов сухости и дискомфорта во влагалище первой линией выбора являются негормональные вагинальные смазки и увлажняющие кремы наряду с регулярной половой жизнью. В случае неэффективности смазок и увлажняющих кремов, терапия эстрогенами в низкой дозе вагинально остается терапевтическим стандартом лечения вагинальных симптомов.

Менопаузальная гормонотерапия и сохранение здоровья женщин в зрелом возрасте. Клинические рекомендации (протоколы). Москва- 2014.

<https://minzdrav.govmurman.ru/activities/akusherstvo/poryadki/menopauz> Клинические рекомендации Минздрава России. Менопауза и климактерическое состояние у женщины, 2021г. (1)

Вопрос 6.

В случае сочетания у пациентки генитоуринарного менопаузального синдрома с заболеваниями печени, поджелудочной железы, артериальной гипертензией, рекомендуемый путь введения эстрогенов

1. внутривенный
2. внутримышечный
3. пероральный
- 4. вагинальный**

Правильный ответ: 4 — вагинальный

Эстрогены применяются в форме свечей, это позволяет избежать попадания вещества в системный кровоток, при этом оказывается местное действие на слизистую влагалища. Данная терапия исключает метаболизм в печени, минимально воздействует на эндометрий, имеет низкую гормональную нагрузку, минимальные побочные эффекты, не требует добавления прогестагенов, оказывает в основном локальные эффекты

Генитоуринарный менопаузальный синдром: диагностика и принципы лечения (краткие клинические рекомендации).

Генитоуринарный менопаузальный синдром: диагностика и принципы лечения (краткие клинические рекомендации). ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова», 2017г. (1) (2)

Вопрос 7.

В качестве системной гормональной терапии данной пациентке можно назначить

1. эстриол 0,03 мг и лактобактерии 50 мг
2. эстриол 1 мг
3. эстриол 500 мкг
- ④ эстрадиол 0,5 мг и дроспиренон 0,25 мг

Правильный ответ: 4 — эстрадиол 0,5 мг и дроспиренон 0,25 мг

Является комбинированным препаратом (дроспиренон+ эстрадиол – Анжелик - микро), что обуславливает наилучший терапевтический эффект.

Клинические рекомендации Минздрава России. Менопауза и климактерическое состояние у женщины, 2021г. (1)

Вопрос 8.

В качестве дополнительного лечения у пациентки могут проводиться такие мероприятия, как

1. приём прогестерон-содержащих препаратов и фолиевой кислоты
- ② сохранение регулярной половой жизни и тренировка мышц тазового дна
3. повышение когнитивного резерва с помощью различных видов досуга
4. сероводородные ванны

Правильный ответ: 2 — сохранение регулярной половой жизни и тренировка мышц тазового дна

Таким образом, ГУМС — это часто встречающаяся патология у женщин в пери- и постменопаузе, приводящая к снижению качества жизни, трудоспособности, сексуальным нарушениям. Лечение данного заболевания длительное и трудоемкое. В связи с этим большое внимание необходимо уделять профилактическим мерам, которые включают:

— сохранение регулярной половой жизни в пре- и постменопаузе. Это желательно потому, что половой акт улучшает микроциркуляцию крови во влагалище, семенная жидкость содержит половые стероиды, простагландины и незаменимые жирные кислоты, оказывающие благоприятное влияние на слизистую оболочку влагалища;

— соблюдение определенных принципов личной гигиены: применение бесщелочных моющих средств и гелей, содержащих лактобациллы;

— тренировка мышц тазового дна, использование аппаратов биологической обратной связи и электростимуляции мышц тазового дна;

— отказ от курения;

— снижение массы тела.

Генитоуринарный менопаузальный синдром: диагностика и принципы лечения (краткие клинические рекомендации).

Генитоуринарный менопаузальный синдром: диагностика и принципы лечения (краткие клинические рекомендации). ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова», 2017г. (1)

Вопрос 9.

Менопаузальная гормональная терапия у данной пациентки проводится в режиме

1. монофазной терапии эстрогенами в непрерывном режиме
2. монофазной терапии прогестероном в непрерывном режиме
3. комбинированной терапии в циклическом режиме
4. комбинированной терапии в непрерывном режиме

Правильный ответ: 4 — комбинированной терапии в непрерывном режиме

Менопаузальная гормонотерапия и сохранение здоровья женщин в зрелом возрасте. Клинические рекомендации (протоколы). Москва- 2014.

<https://minzdrav.govmurman.ru/activities/akusherstvo/poryadki/menopauz> Клинические рекомендации Минздрава России. Менопауза и климактерическое состояние у женщины, 2021г. (1)

Вопрос 10.

О восстановлении функционально активности ткани у данной пациентки при лечении генитоуринарного менопаузального синдрома вагинальными свечами будет указывать индекс вагинального здоровья, составляющий в баллах

1. 3,0
2. 5,0
3. 2,0
4. 1,0-1,5

Правильный ответ: 2 — 5,0

Генитоуринарный менопаузальный синдром: диагностика и принципы лечения (краткие клинические рекомендации).

Генитоуринарный менопаузальный синдром: диагностика и принципы лечения (краткие клинические рекомендации). ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова», 2017г. (1)

4. Вариатив

Вопрос 11.

При назначении менопаузальной гормонотерапии наблюдение за пациенткой проводится в течение 1 года терапии 1 раз в

1. 2-3 недели
2. 6 месяцев
3. 12 месяцев
4. 2-3 месяца

Правильный ответ: 2 — 6 месяцев

(1)

Вопрос 12.

У пациентки при адекватной гормональной терапии эстрогенами прогноз в отношении купирования симптомов и качества жизни

1. неопределенный
2. сомнительный
3. неблагоприятный
4. благоприятный

Правильный ответ: 4 — благоприятный

Генитоуринарный менопаузальный синдром: диагностика и принципы лечения (краткие клинические рекомендации).

Генитоуринарный менопаузальный синдром: диагностика и принципы лечения (краткие клинические рекомендации). ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова», 2017г. (1)

Ситуационная задача 0002

Образование: Высшее образование | Специальность: Акушерство и гинекология

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Беременная 28 лет поступила в роддом при сроке беременности 32 недели по направлению врача женской консультации.

1.2. Жалобы

При поступлении жалоб не предъявляет.

1.3. Анамнез заболевания

Повышение артериального давления в течение недели до 150/100 мм рт.ст., за медицинской помощью не обращалась. Антигипертензивные препараты не принимала.

1.4. Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает.
- * Аллергических реакций не отмечает.
- * Аппендэктомия в 16 лет.
- * Данная беременность первая, незапланированная.
- * АД до беременности в пределах 100/60 – 120/70 мм рт. ст.

1.5. Объективный статус

При поступлении состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Пульс 78 в 1 минуту. АД 150/100 мм рт. ст. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Отеки голеней. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, шумов нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, диурез достаточный, дизурических расстройств нет. Живот увеличен за счет беременной матки. Матка в нормальном тонусе, безболезненная во всех отделах. Положение плода продольное, головка плода над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 148 в 1 минуту. Выделений из половых путей нет. При влагалищном исследовании – оценка степени зрелости шейки матки по шкале Бишопа – 2 балла.

1. План обследования

Вопрос 1.

К необходимому для постановки диагноза лабораторному исследованию относится определение

1. креатинина в крови
2. лейкоцитов в крови
3. суточной протеинурии
4. глюкозы венозной плазмы

Правильный ответ: 3 — суточной протеинурии

Протеинурия – важный диагностический и прогностический признак преэклампсии. Клинически значимая протеинурия во время беременности определена как количество белка $>0,3$ г/л в суточной пробе, либо в двух пробах, взятых с интервалом в 6 ч.

Акушерство. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Э. К. Айламазяна, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 608 с. - ISBN 978-5-9704-6104-4

(1) (2) Клинические рекомендации Минздрава России. Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде, 2024 г. (1)

Вопрос 2.

Для оценки состояния плода необходимо проведение

- ① доплерометрии артерий пуповины и средней мозговой артерии
2. магнитно-резонансной томографии плода
- ③ ультразвукового исследования фето-плацентарного комплекса
- ④ кардиотокографии плода
5. определения фосфорилированного протеина-1 в цервикальном канале
6. ультразвуковой неинвазивной фетальной кардиографии

Правильные ответы: 1 — доплерометрии артерий пуповины и средней мозговой артерии; 3 — ультразвукового исследования фето-плацентарного комплекса; 4 — кардиотокографии плода

Оценка состояния фето-плацентарной системы включает доплерометрию.

Клинические рекомендации Минздрава России. Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде, 2024 г. (1)

Акушерство. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Э. К. Айламазяна, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 608 с. - 608 с. - ISBN 978-5-9704-6104-4

(1)

Ультразвуковое исследование (фетометрия, индекс амниотической жидкости) позволяет исключить ЗВУР, маловодие.

Акушерство. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Э. К. Айламазяна, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 608 с. - 608 с. - ISBN 978-5-9704-6104-4

(1) Клинические рекомендации Минздрава России. Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде, 2024 г. (1)

В настоящее время кардиотокография – ведущий метод оценки состояния плода.

Клинические рекомендации Минздрава России. Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде, 2024 г. (1)

Акушерство. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Э. К. Айламазяна, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 608 с. - 608 с. - ISBN 978-5-9704-6104-4

(1)

2. Диагноз

Вопрос 3.

Ваш предполагаемый основной диагноз

1. Хроническая артериальная гипертензия
- ② Умеренная преэклампсия

3. Тяжелая преэклампсия
4. Гестационная артериальная гипертензия

Правильный ответ: 2 — Умеренная преэклампсия

Критерии умеренной преэклампсии:

- * уровень систолического артериального давления 140-159 мм рт. ст. и/или диастолического 99-109 мм рт. ст.
- * протеинурия $\geq 0,3$ г/л в суточной порции мочи, но менее 5 г/л в суточной порции мочи.

Акушерство. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Э. К. Айламазяна, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 608 с. - ISBN 978-5-9704-6104-4

(1) Клинические рекомендации Минздрава России. Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде, 2024 г. (1)

Вопрос 4.

К признаку, указывающему, что у Вашей пациентки имеется умеренная преэклампсия, относится

1. уровень лейкоцитов в периферической крови $6,7 \times 10^9/\text{л}$
2. повышенное артериальное давление в течение недели
3. уровень креатинина крови 65 мкмоль / л
4. артериальное давление 150/100 мм рт. ст.

Правильный ответ: 4 — артериальное давление 150/100 мм рт. ст.

Критерии умеренной преэклампсии:

- * уровень систолического артериального давления 140-159 мм рт. ст. и/или диастолического 99-109 мм рт. ст.

Клинические рекомендации Минздрава России. Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде, 2024 г. (1)

3. Лечение

Вопрос 5.

Вы диагностировали у беременной 32 недель умеренную преэклампсию и согласовали с пациенткой провести лечение и наблюдение в

1. отделении реанимации и интенсивной терапии учреждения 1 уровня
2. отделении патологии беременности учреждения 2-3 уровня
3. отделении патологии беременности учреждения 1 уровня
4. дневном стационаре районной женской консультации

Правильный ответ: 2 — отделении патологии беременности учреждения 2-3 уровня

Госпитализация. Для обследования (в отделение патологии беременности, учреждение 3-2-й группы).

Клинические рекомендации Минздрава России. Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде, 2024 г. (1)

Вопрос 6.

Антигипертензивная терапия у данной пациентки должна включать

1. три антигипертензивных препарата
2. два антигипертензивных препарата
3. четыре антигипертензивных препарата
- ④ один антигипертензивный препарат

Правильный ответ: 4 — один антигипертензивный препарат

При умеренной ПЭ используют монотерапию, при тяжелой ПЭ – многокомпонентную терапию.

Акушерство. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Э. К. Айламазяна, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 608 с. - ISBN 978-5-9704-6104-4

(1) Клинические рекомендации Минздрава России. Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде, 2024 г. (1)

Вопрос 7.

Антигипертензивным препаратом первой линии у данной пациентки является

- ① метилдопа
2. метопролол
3. нифедипин
4. верапамил

Правильный ответ: 1 — метилдопа

Метилдопа (допегит), антигипертензивный препарат центрального действия, альфа 2-адреномиметик (препарат первой линии, FDA – В), максимальная суточная доза – 3 г.

Клинические рекомендации Минздрава России. Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде, 2024 г. (1)

Вопрос 8.

По механизму действия препарат первой линии метилдопа, который Вы назначили данной пациентке для лечения АГ, относится к

1. блокаторам медленных кальциевых каналов
2. бета-адреномиметикам
3. бета-адреноблокаторам
- ④ альфа 2-адреномиметикам

Правильный ответ: 4 — альфа 2-адреномиметикам

Метилдопа (допегит), антигипертензивный препарат центрального действия, альфа 2-адреномиметик (препарат первой линии, FDA – В), максимальная суточная доза – 3 г.

Клинические рекомендации Минздрава России. Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде, 2024 г. (1)

Вопрос 9.

Критерием начала антигипертензивной терапии является

1. снижение диуреза в сочетании с отеками
- ② уровень АД выше 140/90 мм рт. ст.
3. уровень АД выше 160/110 мм рт. ст.

4. головная боль в течение 24-х часов и более

Правильный ответ: 2 — уровень АД выше 140/90 мм рт. ст.

Критерии начала антигипертензивной терапии при преэклампсии: АД $\geq 140/90$ мм рт. ст.

Клинические рекомендации Минздрава России. Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде, 2024 г. (1)

Вопрос 10.

При угрозе преждевременных родов или если не исключена необходимость родоразрешения в ближайшие 7 дней, обязательно проведение профилактики респираторного дистресс синдрома в сроки беременности от ____ недель

1. 25 до 35
2. 20 до 30
3. 22 до 32
4. 24 до 34

Правильный ответ: 4 — 24 до 34

Кортикостероиды назначаются всем пациенткам с ПЭ в 24-34 нед беременности с риском преждевременных родов, с гестационной гипертензией в случаях, если в течение ближайших 7 дней не исключается родоразрешение.

Клинические рекомендации Минздрава России. Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде, 2024 г. (1)
(2)

Вопрос 11.

Целевой уровень АД при проведении антигипертензивной терапии у данной пациентки составляет:

систолическое + _____ + мм рт. ст. и диастолическое + _____ + мм.рт.ст.

1. 100-110; 50-60
2. 110-120; 60-70
3. 120-129; 70-79
4. 130-150; 80-95

Правильный ответ: 4 — 130-150; 80-95

По рекомендациям ВОЗ, целевой (безопасный для матери и плода) уровень АД при антигипертензивной терапии (С – 4): систолическое АД 130–150 мм рт. ст., диастолическое АД 80-95 мм рт. ст.

Клинические рекомендации Минздрава России. Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде, 2024 г. (1)

4. Вариатив

Вопрос 12.

Беременным группы высокого риска развития ПЭ рекомендован прием + _____ +, начиная с 12 недель до родов

1. бисопролола
2. аспирина
3. верапамила

4. допегита

Правильный ответ: 2 — аспирин

Беременным группы высокого риска развития ПЭ рекомендовано: низкие дозы аспирина (75–162 мг в день), начиная с 12 нед. до родов (A-1a), который улучшает глубину плацентации и кровотоков в спиральных артериях матки.

Акушерство. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Э. К. Айламазяна, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 608 с. - 608 с. - ISBN 978-5-9704-6104-4

(1)